

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE**  
**CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS-CCH**  
**MESTRADO EM GEOGRAFIA**

**A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA 8ª REGIONAL DE**  
**SAÚDE DO PARANÁ**

**MOACIR ROBERTO HEIMANN**

**FRANCISCO BELTRÃO – PR**

**2020**

**MOACIR ROBERTO HEIMANN**

**A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA 8ª REGIONAL DE  
SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Geografia- nível de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Francisco Beltrão/ PR.

Orientador: Prof. Dr. Marlon Clovis Medeiros.

**FRANCISCO BELTRÃO – PR**

**2020**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Heimann, Moacir Roberto

A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ / Moacir Roberto Heimann; orientador(a), Marlon Clovis Medeiros, 2020.

134 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Francisco Beltrão, Centro de Ciências Humanas, Graduação em Geografia Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2020.

1. Sistema Único de Saúde . Políticas Públicas de Saúde I Sudoeste do Paraná.. Medeiros, Marlon Clovis . II. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA – MESTRADO/DOUTORADO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

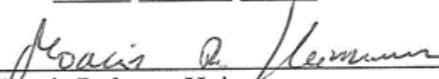
A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA 8ª  
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

**Autor:** Moacir Roberto Heimann

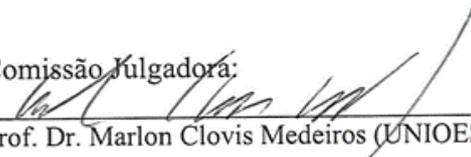
**Orientador:** Prof. Dr. Marlon Clovis Medeiros

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por **Moacir Roberto Heimann** e aprovada pela comissão julgadora.

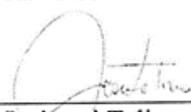
Data: 24/02/2020

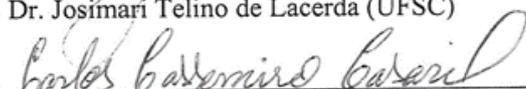
  
Moacir Roberto Heimann

Comissão Julgadora:

  
Prof. Dr. Marlon Clovis Medeiros (UNIOESTE/ Francisco Beltrão)

  
Profa. Dra. Roseli Alves dos Santos (UNIOESTE/ Francisco Beltrão)

  
Prof. Dr. Josimari Telino de Lacerda (UFSC)

  
Prof. Dr. Carlos Casemiro Casaril (UNILA)

## **AGREDECIMENTOS**

Primeiramente um agradecimento especial ao Professor Dr. Marlon Clovis Medeiros, pelo incentivo e orientação deste trabalho, nunca medindo tempo e esforços para que o projeto se concluísse. Grato pelo tempo disponibilizado, pelas críticas, sugestões e amizade.

Agradecer a instituição Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Francisco Beltrão e, com isso agradecer todo corpo de funcionários que trabalham em diferentes funções, mas que somam para a organização do espaço e para proporcionar uma universidade pública de qualidade.

Agradecer o Estado brasileiro (contribuinte), pela bolsa de mestrado concedida por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que financiou parte deste trabalho, o que foi fundamental para realização de todo o processo.

Agradecer aos professores; Dra. Roseli Alves dos Santos, Dra. Josimari Telino Lacerda e Carlos Cassemiro Casaril, por terem aceito o convite para a Qualificação e pelas contribuições dadas para melhorar o trabalho.

Agradecer a confiança, incentivo e a paciência da minha família, porque muitas vezes me fiz ausente. Obrigado pela compreensão.

# A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

## RESUMO

A presente pesquisa analisa o Sistema Único de Saúde e seus complementares (redes privadas pactuadas a prestar serviços de saúde) na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde do Paraná, que aplica as políticas do SUS para 27 municípios do Sudoeste paranaense. Para alcançar tal objetivo, partimos do estudo histórico da formação de políticas sociais na área de saúde. O recorte histórico se deu a partir da década 1930, marcado por mudanças na dinâmica econômica e social do Brasil. É durante esse período que se institucionaliza as políticas sociais voltadas a criar um sistema de saúde capaz de atender as necessidades que a nova conjuntura apresentava. A partir desse ponto, analisamos a evolução das políticas de saúde vinculando aos estágios de desenvolvimento do capitalismo brasileiro e sua dinâmica espacial até o ano de 2019. A base teórica utilizada é o conceito de Formação Sócio Espacial (FSE) proposta por Milton Santos na década de 1970, para analisar a realidade a partir da totalidade das relações de uma dada sociedade. Para tanto, a pesquisa foi organizada da seguinte maneira: no capítulo I, analisamos o surgimento das políticas públicas dentro da conjuntura política econômica da Era Vargas. Nesse mesmo período analisamos a política conhecida como “marcha para oeste”, que influenciou a formação do Sudoeste paranaense. No capítulo II, analisamos a evolução da região dentro da conjuntura nacional, para evidenciar as particularidades da dinâmica da FSE regionalmente e a dinâmica da formação de um sistema de saúde brasileiro, que marca a década de 1990 com a implantação do SUS. No capítulo III, nossa análise apresenta a dinâmica e as contradições do SUS, desde sua formação (1988) até o presente momento (2019).

**Palavras-chaves:** Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sudoeste do Paraná.

# **THE DYNAMICS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN THE 8TH REGIONAL HEALTH REGION OF PARANÁ**

## **ABSTRACT**

This research analyzes the Unified Health System and its complementary practices (private networks agreed to provide health services), in the coverage area of the 8th Regional Health Region of Paraná, which applies SUS policies to 27 municipalities in the Southwest of Paraná. To achieve this goal, we started from the historical study of the formation of social policies in the health field. The historical outline took place from the 1930s, marked by changes in the economic and social dynamics of Brazil. It is during this period that social policies were institutionalized in order to create a health system capable of fulfilling the needs that the new situation presented. From this point on, we analyzed the evolution of health policies linked to the stages of development of Brazilian capitalism and its spatial dynamics until 2019. The theoretical basis is rooted in the concept of Social-Space Formation (SSF) proposed by Milton Santos in the 1970s, to analyze the reality from the entire relations of a given society. Thus, the research was organized as follows: in chapter I, we analyzed the emergence of public policies within the economic-political context of the Vargas Era. In the same period, we analyzed the policy known as “march to the west”, which influenced the formation of the Southwest of Paraná. Then, in chapter II, we presented the evolution of the region within the national context, as a means to highlight the particularities of the dynamics of the SSF per region and the dynamics of the formation of a Brazilian health system. The latter is a historical mark in the 1990s due to the implementation of SUS. At last, in chapter III, the analysis brought into discussion the dynamics and contradictions of SUS, from its formation (1988) to the present moment (2019).

**Keywords:** Unified Health System; Public Health Policies; Southwest of Paraná.

## LISTA DE MAPAS

Mapa 01 - Paraná: Região Geográfica Imediata.....	14
Mapa 02 - Municípios da 8ª Regional de Saúde do Paraná.....	64

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Síntese da criação do MESP e MITC.....	22
Quadro 02 - Conferências Nacionais de Saúde de 1941 a 1986.....	29
Quadro 03 - Conferências Nacionais de Saúde de 1992 a 2019.....	33
Quadro 04 - Síntese do processo histórico de FSE do Sudoeste do Paraná.....	36
Quadro 05 - Gastos mínimos do setor de saúde.....	82

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - População urbana e rural (%) no Brasil em relação a outros países na década de 1950.....	23
Tabela 02 - Expectativa de vida ao nascer - 1949 a 1959, Brasil e alguns países.....	25
Tabela 03 - Estabelecimentos oficiais de saúde pública – 1930/1946.....	26
Tabela 04 - Estabelecimentos de saúde segundo as grandes regiões – 1976- 1985.....	32
Tabela 05 -Taxa de mortalidade infantil/ Brasil e por regiões, de 1950 a 1991.....	32
Tabela 06 - Número de municípios na região entre as décadas de 1960 a 2010.....	37
Tabela 07 - Municípios da 8ª RS/PR e ano de criação.....	38
Tabela 08 - População total, urbano e rural: região Sudoeste do Paraná.....	39
Tabela 09 - Estabelecimentos de saúde: hospitais/postos/centros de saúde de 1980 a 1990.....	40
Tabela 10 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil - 1976/2009....	43
Tabela 11 - Fusões e aquisições – Brasil – 1994.....	53
Tabela 12 - Comércio Exterior – balança comercial - 1997, 1999 e 2001- Valores em USD.....	55
Tabela 13 - Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no DATASUS/CNES – dezembro/2014 - Paraná.....	60
Tabela 14 - Estimativa populacional: população total e em % para os municípios da 8ª RS em 2018.....	65
Tabela 15 - Estabelecimentos de saúde do tipo CS/UBS e quanto cada município representa em % do total - Paraná – 2007 a 2018.....	67
Tabela 16 - Equipes de saúde – Paraná – 2005 a 2018.....	68
Tabela 17 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil - 2010 a 2014.....	70
Tabela 18 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil - 2010....	71

Tabela 19 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil -2014....	71
Tabela 20 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Paraná - 1990 a 2014.....	72
Tabela 21 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - 8ª RS/PR- 1990 a 2014.....	73
Tabela 22 - Gastos Consórcio Intermunicipal de Saúde – ARSS – 2018.....	73
Tabela 23 - Gastos por níveis de atenção: Atenção Básica e MAC na 8ª RS/PR-2010-2014-2018.....	75
Tabela 24 - PIB e a % dos gastos em saúde 2008-2017 (PIB em R\$ trilhões) .....	79
Tabela 25 - Gastos em saúde Brasil 2008-2017- União (R\$ bilhões constantes de 2017) .....	82
Tabela 26 - Total Gasto em Saúde Pública na 8ªRS/PR-2000-2010-2018.....	83
Tabela 27 - Valor per capita em saúde nos municípios da 8ª RS/PR - 2018 .....	86
Tabela 28 - Aumento real dos gastos per capita nos municípios da 8ª RS/PR.....	87
Tabela 29 - Recursos humanos/ Brasil – 2007 – 2018.....	88
Tabela 30 - Distribuição populacional por regiões, distribuição de médicos por regiões e médicos por 1000 Habitantes – Brasil 2018.....	94
Tabela 31 - Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. Brasil 2018.....	95
Tabela 32 - Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. Paraná 2018.....	97
Tabela 33- Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. 2ª RS Metropolitana/PR – 2018.....	97
Tabela 34 - Proporção entre a cobertura de médicos por 1000hab. 8ª RS/PR – 2018.....	98
Tabela 35 - Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. 8ª RS/PR – 2018.....	99
Tabela 36 - Usuários de planos de saúde privados por regiões - 2003 a 2014.....	100
Tabela 37 - Participação regional no total de planos de saúde – Brasil 2003 a 2014.....	103
Tabela 38 - Número de usuários de planos de saúde na 8ª RS/PR – 2003 a 2014.....	104
Tabela 39 – Demissões por setores da economia – Brasil - 2015 e 2016.....	105
Tabela 40 – Usuários de planos de saúde – 2014 a 2018.....	109
Tabela 41 – Usuários de planos de saúde com atendimento no SUS em APAC e AIH – 2015 e 2016.....	111
Tabela 42 – Planos de saúde que mais devem ao SUS – 2018.....	113
Tabela 43 – Usuários de planos de saúde – 8ªRS/PR – 2014 a 2018.....	114
Tabela 44 – Usuários de planos de saúde – 8ª RS/PR – 2014 a 2018.....	116

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- Estabelecimentos: Hospital Geral por esfera administrativa entre 2005 e 2014.....	69
Gráfico 02 - Gastos em saúde pública por nível de atenção – Brasil – 2006 a 2018.....	76
Gráfico 03 - Gastos em saúde por Nível de Atenção – Paraná – 2006 a 2018.....	77
Gráfico 04 -Gastos em saúde por Nível de Atenção/Francisco Beltrão/PR– 2006 a 2018.....	78
Gráfico 05 - Gastos em Atenção Básica e MAC na 8ªRS/PR- 2010-2014-2018.....	80
Gráfico 06 - Distribuição (%) por região dos repasses nacionais para saúde e do total de habitantes – Brasil 2017.....	84
Gráfico 07 - Distribuição (%) por região dos repasses nacionais para saúde e do total de habitantes – Brasil - 2018.....	85
Gráfico 08 - Evolução dos planos de saúde privados – total e regiões – 2003 a 2014.....	104
Gráfico 09 - Desemprego total (% da força de trabalho total) – Brasil: 2003 a 2019.....	109
Gráfico 10 – Evolução da remuneração média real – 2009 a 2018.....	110
Gráfico 11 – Usuários de planos de saúde-Brasil – total e por regiões – 2003 – 2018.....	111
Gráfico 12 – Evolução dos planos privados de saúde – municípios de Capanema, Francisco Beltrão e Dois Vizinhos/ 8ªRS/PR – 2003 a 2018.....	117

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Macrorregionais de saúde no estado do Paraná.....	13
Figura 02- Municípios que deram origem aos atuais (1950) .....	38
Figura 03- Organização da saúde: atenção à saúde pública.....	59
Figura 04 - Estabelecimentos de saúde com apoio à diagnose e terapia privados.....	62
Figura 05 - Estabelecimentos de saúde com apoio à diagnose e terapia públicos.....	62

## **LISTA DE SIGLAS**

**ARSS** - Associação Regional de Saúde do Sudoeste

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CNS** - Conferências Nacionais de Saúde

**CRE** - Centro Regional de Especialidades

**ESF** - Equipes de Saúde da Família

**FSE** - Formação Sócio Espacial

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**8ª RS/PR** - 8ª Regional de Saúde do Paraná

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MAC** - Média Alta Complexidade

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – ORIGENS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO SUDOESTE DO PARANÁ .....</b>	<b>20</b>
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PARTIR DE 1930 .....	20
1.2 ESTADO E A FORMAÇÃO DO SUDOESTE DO PARANÁ .....	34
1.3 FORMAÇÃO ESPACIAL E DESENVOLVIMENTO URBANO NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: EVOLUÇÃO E O DINAMISMO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE .....	39
1.4 CONSIDERAÇÕES DO PRIMEIRO CAPÍTULO.....	45
<b>CAPÍTULO II – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DINÂMICA NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ .....</b>	<b>46</b>
2.1 A DINÂMICA DA FORMAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – ANTECEDENTES .....	46
2.2 O SUS .....	52
2.3 A ORGANIZAÇÃO DO SUS NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	59
2.4 CONSIDERAÇÕES DO SEGUNDO CAPÍTULO.....	88
<b>CAPÍTULO III – DINÂMICA ECONÔMICA E SAÚDE – 2000-2018.....</b>	<b>90</b>
3.1 CRESCIMENTO ECONÔMICO E OS REFLEXOS NO SUS – 2003 A 2010-15....	91
3.2 GOVERNOS LULA (2003-2010) E DILMA (2011-2016) .....	91
3.3 SAÚDE PRIVADA NO BRASIL – 2000 A 2015-8.....	102
3.4 A CRISE ECONÔMICA E OS REFLEXOS NO SUS – 2015 A 2019 .....	106
3.5 CONTRADIÇÕES DO SUS: DESAFIOS MEDIANTE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA ECONÔMICA .....	118
3.6 AS CONTRARREFORMAS.....	119
3.7 CONSIDERAÇÕES DO TERCEIRO CAPÍTULO .....	121
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>127</b>

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo específico compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS) na 8ª Regional de Saúde do Paraná (8ªRS/PR) e, para atingir tal propósito, a organizamos com objetivos gerais que contemplam: entender o papel do Estado (união, estados e municípios) na estruturação de políticas para o Sistema Único de Saúde (SUS); a organização e acesso à saúde pública; distribuição espacial das estruturas físicas e humanas pelo território; a dinâmica do financiamento do SUS; e o papel desempenhado pela união, estados e municípios para garantir o custeio/financiamento e a ampliação do SUS ao longo dos últimos anos. Nossa análise está baseada nas diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988, de “*Universalização, Equidade e Integralidade*”, e organizacional de “*Regionalização, Hierarquização e a Descentralização*”.

Outro elemento presente na pesquisa diz respeito à saúde privada, que a Constituição definiu como “*Complementariedade do setor privado*”. Nosso objetivo foi demonstrar o papel da saúde privada e entender os reflexos para o modelo de saúde, que como definido na Constituição é “*Sistema Único de Saúde*” e na prática é um sistema “*dual*”, quer dizer, um modelo de saúde com duas formas de oferta de serviços.

A 8ªRS pertence a Macrorregional do Oeste do Paraná e está localizada no Sudoeste do Paraná, com território de 7.768 km<sup>2</sup>, sendo composta por 27 municípios e uma população estimada em 324.178 habitantes (IBGE, 2010). A sede da 8ª RS está localizada no município de Francisco Beltrão e é responsável por organizar e direcionar as políticas nacionais de saúde para os 27 municípios da 8ªRS. Nosso recorte espacial adota a divisão por regionais de saúde. Destacamos que a nossa divisão regional está de acordo com a abordagem adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, com uma nova metodologia de divisões do território:

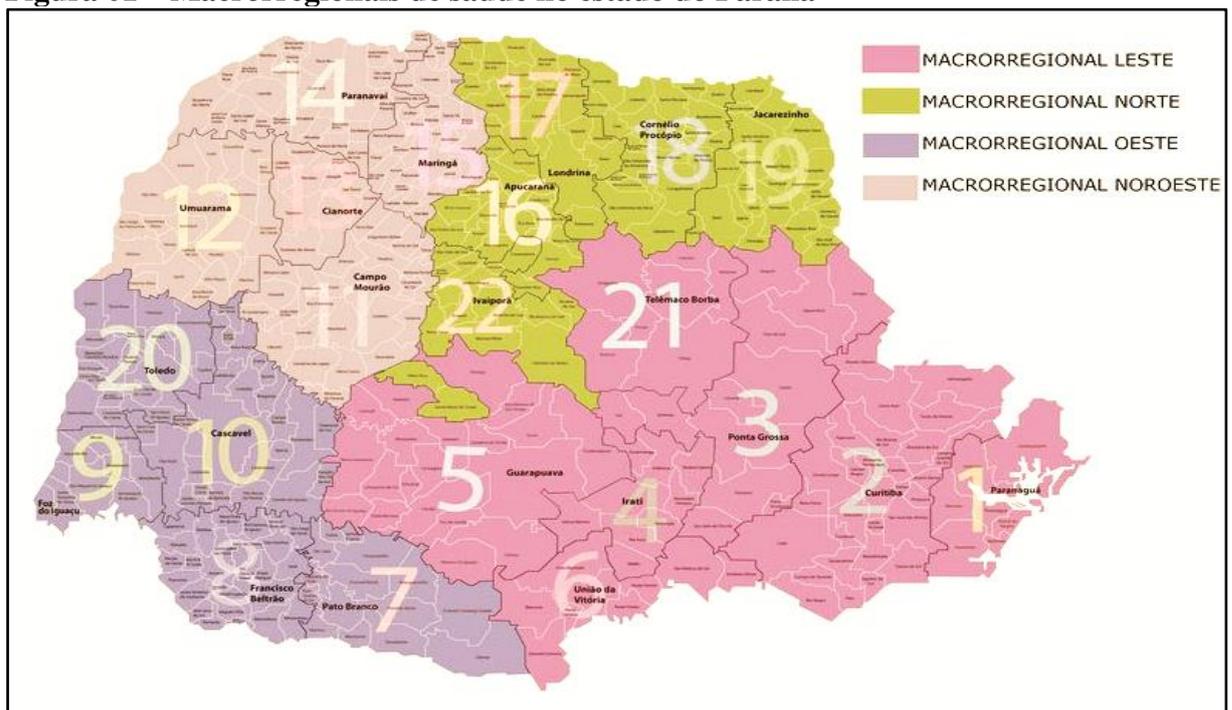
O recurso metodológico utilizado na elaboração da presente Divisão Regional do Brasil valeu-se dos diferentes modelos territoriais oriundos de estudos pretéritos, articulando-os e interpretando a diversidade resultante. A região torna-se, por meio dessa opção, uma construção do conhecimento geográfico, delineada pela dinâmica dos processos de transformação ocorridos recentemente e operacionalizada a partir de elementos concretos (rede urbana, classificação hierárquica dos centros urbanos, detecção dos fluxos de gestão, entre outros), capazes de distinguir espaços regionais em escalas adequadas. (IBGE, 2017).

Nossa interpretação sobre a proposta do IBGE no que tange a divisão regional, configura uma resposta positiva para nossa análise, destacando a aproximação das duas interpretações sobre a região abordada. A utilização da divisão por regional da saúde atende os requisitos propostos na Região Geográfica Imediata, por concentrar o atendimento nas diversas especialidades na área de saúde e comércio em Francisco Beltrão e Dois Vizinhos:

As Regiões Geográficas Imediatas têm na rede urbana o seu principal elemento de referência. Essas regiões são estruturas a partir de centros urbanos próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações, tais como: compras de bens de consumo duráveis e não duráveis; busca de trabalho; procura por serviços de saúde e educação; e prestação de serviços públicos, como postos de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do Ministério do Trabalho e de serviços judiciários, entre outros. (IBGE, 2017).

A Secretária Estadual de Saúde do Paraná (SESA), além da divisão por regionais de saúde, adota o modelo de divisão geográfica, contemplando as regionais em grupos maiores;

**Figura 01 – Macrorregionais de saúde no estado do Paraná**



Fonte: [www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa\\_das\\_macrorregionais\\_colorido\\_.jpg](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa_das_macrorregionais_colorido_.jpg). Acesso em: 28 fev. 2019.



No mapa e na figura apresentados anteriormente podemos observar que, tanto na metodologia do IBGE, adotada a partir de 2017, quanto na metodologia adotada pela SESP, a mesorregião do Sudoeste do Paraná é dividida em duas regiões: a) Região Geográfica Imediata; Francisco Beltrão, Dois Vizinhos e Pato Branco; b) Macrorregional Oeste; 7ª e 8ª RS(s). Nosso objeto é analisar a 8ª RS do Paraná, que contempla, na metodologia do IBGE (2017), duas Regiões Geográficas Imediatas.

Fazem parte da abrangência da 8ªRS/PR os seguintes municípios; Ampére, Barracão, Bela Vista da Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola d'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge d'Oeste e Verê.

Os 27 municípios (inclusive Francisco Beltrão), na grande maioria dos casos em que há a necessidade de serviços especializados em determinada área da saúde, buscam atendimento em Francisco Beltrão. O Hospital Regional, desde 2010, atende serviços de alta complexidade<sup>1</sup>. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atua nas questões emergenciais, prestando serviços de resgate e socorro aos municípios quando estes não dispõem de equipes preparadas para acidentes graves, ou quando existe a necessidade de transporte até o hospital especializado. Os 27 municípios também estão organizados para terem maior representação política e, em 1994, criaram a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS), com sede na mesma cidade.

Nos últimos anos, uma dinâmica própria na região foi se desenvolvendo e infraestruturas foram adotadas para atender as principais demandas por saúde dos municípios, desde os setores da educação a instalações de hospitais.

Em 2013, a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) passou a ofertar o curso na área de Medicina. De acordo com Casaril (2015), a região ainda conta com o Hospital Policlínica São Vicente de Paula – que atende planos de saúde e tratamentos particulares – e o Hospital São Francisco (privado) – que presta serviços para o SUS e conveniados com empresas. Em 2013, foi inaugurado o Centro de Oncologia de Francisco Beltrão (CEONC), que é referência em diagnóstico e tratamento de neoplasias. Mais recentemente, em 2017,

---

<sup>1</sup>Listagem dos serviços de alta complexidade prestados pelo HRS podem ser verificados em: <http://www.hospitalsudoeste.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=23>. Acesso em maio de 2019.

inaugurou-se o novo Centro Regional de Especialidades (CRE), que atende algo em torno de 600 pessoas por dia dos municípios da ARSS.

Em Francisco Beltrão também se encontram as universidades que ofertam cursos na área de saúde: a Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Campus de Francisco Beltrão (UNIOESTE) (pública), que oferta o Curso de Medicina e Nutrição; e a União de Ensino do Sudoeste do Paraná (UNISEP) e a Universidade Paranaense (UNIPAR) (privadas) que ofertam os Cursos de Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Farmácia e cursos técnicos, como técnicos de enfermagem, técnicos sanitários, etc.

O nosso trabalho apresentará as contradições existentes na FSE regional, com análises sobre as relações concretas, tendo como base teórica o Materialismo Histórico. Nosso ponto de partida compreende o período em que se inicia a formação do Sudoeste do Paraná (1950), pois é esse o nosso recorte geográfico de análise espacial. Esse período também é marcado pelo início da efetivação de políticas públicas de saúde, durante o governo Vargas (1930-1945) e nas décadas seguintes.

Ao analisar a dinâmica econômica brasileira e o surgimento das primeiras políticas de saúde voltadas ao atendimento da demanda populacional, que surgia juntamente com a urbanização a partir da década de 1930, na ótica da Geografia Econômica, o método empregado para os estudos sobre as redes de atenção a saúde é a Formação Socioespacial (FSE). Apoiada nos fundamentos da economia política e do materialismo dialético de Marx, o geógrafo brasileiro Milton Santos, na década de 1970, desenvolveu o método de FSE, que busca avançar no sentido do entendimento das relações socioespaciais. Buscamos com a FSE apreender a gênese entre os elementos econômicos e os avanços na saúde brasileira, bem como, explicar a dinâmica e o funcionamento da rede de atenção à saúde na 8ª RS/PR em sua totalidade. Vale destacar as palavras do próprio Milton Santos (1977, p. 81) sobre a categoria Formação Socioespacial e a importância da ciência geográfica:

Pode-se dizer que a Geografia se interessou mais pela forma das coisas do que pela sua formação. Seu domínio não era o das dinâmicas sociais que criam e transformam as formas, mas o das coisas já cristalizadas, imagem invertida que impede de apreender a realidade se não se faz intervir a História. Se a Geografia deseja interpretar o espaço humano como o fato histórico que ele é, somente a história da sociedade mundial, aliada à da sociedade local, pode servir como fundamento à compreensão da

---

<sup>2</sup> Nossa análise parte da década de 1930, período que inicia com o governo de Getúlio Vargas. É nesse período que se institui a criação de políticas voltadas à industrialização e à criação de instituições voltadas ao desenvolvimento do Estado e, é desse período também, a criação Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). São inúmeras as obras que analisam esse período, destacamos duas que serviram de referência para nossa análise: Pensamento Econômico Brasileiro, de Ricardo Bielschowsky e A Era Vargas - Desenvolvimentismo, Economia e Sociedade, de Pedro Paulo Zahluth Bastos (org.).

realidade espacial e permitir a sua transformação a serviço do homem. Pois a História não se escreve fora do espaço e não há sociedade a-espacial. O espaço, ele mesmo, é social (SANTOS, 1977, p. 81).

Formulada a partir do conceito de Formação Econômica Social (FES), de Marx, a categoria FSE de Santos permitiu aos geógrafos utilizar do conceito de espaço para analisar a evolução da sociedade em um dado tempo e espaço.

Esta categoria diz respeito à evolução diferencial das sociedades, no seu quadro próprio e em relação com as forças externas de onde mais frequentemente lhes provém o impulso. A base mesma da explicação é a produção, isto é, o trabalho do homem para transformar, segundo leis historicamente determinadas, o espaço com o qual o grupo se confronta (SANTOS, 1977, p. 81-82).

Para Marx, o conceito FES é a capacidade de análise e compreensão dos modos de produção que representam o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, ou seja, as relações de produção que uma sociedade possui para se desenvolver. Nesse sentido, ainda em Marx, verificamos que numa FES podem coexistir diferentes modos de produção, cabendo ao pesquisador identificar qual modo de produção domina ou que se tornará dominante.

A partir da criação do Estado Novo no Governo de Getúlio Vargas (1930/1945), muda-se a dinâmica social brasileira e, para nossa análise, é nesse período que surgem os elementos fundamentais que mudam a dinâmica social existente. É a contradição do novo com o velho modo de produção, o capitalismo que se desenvolve com maior força pressionando as antigas relações de produção, ainda enraizadas no feudalismo<sup>3</sup>. Nessa perspectiva, surgiram políticas voltadas a efetivar a ocupação das terras no Sudoeste do Paraná, que ainda não estavam incluídas nos moldes jurídicos da posse privada da terra.

Para melhor compreensão do que foi incluir as novas áreas nos moldes jurídicos de posse privada, nossa interpretação está alinhada na interpretação marxista de que a terra, mesmo sendo um bem natural e que não pode ser produzido pelo trabalho humano, no capitalismo se torna uma mercadoria, pois é onde se dá o processo de produção e, como tal, pode ser colocada no mercado, para ser vendida e comprada.

Nos apoiando nas palavras de Rangel (2000, p. 135), onde o autor apresenta que [...] de longa data, a terra é, pelo menos do ponto de vista formal, no Brasil, uma mercadoria, como

---

<sup>3</sup> Em relação ao feudalismo no Brasil, existem vários autores que se dedicaram a analisar as contradições sociais e econômicas da formação brasileira, dos quais surgiram fervorosos debates. Destacamos Alberto Passos Guimarães na obra “*4 Séculos de Latifúndio*”, na qual o autor trata da formação social brasileira com elementos feudais e ainda mais atrasados em relação à colônia, chegando a utilizar a escravidão como relação de produção predominante por mais de 4 séculos. Caio Prado Junior, em sua obra “*História Econômica do Brasil*”, argumenta que a metrópole portuguesa implantou na colônia (Brasil) o modelo que estava em desenvolvimento na Europa, o capitalismo mercantil. É um debate que perdura por décadas entre os estudiosos da formação histórica brasileira.

qualquer outra [...]. Dessa maneira, quando o Estado brasileiro cria a política de Marcha Para o Oeste, cria também um mercado de terras na Região do Sudoeste do Paraná, permitindo que sejam loteadas e comercializadas, o que causa os conflitos pela posse da terra entre as classes políticas dominantes, as empresas colonizadoras e os posseiros.

Rangel (2005), ao analisar o desenvolvimento brasileiro originou a teoria de “dualidade básica da economia brasileira.”, relacionando a dinâmica interna brasileira e as relações que o país mantém com as economias centrais. Em termos, explicam o processo de industrialização por substituição de importações e a realização do que ele chama de “pactos de poder” entre as classes dominantes no âmbito da política interna.

A tese da dualidade aponta que a economia brasileira é influenciada por leis que determinam seu desenvolvimento, e é caracterizada pelo momento de transição do Brasil como país agroexportador (feudal) para o processo de industrialização e urbanização (capitalismo). É durante essa mudança de conjuntura que se institucionalizam os principais projetos de formação de um Estado Nacional.

Com a crise de 1929 (conhecida também como a grande depressão) ocorrida nos Estado Unidos que afetou toda economia global, no Brasil, criou-se uma fase em que os projetos nacionais eram a base de política de Estado. Conhecida na literatura como o período do desenvolvimentismo, o Estado se utilizou da planificação da economia e dos principais projetos de desenvolvimento, possibilitando o desenvolvimento do país.

Para analisar as contradições durante os processos de mudanças que ocorrem, utilizaremos a teoria dos “Ciclos de Kondratieff”, a qual Rangel utiliza para demonstrar como foram os processos de mudanças no Brasil. Rangel analisa o processo de acumulação capitalista no Brasil e, para isso, combina os períodos de crescimento e de estagnação/crises com a teoria dos Ciclos de Kondratieff, a qual pode ser utilizada para explicar o desenvolvimento do sistema mundial capitalista dos países centrais. Esses ciclos têm a duração de 50 anos, entre crescimento, queda nas taxas de lucros, crise e um novo momento de superação da crise. Além disso, compreendem a inovação tecnológica de um dado período histórico, no qual podem conviver diferentes modos de produção. No caso brasileiro, Rangel explica que, desde 1500, conviveram no país o comunismo primitivo, o escravismo, o feudalismo e o capitalismo.

Para explicar os ciclos brasileiros de desenvolvimento do capitalismo, Rangel utilizou a teoria dos Ciclos Juglarianos<sup>4</sup>, e cada ciclo tem em média a duração de 7 a 11 anos. O primeiro

---

<sup>4</sup> Rangel se utilizou da categoria de ciclos breves denominados de “Juglar”, por compreender que esta categoria explica melhor os ciclos da economia brasileira. Descoberta pelo economista francês Clément Juglar, este observou

Ciclo Juglar teve origem com o processo de industrialização brasileiro (1932-1942). Rangel afirma que essa teoria é a mais compatível com a realidade brasileira, vejamos o que diz o autor:

Desde que teve início a industrialização do Brasil, esses ciclos breves se têm sucedido regularmente. Primeiramente, foram criadas condições para a implantação da indústria leve, mas, a cada volta do parafuso cíclico, prosseguia marcha no sentido de indústrias menos leves e, partindo da indústria de bens de consumo, no sentido geral da indústria de bens de produção (RANGEL, 1986, p. 36).

Esse período foi marcado pela contradição existente no capitalismo: a disputa, por um lado, entre o Governo Federal e o Estado do Paraná e, por outro, entre os posseiros e as incorporadoras de terras. Essa condição deu origem à FSE, que marca a criação do Sudoeste do Paraná e deu origem aos 27 municípios que, atualmente, compõem a rede de atenção do SUS na diligência da 8ª Regional de Saúde.

O Sudoeste do Paraná compreende uma região com 42 municípios e duas regionais de saúde: a 7ª RS localizada na cidade de Pato Branco (responsável por 15 municípios); e a 8ªRS (já apresentada no início do texto)<sup>5</sup>.

---

que o ciclo breve ocorre com uma periodicidade média da ordem de 8 anos. O ciclo comporta duas fases como todo o movimento conjuntural: alta e baixa de rendimentos. (Ciclo Juglar, Dicionário Político. Disponível em: < [https://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/c/ciclo\\_juglar.htm](https://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/c/ciclo_juglar.htm) >. Acesso em 23 de maio de 2020.

<sup>5</sup> Para fins de explicação: quando nos referimos à Formação Socioespacial do Sudoeste do Paraná, estamos tratando da origem dos movimentos políticos de inclusão do território do Sudoeste na dinâmica estadual e nacional. Esse movimento ocorreu de maneira homogênea na região, formando os municípios e toda a dinâmica atual do Sudoeste paranaense, do qual, nosso recorte geográfico analisou os 27 municípios que compõem a 8ª RS/PR.

## CAPÍTULO I

### ORIGENS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO SUDOESTE DO PARANÁ

A materialização do projeto político desenvolvimentista do Estado brasileiro que se iniciou no período do Estado Novo, com o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), pode ser verificada a partir da análise das mudanças concretas na FSE que resultaram na criação das instituições federais, estaduais e municipais, assim como, no decorrer das décadas seguintes, com a ampliação do território nacional, viu-se a criação de novos municípios e o surgimento de novas relações de produção.

Nessa perspectiva, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), acompanhou as mudanças nas conjunturas econômicas até se transformar no Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição de 1988. Neste capítulo trataremos da conjuntura política econômica que propiciou a criação do MESP e as sequentes reformas sanitárias, evoluindo para a criação do SUS e apresentando os elementos da dinâmica FSE que deram origem ao Sudoeste do Paraná.

#### 1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PARTIR DE 1930

A partir do século XX, precisamente e com mais vigor a partir da década de 1930, a industrialização e urbanização brasileira caracterizam um período de transformação econômica e de mudanças socioespaciais. Para acompanhar a proposta desenvolvimentista do Governo Vargas, foi necessária a criação de um plano que abarcasse as demandas sociais do período.

Segundo Bielschowsky (1996, p. 76), o projeto desenvolvimentista de 1930-1945 pode ser explicado em dois pilares principais: a) o primeiro no setor privado, representado pelos interesses das entidades do setor industrial, Confederação Nacional da indústria (CNI) e a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), que na liderança de Roberto Simonsen, conceberam e divulgaram uma estratégia de industrialização planejada; b) o segundo da economia desenvolvimentista, montada no setor público, no qual a partir de 1930, durante o Estado Novo, cria-se uma série de agências voltadas à administração de problemas de alcance nacional.

O modelo de atendimento à saúde que surgia no Brasil nesse período pode ser caracterizado com o conceito de "Seguridade Social", que se desenvolveu na Alemanha entre

1881 e 1889. O Governo do Chanceler Otto Von Bismarck implantou uma sequência de leis que se tornaram as primeiras formas de seguro social. O Plano Bismarck<sup>6</sup>, segundo Lima (1957), instituiu em 1881 o seguro doença, em 1884 o seguro acidente e, em 1889 o seguro invalidez e o seguro velhice. Esse sistema de Seguridade Social, ainda utilizado na Alemanha, se baseia no financiamento por contribuição patronal, do empregado e do Estado, via criação de caixas de pensão.

A criação do modelo de seguridade social no Brasil está ligada ao conceito Bismarckiano de seguridade social, e, foi regulamentado pela Lei Eloy Chaves<sup>7</sup> em 1923. Com essa Lei foram criadas as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs), e, a partir de 1930, criaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Ainda em 1930, com o Decreto 19.402, cria-se o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP)<sup>8</sup>, e com o Decreto nº 19.433, cria-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MITC)<sup>9</sup>. O MESP, de caráter contributivo, foi responsável a partir de então de realizar as políticas nacionais para a educação e a saúde. O MITC foi o órgão de Estado responsável pela organização do capital industrial e as novas relações de trabalho que começavam a se desenvolver.

A criação dessas instituições federais demonstra a visão do governo getulista sobre a economia desenvolvimentista. Sua resposta ao atraso brasileiro se resolveria através da modernização das relações de trabalho e ao desenvolver a divisão social do mesmo, através da industrialização, superando do estágio feudal do Brasil.

---

<sup>6</sup> Esta nota se apresenta conforme a tradução original, apresentando a forma gramatical da época. O discurso do Chanceler Bismarck ao Reichstag em 1881: “Consideramos ser nosso dever imperial pedir de novo ao Reichstag que tome a peito a sorte dos operários, e nós poderíamos encarar com uma satisfação muito mais completa todas as obras que nosso Govêmo pôde até agora realizar com a ajuda visível de Deus, se pudessemos ter a certeza de legar á pátria uma garantia nova e durável, que assegurasse a paz interna e desse aos que sofrem a assistência a que têm direito. Nos esforços que fazemos para êste fim, contamos seguramente com o assentimento de todos os govêrnos confederados e com o inteiro apôio do Reichstag, sem distinção de partidos. Ê neste sentido que está sendo preparado um projeto de lei sôbre o seguro dos operários contra os acidentes do trabalho. Êsse projeto será completado por outro, cujo fim será organizar, de um modo uniforme, as Caixas de socorros para o caso de moléstia. Porém, também aquêles que a idade e a invalidez tonaram incapazes de proverem ao ganho quotidiano, têm direito à maior solicitude do que a que lhes tem, até aqui, dado a sociedade. Achar meios e modos de tomar efetiva essa solicitude é, certamente, tarefa difícil, mas, ao mesmo tempo, uma das mais elevadas em um estado fundado sôbre as bases morais da vida cristã. É pela união íntima das fôrças vivas do povo e pela organização dessas fôrças sob a forma de associações cooperativas, colocadas sob a proteção, vigilância e solicitude do Estado, que será possível, nós o esperamos, resolver êste momentoso problema, que o Estado não poderá resolver por si só com a mesma eficácia” (LIMA, 1957).

<sup>7</sup> A Lei Eloy Chaves, marcou o início da criação do sistema de seguridade social no Brasil, o texto completo pode ser observado em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 22 abr. 2019.

<sup>8</sup> BRASIL. Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930: Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

<sup>9</sup>BRASIL. Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930 Cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

Antes da criação do MESP, a saúde pública atuava nas questões sanitárias, entre elas as campanhas de vacinação e controle/isolamento de leproso. As pesquisas sobre doenças endêmicas foi atribuído ao Instituto Oswaldo Cruz. O atraso brasileiro na inserção da economia capitalista industrializada refletia na condição de vida da população, e tem relação direta com doenças contagiosas ligadas à falta de higiene e de saneamento básico, e à desnutrição, situações que atingiam as populações mais pobres, além de que, a medicina não contava com a cura e nem vacinas para muitas doenças endêmicas no país.

É nesse momento, com o Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930, que se cria o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP)<sup>10</sup>. E com o Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MITC)<sup>11</sup>.

#### Quadro 01- Síntese da criação do MESP e MITC

Governo	Decreto	Ministério e atribuições
Getúlio Vargas	Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930	MESP: Art. 5º. <i>O Departamento de Saúde Pública, o Instituto Oswaldo Cruz, o Museu Nacional e a Assistência Hospitalar.</i>
Getúlio Vargas	Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930.	MITC: Art. 5º. <i>Diretoria Geral de Indústria e Comércio, Serviço de Povoamento.</i>

Fonte: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

Em mensagem ao Congresso de 1951, Getúlio Vargas argumentou sobre a situação da economia brasileira e os reflexos na saúde:

O baixo nível de saúde do Brasil é fiel reflexo da pobreza que grava a grande maioria do nosso povo. Costuma-se inverter o problema atribuindo esta condição à deficiência do brasileiro, minado pela doença e oprimido pelo clima, incapaz de transformar em produção útil nossas gigantescas riquezas potenciais, quando na verdade o povo é doente porque ainda não possui os meios para comprar sua saúde, sob a forma de alimentação adequada, ambiente higiênico e sadio regime de trabalho (BRASIL, 1963, p. 27).

Muitas doenças, hoje curáveis ou consideradas erradicadas pelo uso de vacinas, faziam parte da realidade brasileira, tais como: malária, sarampo, tuberculose, poliomielite, varíola, lepra (atualmente conhecida por hanseníase), esquistossomose, febre amarela, verminoses, boubá, doença de chagas, cólera, peste bubônica, entre outras consideradas menos graves.

<sup>10</sup> BRASIL. Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930: Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

<sup>11</sup> BRASIL. Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930 Cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

Várias dessas doenças são evitadas pela simples higiene, e este elemento é primordial para entender o porquê de o MESP atender tanto a educação como a saúde, pois, a educação sanitária ajuda a combater ou evitar algumas doenças. Dados do período demonstram que apenas 10% da população tinha abastecimento de água “higienizada” e apenas 7% de rede de esgoto. Ainda na mensagem ao Congresso em 1951, Vargas argumenta:

A análise de quaisquer outros complexos aspectos da saúde do homem levaria invariavelmente às mesmas conclusões, por isso que a Saúde Pública é incontestavelmente um problema de superestrutura que deverá de modo irrecorrível ajustar-se ao arcabouço econômico da nação. Cada etapa da evolução econômica nacional, da mesma forma que corresponde a uma certa composição da população e a uma determinada distribuição de mão-de-obra, também apresenta seus definidos problemas sanitários a serem com possibilidade de sucesso solucionados." Não se pretende, é evidente, diminuir o significado do esforço da Saúde Pública. Muito pelo contrário, o que se deseja é que seus programas se ajustem as reais condições econômicas e sociais da nação e, conseqüentemente, às necessidades efetivas da população (BRASIL, 1963, p. 27).

Os dados do período comprovam a preocupação e a urgência em avançar no projeto de desenvolvimento pretendido por Vargas e demonstram o nível de atraso do Brasil em relação aos países avançados ou que estão em processo de urbanização.

**Tabela 01- População urbana e rural (%) no Brasil em relação a outros países na década de 1950**

Países	População	
	Urbana	Rural
<i>Brasil</i>	31,1	63,9
Estados Unidos	67,7	36,3
México	42,6	57,4
Reino Unido	80,1	19,9
Suécia	58,1	41,9

Fonte: BRASIL (1963, p. 53).

O governo de Getúlio pretendia responder a esses atrasos com o projeto desenvolvimentista, pela qual via seria possível avançar os problemas através da modernização e industrialização: “outro não seria o quadro a esperar num país de desenvolvimento colonial, que ainda não realizou sua revolução industrial e não mecanizou sua agricultura, vivendo num regime de produtividade do nível observado há 60 ou 80 anos nos países de área de civilização europeia”.

A tabela anterior demonstra que mais de 60% da população vivia no campo, concentrando a maior parte da mão de obra no trabalho da lavoura, produzindo menos que o suficiente para o próprio consumo. Nas palavras de Vargas ao se dirigir ao Congresso em 1951;

E que as causas fundamentais da baixa produtividade vulgarmente lançada a conta de má saúde do trabalhador rural residem antes da aspereza do meio, nas agruras do clima, e sobretudo nos métodos primitivos de trabalho, que obriga o homem a retirar de si próprio a energia que alhures é produto da eletricidade, da mecânica ou da química (BRASIL, 1963, p. 27).

O abastecimento alimentar era outra questão a ser resolvida pelo então governo, e a resposta para esse problema passaria pela modernização da agricultura, aumentando a produção e liberando mão de obra para a indústria. No plano desenvolvimentista, esse processo faria o Brasil integrar-se ao mercado mundial com produtos industrializados, superando a relação de produtor mundial de produtos primários.

Segundo Rangel (2000), o processo de urbanização é uma tendência universal e que deveria ser gerida com cautela, pois implica em pesados custos (a longo e curto prazo). Em relação à urbanização brasileira, Rangel aponta que a mão de obra se urbanizou não porque a cidade dela careça, mas porque a economia camponesa de autoconsumo desagregou.

Rangel (2000), aponta que a mão de obra camponesa quando é transferida para a cidade, ganha salários inferiores do ponto de vista do trabalhador, e eleva o preço do fator trabalho para o empresário, pois está mão de obra não especializada para a produção industrial tende a não produzir com a capacidade de um trabalhador especializado. Ao analisar os enunciados, ficam evidentes as barreiras que o projeto desenvolvimentista tinha que romper. Se, por um lado, o processo de transferência de mão de obra do campo para as cidades criava um exército de trabalhadores com baixos salários, por outro, o impacto no sistema produtivo e no sistema de saúde se agravava.

O atraso sócio econômico que dominava a maior parte do país deixava claros os altos níveis de pobreza, de analfabetismo e de falta de infraestrutura nas áreas urbanas e rurais, situação que distanciava as populações pertencentes a esses grupos de alcançar um nível razoável de saúde. Um dado interessante e que revela o grau de atraso pode ser visto na relação entre nascimento e expectativa de vida ao nascer:

**Tabela 02 – Expectativa de vida ao nascer de 1949 a 1959 - alguns países**

<b>País</b>	<b>Expectativa de vida ao nascer (anos)</b>
Reino Unido	68,3
EUA	67,4
Bélgica	64,6
França	64,6
Japão	57,5
Portugal	50,2
Brasil	42,3
Egito	33,5
Índia	26,8

Fonte: Brasil (1963, p. 57)

O indicador de expectativa de vida ao nascer, dentre outros, pode ser considerado um dos mais representativos indicadores na área de saúde, pois ele demonstra o grau de avanços sanitários e a capacidade de uma sociedade em manter sua população saudável, e isso requer políticas voltadas às demandas em saúde. Na tabela 02, comparamos a situação do Brasil perante países economicamente desenvolvidos e mostramos que a relação entre expectativa de vida ao nascer é maior nos países desenvolvidos, enquanto que nos países subdesenvolvidos a expectativa de vida ao nascer é mais baixa e no caso do Brasil era de 42 anos.

No Brasil, em 1937, o então presidente Getúlio (com a Lei nº378) altera a denominação do MESP, passando a se designar Ministério da Educação e Saúde (MES), e determina no Artigo 4º a criação de 8 regionais de administração do MES, na esfera Federal, visando a cobertura do território nacional:

Art. 4º Fica o território do país, para efeito da administração dos serviços do Ministério da Educação e Saúde, dividido em oito regiões, a saber:

- a) 1ª Região, constituída pelo Distrito Federal e pelo Estado do Rio de Janeiro;
- b) 2ª Região, constituída pelo Território do Acre e pelos Estados do Amazonas e Pará;
- c) 3ª Região, constituída pelos Estados do Maranhão, Piauí e Ceará;
- d) 4ª Região, constituída pelos Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas;
- e) 5ª Região, constituída pelos Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo;
- f) 6ª Região, constituída pelos Estados de São Paulo e Mato Grosso;
- g) 7ª Região, constituída pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;
- h) 8ª Região, constituída pelos Estados de Minas Geraes e Goyaz. (Diário Oficial da União (1937).

Os resultados dos esforços do governo Vargas na área de saúde também podem ser verificados na ampliação da infraestrutura. A tabela 03 apresenta o número de estabelecimentos de serviços oficiais de saúde pública em 1946.

**Tabela 03 – Estabelecimentos oficiais de saúde pública**

<b>Ano de instalação</b>	<b>Total</b>	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
De 1930 a 1940	512	39	411	62
De 1941 a 1946	409	139	244	26

Fonte: Iyda (1994, p. 65).

Estes estabelecimentos respondiam, naquele período, por 97% dos serviços e eram destinados para a proteção à maternidade e infância e ao combate à lepra, tuberculose e à doenças venéreas. Segundo Iyda (1994), 71,2% dos serviços criados eram centros e postos de saúde e higiene, e 28,8% eram postos especiais de combate à malária.

Iyda (1994, p. 69), destaca também que nesse período ocorreu a expansão de estabelecimentos hospitalares públicos e privados e, estes, estavam organizados segundo a finalidade: hospitais gerais, maternidades, hospitais para leprosos, hospitais para doentes mentais, hospitais para tuberculosos, hospitais para civis e hospitais para militares. De 1930 a 1946 foram criados 976 hospitais, entre públicos e privados.

Na definição de Rangel (2005), a economia brasileira é movida pelo que o autor conceitualizou de dualidade básica, e sofre a influência do polo externo, ou seja, é influenciada pela dinâmica econômica mundial. Com o fim da II Guerra Mundial (1945), criaram-se órgãos com poderes políticos internacionais: o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), e a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) e, sob a influência dos Estados Unidos, criam um conjunto de políticas voltadas a garantir sua hegemonia.

Segundo Leontiev (1949), a Conferência de Yalta<sup>12</sup> em 1945 resultou na divisão do mundo em dois blocos: o bloco capitalista, comandado pelos Estados Unidos da América (EUA), e o bloco socialista, comandado pela União das Repúblicas Socialista Soviética (URSS). Posterior a isso, surge um terceiro bloco, constituído por países do terceiro mundo, sendo este, composto por países subdesenvolvidos ou em estágio de alcançar algum tipo de “revolução industrial”. Era o caso brasileiro, com o projeto desenvolvimentista.

Vizentini (1996) argumenta que o final da II Guerra Mundial marcou a mudança na conjuntura econômica mundial, dando aos EUA a afirmação como potência econômica e militar do ocidente e, com as vantagens sobre o bloco socialista (os EUA não teve os efeitos da guerra

<sup>12</sup> Sobre este tema recomendamos o artigo; *O Sistema de Yalta como condicionante da política internacional do Brasil e dos países do Terceiro Mundo*. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73291997000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73291997000100001). Acesso em: 28 mar. 2019.

em seu território), ampliou sua capacidade produtiva durante a guerra, tendo resultado no endividamento dos países que adquiriram produtos bélicos, fármacos, alimentícios, etc.

No bloco socialista, a URSS se firmou militarmente, porém com a desvantagem dos efeitos da guerra em seu território. Em 1939, antes de iniciar a II Guerra Mundial, a Alemanha e URSS, assinaram o pacto Ribbentrop- Molotov (BENSAÏD, 2002, cap. III), pelo então chanceler alemão Adolf Hitler e o chanceler soviético Josef Stalin (1924 a 1953), de não agressão entre os países. Esse pacto foi quebrado em 1941, quando Hitler invadiu o território soviético com a Operação Barbarossa e durante quatro anos a URSS enfrentou diretamente a Alemanha Nazista, no que se chamou Frente Oriental.

A vitória do Exército Vermelho sobre o nazismo ocorreu em maio de 1945, na cidade de Berlim, e significou o fim da II Guerra Mundial. Estima-se que os soviéticos perderam 27 milhões de pessoas durante o confronto, enquanto que os aliados ocidentais (EUA, Inglaterra, França) perderam cerca de seis milhões de pessoas, além dos seis milhões de vítimas do holocausto (entre perseguidos políticos, comunistas e judeus).

A partir de 1945, os dois blocos passam a disputar áreas de influências, dando origem à chamada Guerra Fria, segundo Vizontini (1997),

A Conferência de Potsdam explicita uma alteração política fundamental, ocorrida desde o início de 1945. E esta mudança profunda não foi percebida imediatamente pelos soviéticos. Stalin e o Comitê Central do PCUS estruturaram toda a estratégia política contando com a política de Roosevelt, sem atentar para a luta pelo poder então existente na cúpula americana. A confiança que tinham no presidente foi estendida a todo o governo dos EUA. O bombardeio de Dresden foi um sinal de uma nova política. Com a morte de Roosevelt, assumiu o vice-presidente Truman, um político pouco expressivo do interior que, por suas limitações, ligou-se ao emergente Pentágono e, dentro deste, ao grupo do bombardeio estratégico. Estes grupos ampliariam imensamente sua influência sobre o governo quando a Bomba Atômica entrou em cena (Dresden havia sido realmente uma *avant-première* do que estava por vir). O General Groves, responsável pelo Projeto Manhattan (produção da Bomba A) afirmou em 1942, em plena vigência da aliança EUA-URSS, que esta seria uma arma importante contra a União Soviética! No mesmo ano, Churchill elaborou um *Memorandum Secreto*, em que afirmava que assim que o Eixo deixasse de constituir uma ameaça, os anglo-saxões deveriam recordar que a URSS representava o "verdadeiro inimigo". Ora, em 1945 a derrota do Eixo era certa e a luta só prosseguia devido à obstinação suicida da elite nazista. A Alemanha e o Japão não representavam mais perigo e a "verdadeira política" podia sair à luz do dia. Mas somente com o bombardeio nuclear de Hiroshima e Nagasaki, Stalin se dará conta da amplitude da mudança ocorrida. (VIZENTINI, 1997, p. 8).

Com a morte de Roosevelt, Truman (seu vice) assume a presidência dos EUA, e sua política externa cria um novo inimigo a ser combatido: o "comunismo", representado pelo bloco

socialista. A doutrina Truman (1947)<sup>13</sup> e o Plano Marshall<sup>14</sup> permitiram aos EUA ampliar sua área de influência, intervindo diretamente nos assuntos internacionais dos países capitalistas. Com a Revolução Chinesa (1949), e posterior à ruptura do sistema capitalista na América com a Revolução Cubana (1959), aumentasse a intervenção nos assuntos internacionais (IYADA, 1994).

Os conflitos que se originaram da disputa pela hegemonia mundial entre EUA e a antiga URSS lançaram efeitos sobre a América Latina. No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, em 1947, na Conferência Interamericana para Manutenção da Paz e da Segurança no Continente (que teve a presença do presidente Truman) foi assinado o Tratado de Assistência Recíproca, criando a Comissão Mista Brasil-EUA e, em 1953, o Ponto IV<sup>15</sup>, com o objetivo de colaboração entre os dois países, com o fornecimento de assistência técnica e financeira para setores da economia, nas áreas da educação/saúde, agrícola e militar.

A influência dos EUA teve efeitos na política internacional do Brasil, em 1947, o então presidente Dutra rompeu relações com a URSS e se alinhou com as políticas dos EUA, aproximando o Brasil na adoção das políticas sanitárias estipuladas pelas organizações internacionais. Em 1946, com a Constituição da OMS, lançou os pilares universais dos direitos à saúde, com a preocupação de unir todo o conjunto de significados do que viria a ser as políticas sanitárias adotadas pelos países, Iyda (1994), E na definição do que é saúde, fica exemplificado o conjunto de fatores que a compõem: “*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”<sup>16</sup>.

Com a criação da OMS e a aproximação do Brasil com EUA, no segundo governo de Vargas (no ano de 1953) foi criado o Ministério da Saúde e, no ano seguinte, a Lei nº 2.313 (de 1954), que declarava em seu art. 1º: ser dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo, ampliando a importância da Lei nº 378 de 1937, na qual, no Artigo 90 instituiu a criação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), com previsão de que ocorressem a cada dois anos, porém, ressalta que a ocorrência das CNS é uma determinação do

---

<sup>13</sup>Conjunto de políticas externas adotadas pelo presidente dos EUA, Harry S. Truman. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/starobin/1947/05/doutrina.htm>. Acesso em: 30 mar. 2019.

<sup>14</sup>Segundo Alexis Nikolaevich Leontiev, os EUA tinham dois objetivos principais com o Plano Marshall, a) econômico; controle americano da indústria, do comércio externo, do sistema monetário e das finanças nos países da Europa Ocidental. b) Político; significa a divisão, o desmembramento da Europa, e cria, sob a supremacia dos Estados Unidos, um bloco político e militar de países do Oeste europeu, dirigido contra a URSS e os países de democracia popular. Disponível em: [https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev\\_prob/21/plano/cap01.htm](https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev_prob/21/plano/cap01.htm). Acesso em 01 abr. 2019.

<sup>15</sup> Fonte: PONTO IV. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/ponto-iv>. Acesso em 30 mar. 2019.

<sup>16</sup> Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 26 mar. 2019.

governo federal. As CNS contribuíram para a participação da sociedade civil e governamental ao elaborar, em conjunto, as demandas presentes na sociedade, formulando documentos que orientaram o governo federal para planejar as políticas voltadas à saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são realizadas em todo território nacional, primeiro nos municípios, onde se reúnem a secretaria local de saúde, os gestores e os munícipes. Dessas conferências, são eleitos os representantes locais que participam das conferências regionais (no Estado) e, na última fase das CNS, é realizada a conferência nacional com todos os representantes eleitos regionalmente. Cabe ressaltar que o tema escolhido é geral, porém, os objetivos das pré-conferências é evidenciar como cada região brasileira está desenvolvendo as políticas de saúde, bem como, verificar as demandas regionalmente. Em 1941 ocorreu a primeira CNS e, desde então, foram feitas XVI CNS, sendo a última em 2019. Para demonstrar as principais colaborações das CNS, elaboramos dois quadros: o primeiro contempla as CNS que ocorreram anterior a criação do SUS e a segunda contempla as CNS pós criação do SUS.

#### **Quadro 02 - Conferências Nacionais de Saúde, de 1941 a 1986**

<b>CNS</b>	<b>Ano</b>	<b>Pres. Da Rep.</b>	<b>Temas</b>
1ª	1941	Getúlio Vargas	1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Eurico G. Dutra	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	João Goulart	1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Costa e Silva	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	Ernesto Geisel	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	Ernesto Geisel	1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	João B. Figueiredo	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
8ª	1986	José Sarney	1)Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor.

Fonte: Brasil (2009).

Destacamos a 3ª CNS do ano 1963 (In: Conferência Nacional de Saúde, 1992), que representou avanços e promoveu importantes reformas na estrutura sanitária do país: o projeto pautado nas diretrizes “distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis

federal, estadual e municipal”; a municipalização dos serviços de saúde; e a “fixação de um Plano Nacional de Saúde”<sup>17</sup>, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde para as próximas décadas, lançando desafios quanto a atender as necessidades sanitárias, com capacidade de financiamento público e a unificação nacional de saúde.

No período de 1960 a 1964, o presidente João Goulart adotou o modelo econômico de desenvolvimento centralizado pelo Estado, ampliou os investimentos na indústria de base e na geração de energia (fundação da Eletrobrás), e foram criadas as refinarias de petróleo: Alberto Pasqualini (RS), Gabriel Passos, Artur Bernardes (BH), Landolfo Alves (BA) e Duque de Caxias (RJ). Também foram organizados o armazenamento e a distribuição dos oleodutos de Belo Horizonte e Porto Alegre. (FERREIRA, 2012, p.305).

No setor da saúde, segundo Souza (2014), o governo de João Goulart adotou o plano de reformas institucionais, visando a manutenção da política desenvolvimentista com o objetivo de gerar melhorias sociais. Para Goulart – assim como já citado o entendimento do Governo Vargas – o entendimento de saúde de uma população:

Não se refere apenas à ausência de doenças ou enfermidades, mas a um índice global, um conjunto de condições, tais como uma boa alimentação, habitação higiênica, trabalho, educação, assistência médico-sanitária, dentre outros fatores – configurando um quadro a ser alcançado com o desenvolvimento do país. Na visão do governo, era urgente a realização de um planejamento para o setor saúde, com vistas à elaboração de um Plano Nacional de Saúde e de uma Política Nacional de Saúde, mais adequados à realidade econômica e social daqueles anos, e que fossem capazes de estender os serviços médico-sanitários às populações interioranas e rurais e das periferias das grandes cidades. (SOUZA, 2014, p. 107).

Mesmo com os avanços econômicos e sociais, em 1964, com o apoio externo dos Estados Unidos, ocorre o Golpe Militar. Alinhados com a ideologia da guerra fria em combater os comunistas, os militares não abandonaram o projeto nacional.

Nesse período, o Brasil viveu o chamado milagre econômico. Os militares investiram na criação de infraestruturas: no setor petroquímico (incentivos a Petrobras); nas telecomunicações (Telebrás, 1972); na siderurgia (Siderbrás, 1973); na geração de energia (Itaipu, 1974); e em rodovias/agricultura com a criação da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa, 1972). Os militares investiram no desenvolvimento estrutural do Brasil, com a criação de algumas das mais importantes empresas estatais do período. Também atuaram com PAEG (Programa de Ação Econômica do Governo) nas normas financeiras:

---

<sup>17</sup> O Plano Nacional de Saúde proposto incluía um “plano de metas” de controle dos principais agravos à saúde, de redução de mortalidade, de saneamento, de formação de pessoal, de pesquisa, de nutrição e de assistência médica.

Desenvolveu políticas de estabilização econômica e, em conjunto, com transformações institucionais, principalmente no mercado financeiro, como por exemplo; a criação da correção monetária e do Banco Central, de certa maneira, prepara a economia para o milagre econômico e, também, aprofunda as características de um modelo econômico dependente e associado ao capital estrangeiro mantendo a matriz industrial implementada com o Plano de Metas. (Redação Carta Capital, *A economia na ditadura*, 2012).

Os governos militares, como os governos anteriores, utilizaram de financiamento externo para desenvolver a indústria nacional com os chamados petrodólares, com a crise do petróleo (1973), que de início afetou os Estados Unidos, desencadeando um processo de elevação nas taxas de juros, afetando diretamente a situação econômica brasileira, causando a crise econômica e o endividamento externo nas décadas seguintes.

Ao analisar os dados do período, é possível verificar que os militares com todas as contradições (perseguições, torturas, mortes, exílio de opositores), continuaram a implementar institutos e a criar políticas voltadas a atender a saúde. Durante esse período foi criado, em 1966, através do decreto 72, de 21 de novembro do mesmo ano, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – durante o governo de Castelo Branco – o INPS, passou a absorver novos beneficiários – trabalhadores rurais em 1971, posteriormente, em 1972 empregados domésticos e, em 1973 empregados autônomos – ampliando a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar.

Durante o período governado pelos militares foram criados: em 1964, o Banco Nacional de Habitação (BNH); em 1966, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); em 1971, o Plano Nacional de Saneamento (Planasa); em 1971, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural); e em 1975, foi unificado o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep) (PIS/PASEP) (ESCOREL, 2009). Para promover as políticas em saúde foi criado a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), e visando erradicar e controlar endemias o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O conjunto de políticas públicas voltadas a abranger um maior número de contribuintes, tanto trabalhadores urbanos quanto rurais, permitiu, através dos programas FGTS, BNH, Planasa, PIS, Pasep, Prorural e Funrural o aumento no número de contribuintes para o sistema INPS e, para gerenciar as novas fontes, foi criado, em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo gerenciamento do atendimento médico hospitalar dos trabalhadores contribuintes.

A tabela 04 apresenta os números do aumento de estabelecimentos de saúde no período de 1976 a 1985, os quais também demonstram que o PIASS ampliou a infraestrutura dos estabelecimentos de saúde em todo o território brasileiro.

**Tabela 04 - Estabelecimentos de saúde, segundo as grandes regiões – 1976- 1985**

Regiões	1976	1979	1980	1982	1983	1984	1985
<b>Brasil</b>	13.133	17.079	18.489	23.314	25.651	27.552	28.972
<b>Norte</b>	565	717	784	943	1.349	1.593	1.722
<b>Nordeste</b>	3.484	4.931	5.425	6.559	7.486	8.384	9.174
<b>Sudeste</b>	5.662	6.785	7.532	10.186	10.731	10.982	10.977
<b>Sul</b>	2.669	3.515	3.563	4.247	4.596	4.860	5.221
<b>Centro O'.</b>	753	1.131	1.185	1.379	1.489	1.733	1.878

Fonte: IBGE. Estatísticas da Saúde, 2009. Elaborado pelo autor.

O período entre 1976 e 1985 registrou um aumento de 121% no número de estabelecimentos para atendimento em saúde em todo Brasil, avançando para todas as regiões, com destaque para o Nordeste, o que representou para o período de 10 anos um aumento de 163% no número de estabelecimentos em saúde.

Na tabela 05 registramos a efetividade dos serviços, representando em números a diminuição na taxa de mortalidade infantil:

**Tabela 05 – Taxa de mortalidade infantil\*/Brasil e por regiões de 1950 a 1991**

Brasil/Grandes Regiões	1950	1960	1970	1980	1991
Brasil	135	124	115	82,8	47,5
Norte	145	122	104	79	45
Nordeste	175	164	146	115	75
Sudeste	122	110	96	57	32
Sul	109	96	81	58	28
Centro-Oeste	119	115	89	69	33

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1950-2000. Org. pelo autor. \*Valores referentes a cada 1000 nascidos vivos.

Pode-se observar na tabela 05 que em todas as regiões brasileiras ocorreu a diminuição na taxa de mortalidade infantil, representando queda de 205% em média geral brasileira. No decorrer do texto é possível observar que a partir de 1930 o Brasil passou a adotar um sistema político econômico que avançou no sentido de superar os atrasos da sociedade brasileira. Demostramos, através da análise de biografias e de dados, a criação e evolução de um sistema de saúde que, em cada período, dentro da capacidade disponível, foi responsável (junto com outras políticas) de melhorar os índices de saúde do povo brasileiro.

A criação do INPS e, em seguida, do INAMPS, significou para o período promover o acesso à saúde aos trabalhadores (e seus familiares) vinculados ao registro em carteira de trabalho, ou seja, aos contribuintes. Porém, esse modelo excluía parte da população do atendimento médico hospitalar, os quais eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia<sup>18</sup>. O modelo atendia todos de maneira geral, em campanhas de vacinação.

A Constituição Federal de 1988 mudou a regra vigente do modelo anterior, passando a entender a seguridade social como direitos universais, independente de contribuição, e nesse momento, a criação do SUS torna-se parte do modelo de assistência à saúde. Nos próximos capítulos, buscaremos demonstrar a evolução das políticas brasileiras voltadas a atender o sistema de saúde a partir da criação do SUS.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) também continuaram a desempenhar seu importante papel na formulação de políticas de saúde no Brasil a partir da criação do SUS. Vejamos a seguir um quadro síntese com as CNS ocorridas a partir de 1988:

**Quadro 03 – Conferências Nacionais de Saúde de 1992 a 2019**

CNS	Ano	Pres. Da Rep.	Temas
9ª	1992	Fernando Collor de Mello/Itamar Franco	Municipalização é o caminho: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	Fernando Henrique Cardoso	1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6. Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Fernando Henrique Cardoso	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
12ª	2003	Luiz Inácio Lula da Silva	Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersectorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.
13ª	2007	Luiz Inácio Lula da Silva	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
14ª	2011	Dilma Rousseff	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro.

<sup>18</sup> As Santas Casas de Misericórdia tiveram a função de atender a demanda em saúde da população que não estava ligado ao mercado de trabalho até a criação do SUS. Na obra "A Situação das Santas Casas de Misericórdia" (2005) podemos observar a história dessas instituições no Brasil.

15ª	2015	Dilma Rousseff	Vana	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro: 1. Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; 2. Participação e controle social; 3. Valorização do trabalho e da educação em saúde; 4. Financiamento do SUS e relação público-privado; 5. Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; 6. Informação, educação e política de comunicação do SUS, e Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS.
16ª	2019	Jair Bolsonaro	Messias	Democracia e Saúde: Saúde como Direito, Consolidação dos Princípios do SUS e Financiamento do SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir das informações disponíveis em: “Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde”. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 03 mar. 2020; em “15ª Conferência Nacional de Saúde”. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](https://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html). Acesso em: 03 mar. 2020; e a “16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) escreve mais um capítulo da história do SUS”. Disponível em: <http://www.conass.org.br/16a-conferencia-nacional-de-saude-8a8-escreve-mais-um-capitulo-da-historia-do-sus>. Acesso em: 03 mar. 2020.

Em síntese, podemos observar que desde a criação do SUS, as CNS's têm buscado estabelecer as garantias previstas nas diretrizes do SUS e, ainda, podemos observar que entre os principais temas das CNS's estão as questões da municipalização, fortalecimento na atenção básica, saúde como direito constitucional, e o fortalecimento e o financiamento do SUS. É importante destacar a 15ª CNS, que traz a “informação, educação e política de comunicação do SUS, e Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS” como demanda para ser incorporada no Sistema Único de Saúde.

A última CNS, ocorrida em 2019, da qual os temas foram apresentados no quadro 3, podemos observar a preocupação em relação a democracia e a saúde, o direito à saúde e o financiamento do SUS. Essa abordagem é significativa, pois reflete as preocupações da sociedade representadas pelos participantes daquele evento em relação, principalmente, a Emenda Constitucional 95, que congelou os gastos em saúde e educação por um período de 20 anos. Estaremos aprofundando estas questões no decorrer do texto e, principalmente, no capítulo III, no qual daremos maior ênfase a essa questão.

## 1.2. ESTADO E A FORMAÇÃO DO SUDOESTE DO PARANÁ

Como vimos anteriormente, a partir de 1930 a política econômica baseada no desenvolvimentismo possibilitou avanços sociais e trouxe mudanças na dinâmica brasileira e, este período marca também a inserção de novos territórios aos planos nacionais, dentre os quais o que originou o Sudoeste do Paraná. Com o objetivo de proteger os territórios próximos as fronteiras a Oeste, foi criada em 1938, a política de “Marcha para o Oeste”, que passou a incentivar o povoamento para o interior. Dentro desta política foram criados comissões e órgãos

do governo para avaliar como se daria a efetivação do projeto e a ocupação territorial, e esta dinâmica foi responsável pela ocupação do Sudoeste do Paraná. Referimo-nos neste item sobre o Sudoeste do Paraná como recorte espacial que, posteriormente, trataremos do objeto do nosso trabalho, a 8ªRS/PR, que pertence a esta região.

No século XIX a região foi alvo de disputa entre o Brasil e a Argentina, por questões não resolvidas durante a colonização portuguesa e espanhola. Com a independência do Brasil, a Argentina passou a reivindicar o território que pertencia a região de Palmas e, em 06/05/1895, o Tribunal Internacional reconheceu que esse território pertencia ao Brasil, o argumento utilizado foi o grande número de brasileiros que já estavam ocupando a região. Ficou definido que toda a parte do território das Missões, situado entre os rios Iguazu e Uruguai, até os afluentes Santo Antônio e Peperi-guaçu, pertencia ao Brasil (WACHOWICZ, 2002).

Após resolver o impasse internacional, chegava o momento de resolver as questões internas, pois além do interesse argentino, o território do Sudoeste do Paraná foi alvo de disputa entre Santa Catarina e Paraná. Destacamos o trabalho de Roberto Lobato Corrêa. No artigo *As Pequenas Cidades na Confluência do Urbano e do Rural*, Corrêa (2011) trata da criação das cidades como fator que impulsionou as transformações da sociedade brasileira:

A partir da segunda metade da década de 1950 verificou-se no Brasil um conjunto de transformações que afetaram a sociedade brasileira. Neste texto dirigiremos o foco de atenção às transformações vinculadas às pequenas cidades, ressaltando, contudo, que as mesmas transformações afetaram as mais diversas esferas da vida econômica, política e social da sociedade e de seu espaço. Ressaltamos também que as transformações, a seguir enunciadas, combinaram-se entre si de modo desigual nos diferentes contextos regionais: ora uma desempenhou papel mais importante, ora essa mesma desempenhou papel reduzido nas mudanças havidas nas pequenas cidades (CORRÊA, 2011, p. 8).

Localizado próximo à fronteira com a Argentina, o Sudoeste do Paraná, no início do século XX, tinha uma área de aproximadamente 12.000km<sup>2</sup> e aproximadamente 6.000 habitantes, sendo composta por pequenos agricultores, posseiros e pequenos proprietários. A região oscilava entre uma “incipiente” ocupação, por um lado, e, por outro, pela necessidade de uma maior atenção por parte do governo brasileiro, tendo em vista o interesse argentino por aquele território, demonstrado desde o final do século XIX.

Para a análise histórica de FSE do Sudoeste do Paraná, destacamos a pesquisa de Ricardo Carvalho Leme em *Expansão Urbana e Verticalização: O Mercado Imobiliário de Francisco Beltrão/PR (1998 A 2012)*, na qual resgata a história das contradições da origem do Sudoeste do Paraná. Destacamos também o trabalho do pesquisador Hermógenes Lazier, em *Estrutura Agrária no Sudoeste do Paraná*, no qual o pesquisador aborda os processos sociais, políticos e econômicos que marcaram o período de FSE do Sudoeste do Paraná.

Diante dos trabalhos de Lazier (1983) e Leme (2015), destacamos que a história da formação do Sudoeste do Paraná é tema recorrente em pesquisas acadêmicas, dada a importância regional que está presente na dinâmica dos municípios.

#### Quadro 04 – Síntese do processo histórico de FSE do Sudoeste do Paraná

Governo	Ano	Ações Concretas no Sudoeste do Paraná (PR)
Epitácio Pessoa (1919 a 1922)	1919	Terras devolutas pertencentes ao Estado, sem uso público e sem incorporação ao domínio privado.
	1920	O Governo do Estado do PR em troca da construção do Ramal de Guarapuava entrega o título da posse das terras à empresa construtora da Estrada de Ferro São Paulo/Rio Grande (EFSPRG).
Getúlio Vargas (1930 a 1945 e 1951 a 1954)	1930	Após uma década, o contrato de construção do Ramal de Guarapuava não tinha se completado e, o Governo do PR, reincidiu o contrato e iniciou o processo de anulação das escrituras de transferência da Gleba das Missões <sup>19</sup> .
	1940	Diante do impasse entre o Governo do PR e a EFSPRG, o Governo Federal incorporou ao patrimônio da União todos os bens da construtora EFSPRG, inclusive a Gleba das Missões. Esse movimento do Governo Federal culminou, no mesmo ano, na disputa jurídica entre o Estado do PR e a União.
	1943	Em 12 de maio de 1943, com o Decreto nº 12.417 do então presidente Getúlio Vargas, cria-se a Colônia Agrícola Nacional General Osório (CANGO), para a ocupação de 300 mil hectares por agricultores emigrantes de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
Dutra (1946-1951)	1950	O Governo Federal e a empresa colonizadora Clevelândia Industrial Territorial (CITLA) realizam um acordo, o Governo Federal vende a Gleba das Missões (514.651 hectares) e parte da Gleba Chopim (38.720 hectares), para CITLA, pelo valor de Cr\$ 4.720.000,00 (cruzeiros), (o valor avaliado a época da Gleba das Missões eram de 300 milhões de cruzeiros), esse movimento originou um novo conflito na região.
Kubitschek (1956-1961)	1957	A CITLA apresenta dificuldades econômicas e para quitar suas dívidas, entrega a Gleba das Missões e a parte da Gleba Chopim ao Grupo Lupion (pertencente ao então governador do PR, Moyses Lupion), que autoriza mais duas colonizadoras atuarem na região, a Comercial e a Apucarana (a colonizadora Apucarana atuou na região de fronteira com a Argentina, nas cidades de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste) (as duas colonizadoras pertenciam ao mesmo Grupo Lupion). O objetivo destas incorporadoras era medir e vender os lotes de terras. O conflito se origina a partir do choque de interesses, essas terras já estavam ocupadas por colonos que migraram de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
	1957	O não acordo entre as colonizadoras e os colonos posseiros desencadearam a Revolta dos Posseiros e, no dia 10 de outubro de 1957, a cidade de Francisco Beltrão é tomada por milhares de colonos que, armados de foices, enxadas, pedaços de pau, espingardas e revólveres, acabaram expulsando as companhias CITLA e Comercial. A Revolta dos Posseiros ocorreu em toda região de atuação das colonizadoras.

<sup>19</sup> Gleba das Missões compreende a atual região do Sudoeste do Paraná. Entre 1920 a 1973 ocorreram disputas entre diferentes interesses pelo domínio e posse das terras do Sudoeste do Paraná, de um lado estavam as incorporadoras de terras e do outro, os colonos oriundos do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Para aprofundar o tema, recomendamos as obras de Leme (2015) e Lazier (1983). Existe grande número de obras que abordam o tema, mas os autores citados trabalham com fontes materiais, o que possibilita uma melhor análise da questão.

	1961	O Governo Federal intervém na disputa e, através do Decreto 50.379 de 27 de março de 1961, desapropria as áreas em disputa.
João Goulart (1961-1964)	1962	Os conflitos entre os interesses das colonizadoras (com o apoio do Estado do PR) e os posseiros (tratados como foras da lei), tiveram seu início de acabar com o Decreto Federal 51.431 de 19 de março de 1962, que criou o Grupo Executivo de Terras para o Sudoeste do Paraná (GETSOP). O trabalho da GETSOP foi o de titular as terras, passando a posse dos lotes aos agricultores “posseiros”.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Leme (2015).

Na tabela 06 podemos observar que, entre as décadas de 1970 e 1990, e, após a década de 2000, foram registrados os maiores números de novos municípios brasileiros. Nesse período, pode ser observado o aumento no número de estabelecimentos em saúde no Paraná, sendo que em 1976, o número total de estabelecimentos chegava a 1.176, já em 1990, esse número chega a 2.875, (IBGE, 2009).

**Tabela 06 – Número de municípios segundo a região entre as décadas de 1960 a 2010**

<b>Regiões</b>	<b>1960</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Norte	120	153	298	449	449
Nordeste	903	1.375	1.509	1.787	1.794
Sudeste	1.085	1.410	1.432	1.666	1.668
Sul	414	719	873	1.159	1.188
Centro-Oeste	244	334	379	445	466
Brasil	2.766	3.991	4.491	5.507	5.565
Paraná	162	290	323	399	399

Fonte: IBGE/Evolução da Divisão Territorial do Brasil -1872-2010. Elaborado pelo autor.

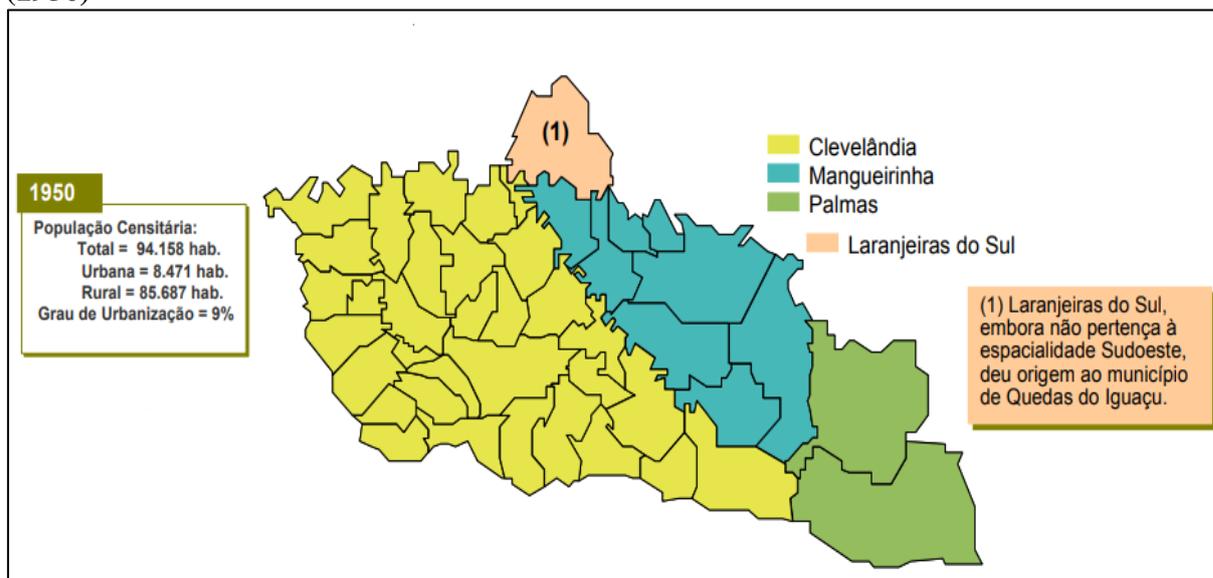
O projeto desenvolvimentista que marcou o período de 1930 a 1980 acelerou a urbanização brasileira e, essa dinâmica atuou na transformação do Sudoeste do Paraná, sendo que os primeiros municípios criados na região datam desse período. Esse fenômeno pode ser observado em todas as regiões brasileiras e foi o resultado das políticas de Estado, que dinamizaram pelo território a capacidade de expandir em um processo de industrialização, a criação de institutos, ampliação de infraestrutura e instalação de novos centros urbanos.

Para Flores (2009), a principal atividade econômica responsável pela criação dos municípios da região do Sudoeste do Paraná foi a industrialização da madeira, sendo que foi atribuída às serrarias que se instalaram na região a partir de 1950 a responsabilidade da efetiva ocupação da região:

Ao contrário da extração da erva-mate, da criação de porcos, bem como da economia cabocla que, como já mencionamos, pouco contribuíram para o povoamento do Sudoeste paranaense, a industrialização do pinho permitiu a entrada dos colonizadores que efetivariam a ocupação dessa região do Paraná e, inclusive, contribuiu consideravelmente para a formação das primeiras cidades dessa região. [...] Se o

período de extração da erva-mate e outras atividades não conseguiram efetivar um povoamento do Sudoeste do Paraná (como viemos ressaltando), a indústria da madeira começou a fazer, especialmente a partir dos anos 1950. Aliás, em pouco mais do que uma década já se verificava, inclusive, o início de um processo de urbanização na região; pois em 1960 o Sudoeste já possuía 25.780 habitantes no meio urbano, com destaque para os municípios de Pato Branco, com 10.333 pessoas, Francisco Beltrão com 4.989 e Capanema com 4.053 habitantes urbanos. [...]. (FLORES, 2009, p. 47, grifo nosso).

**Figura 02 - Municípios que deram origem aos atuais municípios do Sudoeste do Paraná (1950)**



Fonte: IPARDES, 2007.

A seguir, na tabela 07, apresentamos o nome e o ano da criação dos 27 municípios que compõem a 8ª RS/PR:

**Tabela 07– Municípios da 8ª RS/PR e ano de criação**

Ampére	1961	Francisco Beltrão	1952	Realeza	1963
Bela Vista da Caroba	1997	Manfrinópolis	1997	Renascença	1961
Boa Esperança do Iguaçu	1993	Marmeleiro	1961	Salgado Filho	1964
Bom Jesus do Sul	1997	Nova Esperança do Sudoeste	1993	Salto do Lontra	1964
Capanema	1952	Nova Prata do Iguaçu	1983	Santa Izabel do Oeste	1964
Cruzeiro do Iguaçu	1993	Pérola do Oeste	1961	Santo Antônio do Sudoeste	1952
Dois Vizinhos	1961	Pinhal de São Bento	1993	São Jorge do Oeste	1963
Enéas Marques	1964	Planalto	1963	Verê	1963
Flor da Serra do Sul	1993	Pranchita	1983	Barracão	1952

Fonte: IPARDES. Elaborado pelo autor.

Como podemos observar na tabela 07, os primeiros municípios do Sudoeste do Paraná foram criados no ano 1952: Barracão, Capanema, Francisco Beltrão e Santo Antônio do

Sudoeste – Francisco Beltrão é o único que não faz divisa com a Argentina, mas está a 70 km de distância – e, segundo Lazier (1983), coube ao GETSOP, a partir de 1962, realizar a medição e a documentação de lotes rurais e urbanos, totalizando 30.920 títulos de imóveis rurais e 12.385 títulos de imóveis urbano entre 1962 a 1963. Na tabela 06, pode-se observar que na abrangência da 8ª RS/PR, Bela Vista da Caroba, Manfrinópolis e Bom Jesus do Sul, foram, em 1997, os últimos municípios criados.

### 1.3. FORMAÇÃO ESPACIAL E DESENVOLVIMENTO URBANO NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: EVOLUÇÃO E O DINAMISMO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE

A dinâmica da FSE na região do Sudoeste do Paraná oportunizou o surgimento de uma população com características políticas. Como observamos, o início da ocupação do território da região foi marcado pelas disputas entre posseiros, Estado e Federação, e esse movimento político permitiu que a região, desde a sua formação, tivesse representação política na esfera estadual e federal, elegendo representantes que pudessem representar as demandas regionais.

Essa forma política de organização regional passou a ter maior influência com a criação da Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná (AMSOP), fundada em 1968 pelos representantes dos 18 municípios – total de municípios existentes na quele período – e posteriormente, acolhendo os novos municípios (atualmente representa os 42 municípios do Sudoeste do Paraná). Ainda na organização política da região, destacamos a criação da Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS), em 1994, representando os interesses dos 27 municípios da 8ª RS, especificadamente na área de saúde.

Até a década de 1990, os municípios do Sudoeste do Paraná eram formados, em sua maioria, por uma população rural. Na tabela a seguir apresentamos os dados que representam os números sobre a população urbana e rural no Paraná, com destaque para a Região do Sudoeste paranaense, entre as décadas de 1950 e 2000. Em seguida, na tabela 08, apresentamos os dados referentes à população urbana e rural na região Sudoeste do Paraná, entre os anos de 1950 e 2000.

**Tabela 08 - População total, urbano e rural: região Sudoeste do Paraná**

<b>População Censitária</b>	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>
Total	94.158	267.136	512.510	621.572	588.558	584.807
Sudoeste/PR						
Urbana	8.471	48.341	100.156	210.758	285.040	357.585
Rural	85.687	264.163	412.354	410.814	303.518	227.222

Fonte: IPARDES/IBGE, Censos. Elaborado pelo autor.

Segundo o IPARDES (2007), no censo de 1991 apenas os municípios de Francisco Beltrão (pop. Total: 61.272, sendo 45.622 de população urbana e 15.650 de população rural) e Dois Vizinhos (pop. Total: 31.187, sendo 19.816 de população urbana e 11.371 de população rural) apresentavam população urbana superior à rural nos municípios da 8ªRS. A infraestrutura, para o atendimento em saúde, estava organizada entre hospitais, centros de saúde e postos de saúde.

A seguir, na tabela 09, apresentamos dados referentes ao número de hospitais, postos e centros de saúde existentes nos municípios da 8ª RS entre os anos de 1980 e 1990. Lembrando que, nesse período, o número de municípios era menor que atualmente.

**Tabela 09 – Estabelecimentos de Saúde: hospitais/postos/centros de saúde entre 1980 e 1990**

Municípios da 8ªRS	Ano: 1980		Ano: 1990	
	Hospitais	Centros de Saúde	Hospitais	Centros de Saúde
Ampére	2	1	1	3
Barracão	1	1	1	6
Capanema	2	1	3	7
Dois Vizinhos	2	4	3	7
Enéas Marques	1	1	6	2
Francisco Beltrão	4	4	3	19
Marmeleiro	2	1	1	6
Nova Prata do Iguaçu	2	1	2	3
Pérola d'Oeste	2	1	2	7
Planalto	2	1	2	6
Realeza	2	1	2	7
Renascença	1	1	1	5
Salgado Filho	1	1	1	5
Salto do Lontra	3	2	2	6
Santa Izabel do Oeste	1	1	1	3
Santo Antônio do Sudoeste	2	2	1	6
São Jorge do Oeste	1	1	1	7
Verê	2	1	2	4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>107</b>

Fonte: DATASUS/IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária. Elaborado pelo autor. Obs.: os municípios com ausência de valor são aqueles que foram criados posterior ao levantamento dos dados.

A tabela 09 representa como estavam distribuídos espacialmente os estabelecimentos de saúde na região da 8ªRS, e um elemento marcante é que dos 18 municípios existentes até 1988, todos tinham hospitais. Francisco Beltrão se destacava com 4 hospitais e 4 postos de saúde no início de 1980, mas, em 1988, o município teve redução de um hospital, e aumento significativo

de postos e centros de saúde, 19 no total. No geral, todos os municípios pertencentes a 8ªRS/PR daquele período, registraram aumento no número de postos de saúde.

Entre as décadas de 1980 e 1990 existiram 35 hospitais (33 privados e 2 públicos) e 107 estabelecimentos de postos/centros de saúde. Essa dinâmica da concentração de hospitais privados tem algumas explicações, retomaremos a esse ponto mais adiante no texto, quando trataremos da política nacional para saúde e a relação entre o público privado durante o período de transição para o SUS.

Dois elementos são fundamentais para explicar tanto o aumento da urbanização quanto o aumento de estabelecimentos de saúde nesse período: a) o uso de novas tecnologias para produção agrícola; b) a industrialização e criação de um setor de serviços urbanos.

Segundo Flores (2009), as políticas do Estado através das instituições bancárias estatais, passaram a fornecer crédito para aquisição de máquinas e implementos agrícolas, que permitiram ampliar as áreas de plantio, bem como o uso de fertilizantes químicos, aumentando a produção agrícola:

De 1970 a 1980 o número de estabelecimentos rurais com tratores agrícolas passou de 346 para 5.367, enquanto o número de tratores utilizados passou de 380 para 6.325 unidades. Quanto à utilização de fertilizantes, também foi considerável o número de estabelecimentos que começaram utilizar esse insumo produtivo, passando de 705 para 24.275 estabelecimentos nesse mesmo período. (FLORES, 2009, p. 62)

O uso de novas tecnologias na agricultura liberou a mão de obra excedente para as cidades e essas pessoas estavam em busca de melhores condições de vida. A realidade do Sudoeste do Paraná entre as décadas de 1960 e 1990 não se difere do exposto anteriormente no texto, quando tratamos da realidade brasileira observada pelo então Governo de Getúlio Vargas em seu discurso à Câmara em 1951.

O segundo elemento responsável pela aceleração da urbanização do Sudoeste do Paraná foi a industrialização e a criação do setor de serviços. Vale ressaltar que três cidades se destacaram neste processo: Francisco Beltrão, Dois Vizinhos e Ampére. Segundo Flores (2009), a indústria de confecção teve destaque no primeiro momento e, em segundo momento, a indústria de alimentos ligada à produção de carnes, vejamos nas palavras de Flores (2009):

O que nos chama a atenção em relação ao período de instalação da indústria de confecções no Sudoeste paranaense, é o fato de várias empresas possuírem, além das unidades produtivas, também lojas para a comercialização de artigos do vestuário; o que demonstra que nessa época já existia uma relativa demanda por tais produtos nessa região (FLORES, 2009, p. 74).

No setor da indústria de alimentos, destacamos que foi possível a instalação de duas unidades produtivas, uma na cidade de Francisco Beltrão e outra em Dois Vizinhos, pelo

aumento da demanda por alimentos, [...]outro exemplo de ramo da indústria do Sudoeste do Paraná que começou se desenvolver motivado pelo mercado consumidor local, foi o avícola [...], (FLORES,2009).

A explicação para o aumento no número de estabelecimentos voltados ao atendimento em saúde, principalmente em hospitais privados, está vinculada à Política Nacional para o setor de saúde. Alguns pesquisadores, como Vianna, Piola, Reis (1998), nos ajudam a entender como o conjunto de políticas adotadas pelos governos militares pode favorecer grupos privados de saúde através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço.

Segundo Vianna, Piola, Reis (1998), em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em síntese:

Facultou aos beneficiários do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) a opção por instalações hospitalares especiais (apartamento privativo), nos hospitais privados contratados. O necessário sobre-preço nas diárias de hotelaria dos pacientes que optassem por esse tipo de acomodação veio acompanhado da exigência de complementação dos honorários profissionais em até 100% do preço pago pelo INPS, para atender ao pleito da corporação médica (VIANNA, PIOLA, REIS, 1998, p. 16).

Segundo os autores, entre 1974 e 1986<sup>20</sup>, o PPA foi estruturado e modificado no sentido de garantir os repasses via INAMPS aos hospitais privados que oferecessem os serviços de leitos, o que gerou o aumento na remuneração dos médicos que eram sócios proprietários dos hospitais, que passaram a cobrar pelos serviços extras. Essa política do Ministério da Previdência e Assistência Social ajuda a explicar tanto o aumento de hospitais como também o aumento no número de leitos no setor privado em relação ao setor de saúde público durante a década de 1980.

A política de atendimento público/privado surge no bojo da ditadura militar (1964 a 1985), com o Decreto de Lei nº73, de novembro de 1966, que institucionaliza a prática da atividade privada na área de saúde. Após a criação dessa lei, segundo ALMEIDA (1997), mudou-se a dinâmica das políticas sociais, permitindo a adoção de regime de pagamento.

Ele destaca que, no mesmo ano, criaram-se 80 empresas na área médica, e estas formaram a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). O autor ressalta que o Decreto de Lei nº73 estabeleceu as bases do sistema de seguros privados, e instituiu o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e o

---

<sup>20</sup> As Portarias MPAS nº2079 de 1980, e a Portaria MPAS nº 2 837 de 1982, regulamentaram o uso de instalações especiais e estipularam que as complementações pagas pelos usuários no uso das acomodações extraordinárias não poderiam ultrapassar o valor estipulado pela Associação Médica Brasileira (AMB). Em 1986, o MPAS liberou a complementação de honorários e de serviços pelo uso de acomodações especiais. Com a desregulamentação, os honorários passaram a ser ajustados livremente entre médico e paciente (VIANNA; PIOLA; REIS, 1998, p. 16).

Instituto de Resseguros do Brasil (IRB). Já demonstramos na tabela 09 que na região da 8ª RS, os municípios existentes no período apresentavam a existência de hospitais privados em números elevados com relação ao setor público. Essa realidade pode ser verificada em todo território brasileiro.

Para Silva (1998), [...] a política de favorecimento da rede hospitalar privada objetivou a transformação da saúde em bom negócio [...], fato denunciado pelo movimento médico que reclamava sua condição submissa aos interesses dos grupos privados de hospitais. O setor privado recebia, em 1984, 58,3% do orçamento do INAMPS e isso refletia na oferta de leitos hospitalares, como podemos observar na tabela 10:

**Tabela 10 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil - 1976/2009**

Ano	Total	Público	%	Privado	%
1976	443.888	119.062	27%	324.826	73%
1980	509.168	122.741	24%	386.427	75%
1983	534.055	127.521	23%	406.534	76%
1987	519.698	115.842	22%	403.856	77%
1990	533.558	124.815	23%	408.743	76%
1992	544.357	135.080	24%	409.277	75%
1999	484.945	143.074	29%	341.871	70%
2002	471.171	146.319	31%	324.852	68%
2005	443.210	148.966	33%	294.244	66%
2009	431.996	152.892	36%	279.104	64%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE, Estatísticas da Saúde/Assistência Médico-Sanitária, 2009. 128% de aumento no setor público. 85% queda no privado

Os dados da tabela 10 (IBGE 2009) refletem as políticas de saúde do modelo baseado no regime de pagamentos através do INAMPS e, além disso, retratam como o modelo adotado durante a institucionalização do SUS mudou a lógica de oferta de leitos para internação em hospitais.

Utilizando como parâmetro o ano de 1987, no qual a relação entre a oferta de leitos hospitalares públicos e privados apresentou a maior diferença na participação total. Veremos que, desde o início da série disponibilizada pelo IBGE (2009), a oferta do setor público para leitos hospitalares (em números gerais) apresentava aumento no número de leitos até 1983, mas a participação no total de oferta apresentava queda. Em 1976, o setor público tinha 119.062 leitos hospitalares e representava 27% do total dos leitos; já em 1983, o número de leitos chegou a 127.521, mas no total representava 23%.

O nível mais baixo registrado na série sobre leitos hospitalares para o setor público foi em 1987, neste ano, houve redução tanto em números de leitos quanto na participação total, sendo 115.842 leitos, representando 22% do total.

Por outro lado, no mesmo período verifica-se a expansão da oferta e a participação do setor privado, sendo que em 1976, 73% dos leitos hospitalares eram ofertados pelo setor privado, passando para 77% em 1987 (um ano antes da inserção do SUS na CF). A partir desse ano, mesmo apresentando aumento no número de leitos entre os anos de 1990 a 1992, a participação no total apresenta uma tendência de queda; de 76% em 1990 para 75% em 1992.

Alguns fatores nos ajudam a explicar a queda ocorrida na oferta de leitos hospitalares no setor privado, segundo Vianna, Piola e Reis (1998), em 1991, a Portaria INAMPS nº 283/91, passou a proibir as práticas estabelecidas anteriormente (anulando tanto a Portaria MPAS nº 2079 de 1980 e a Portaria MPAS nº 2 837 de 1982, já citadas na nota de rodapé da página 45) , como também anulou a liberação do MPAS de 1986 que, em síntese, regulamentava o mercado privado de leitos hospitalares. Ou seja, com a efetivação do SUS a partir de 1998, e o esvaziamento dos recursos do INAMPS (reflexos crise das décadas de 1970 e 1980), corroboraram para a extinção das portarias anteriores. Essas medidas refletiram em um primeiro momento como uma proteção ao novo modelo de saúde, passando a dar garantias institucionais ao SUS, essa nova realidade afetou negativamente a oferta de leitos hospitalares por parte do setor privado.

Como apresentado na tabela 10, podemos observar que a participação do setor privado na oferta de leitos hospitalares, tanto na quantidade como na participação total, passa, a partir de 1992, por um processo de retração, chegando em 1999 com 341.871 leitos e com 70% na oferta total. Dessa forma, seguindo essa tendência, chega em 2002 com 324.852 e 68% de participação total e, para 2005, os dados demonstram que o setor privado ofertou 294.244 leitos e tinha a participação de 66% do total. Em 2009, foram 279.104 leitos e 64% de participação no total.

No próximo capítulo apontaremos as mudanças ocorridas na década de 1990, que corroboraram de forma a complementar às explicações das mudanças ocorridas após a implementação do SUS como política de saúde. Ainda trataremos dessa mudança quando analisarmos as evoluções do SUS e os reflexos práticos na oferta de leitos para internação no Brasil e na 8ª RS.

As mudanças propostas a partir da criação do SUS foram além do direito ao acesso à saúde para toda a população, trouxeram mudanças na forma de organizar os serviços de saúde.

Nos capítulos seguintes retomaremos a questão entre oferta de serviço de saúde público e privado proposto pelo novo modelo.

#### 1.4. CONSIDERAÇÕES DO PRIMEIRO CAPÍTULO

Neste primeiro capítulo, buscamos apresentar as mudanças ocorridas no Brasil a partir de 1930. Para nossa análise, foi a partir da política desenvolvida pelo Estado, que na urgência da superação do atraso em relação aos avanços de outras FSE e, diante da crise de 1929, optou por um projeto que foi capaz de, como vimos, criar as bases para o desenvolvimento e a superação do estágio feudal em suas relações.

Esse período também marca o início do desenvolvimento de um complexo setor de saúde, tanto pública como privada, tendo o Estado como o principal condutor, elaborando políticas e direcionando as principais demandas sanitárias da sociedade da época, tanto foi dada importância para a saúde que em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que passou a organizar todo sistema de saúde brasileiro. Procuramos apresentar como foram distribuídas espacialmente essas novas relações, com recorte espacial para a formação do Sudoeste do Paraná e, diante da nova dinâmica que surgia, as mudanças que ocorreram, principalmente no setor da saúde.

Para o próximo capítulo, trataremos do período posterior às mudanças no sistema de saúde brasileiro, com a criação do SUS em 1988 e as mudanças que ocorreram na dinâmica dos 27 municípios pertencentes a 8ªRS/PR.

## CAPÍTULO II

### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DINÂMICA NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

O SUS, como proposta de política pública de saúde, deixa de ser restrito aos trabalhadores contribuintes, e, torna o serviço de saúde gratuito e igualitário a todos os brasileiros?

Neste capítulo, buscaremos responder às mudanças no modelo de assistência à saúde brasileiro. Argumentaremos diante da análise da biografia existente, bem como através da análise de dados, afirmando que a criação do SUS foi uma tentativa "avessa" à superação do modelo desenvolvimentista que, a partir da crise de 1973, mudou a dinâmica econômica mundial, com efeitos na economia brasileira. Essas mudanças impactaram no processo de desindustrialização nacional a partir da década de 1980.

#### 2.1. A DINÂMICA DA FORMAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – ANTECEDENTES

Para nossa análise, recorreremos aos elementos históricos anteriores à criação do SUS e, assim, argumentamos diante dos elementos apresentados, sendo possível ter uma compreensão sobre a realidade que marcou a adoção do novo modelo de assistência à saúde brasileiro.

Alguns fatos históricos sobre a conjuntura nacional se fazem necessários ser analisados: a) quais os elementos externos afetaram a economia brasileira nos anos 1980; b) quais medidas foram adotadas pelos governos da época para enfrentar a dinâmica que se apresentava; c) a mudança no modelo de saúde. Dessa forma, pretendemos apresentar os elementos que influenciaram e permitiram a criação do SUS.

A década que marcou a criação do SUS – contemplado na Constituição de 1988 – foi marcada pelo baixo crescimento econômico, aumento inflacionário, ruptura política do período militar e, também, pelo fim do ciclo desenvolvimentista de economia planificada.

As mudanças ocorridas na economia brasileira, na década de 1980, têm explicações por fatores externos e internos. Externamente, a conjuntura política econômica vivenciava o enfraquecimento nas taxas de lucros, surgida após a II Guerra Mundial e tendo os EUA no centro da concentração capitalista.

De acordo com Bandeira (2004), o Plano Marshall elaborado para a reconstrução da Europa da pós guerra, foi perdendo espaço por elementos técnicos e econômicos. O aumento da capacidade produtiva reativada do bloco europeu e o surgimento do Japão com capacidade produtiva superior em tecnologia, passaram a disputar os mercados mundiais com os Estados Unidos a partir da década de 1960. Além das questões postas, dois eventos causaram impactos na economia mundial, o fracasso americano na Guerra do Vietnã<sup>21</sup>, e os impactos da crise do petróleo (1973 e 1979)<sup>22</sup>, afetaram a economia mundial, e, principalmente, a dos EUA, vejamos o que diz o autor:

De maior credor mundial, eles já se haviam tornado, desde 1984, o maior devedor mundial e necessitavam de recursos para cobrir déficits crônicos na conta corrente do balanço de pagamentos. Sua dívida externa, em 1986, atingira o montante em torno de US\$ 263 bilhões. E, por volta de 1988, seu passivo, no exterior, alcançara o valor de US\$ 1,46 trilhão, superando os ativos, da ordem de US\$1,12 trilhão. (BANDEIRA, 2004, p .58).

Como medidas, os EUA rompem a paridade ouro-dólar em 1972 e, posterior a isso, em 1979, aumentam a taxa de juros internacional e, se utilizando de sua influência em organismos financeiros multilaterais como o FMI e o Banco Mundial, passam a adotar o processo de abertura de mercados e de desregulamentação econômica aos países periféricos.

Esse movimento político econômico descrito na literatura como neoliberalismo<sup>23</sup>, segundo Anderson (1995), nasceu no pós II Guerra mundial, no contexto do capitalismo europeu e da América do Norte em oposição ao Estado intervencionista e de bem-estar social. Mas, se tornou prático no sentido de políticas econômicas e sociais a partir de 1980, com a ascensão de Margaret Thatcher (1979) – Inglaterra – e Ronald Reagan (1980) – EUA – ambos governos adotaram o ideário neoliberal ambíguo, dado a FSE peculiar dos países. Na Inglaterra, Thatcher utilizou a política neoliberal em reação à participação do Estado na economia e ao estado de bem-estar social:

Contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram

---

<sup>21</sup> Segundo Bandeira (2004), alguns eventos se somaram causando mais desgastes a economia dos EUA; 1) a opinião pública contrária ao envio de mais soldados a guerra do Vietnã, devido ao alto número de baixas Americanas; 2) altos déficits para manter a política da *Pax Americana* e; 3) a competição armamentista entre os EUA e a URSS, colaboraram para o enfraquecimento e aumento da dívida externa americana.

<sup>22</sup> Os países membros da Organização dos Países Produtores de Petróleo (OPEP), se organizaram e passaram a aumentar os preços do petróleo e entre 1973/1974 ocorreu o primeiro choque do petróleo, a cotação internacional da *commodities* por barril passou de US\$ 3,24, para US\$ 11,59. No segundo choque do petróleo, entre 1979/1980, o valor por barril passa de US\$ 29,82 para US\$35,70. Fonte: Fundo Monetário Internacional, International Financial Statistics (FMI/IFS). Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>. Acesso em: 30 abr. 2019.

<sup>23</sup> Em "*Balanço do neoliberalismo*" Perry Anderson propõem a análise sobre o que foi e o que ainda significa o neoliberalismo para a conjuntura política econômica dos países capitalistas e seus efeitos práticos na sociedade.

uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. [...] se lançaram num amplo programa de privatização, começando por habitação pública e passando, em seguida, a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água (ANDERSON, 1995, p. 3).

Já Reagan, adota o neoliberalismo como política econômica externa dos EUA, visando manter sua hegemonia e influência geopolítica mediante aos conflitos da Guerra Fria com a URSS:

A prioridade neoliberal era mais a competição militar com a União Soviética, concebida como uma estratégia para quebrar a economia soviética e, por esta via, derrubar o regime comunista na Rússia. [...] internamente reduziu os impostos em favor dos ricos, elevou as taxas de juros e aplastou a única greve séria de sua gestão [...], mas, decididamente, não respeitou a disciplina orçamentária; ao contrário, lançou-se numa corrida armamentista sem precedentes, envolvendo gastos militares enormes, que criaram um déficit público muito maior do que qualquer outro presidente da história norte-americana (ANDERSON, 1995, p. 4).

Segundo Anderson, os EUA, internamente, criaram um Keynesiano militar, o que contribuiu para o aumento no déficit público americano e, externamente, difundiram o ideário neoliberal com o apoio das instituições financeiras, bancos, aparato cultural, etc. seguindo os moldes adotados por Thatcher na Inglaterra.

No Brasil, o movimento internacional de aumento nas taxas de juros provocou o aumento da dívida externa brasileira, o que representava em 1973 a 12,6 bilhões chegou a 83,2 bilhões em 1982. Diante do agravamento da crise brasileira, durante a década de 1980, e a mudança estrutural política que culminou na redemocratização política do país em 1998, os governos que se seguiram (Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso) passaram a adotar medidas neoliberais e, segundo Bandeira (2004), adotaram as medidas estipuladas pelo Consenso de Washington<sup>24</sup>:

Disciplina fiscal; mudanças das prioridades no gasto público; reformas tributárias; taxas de juros positivas; taxas de câmbio de acordo com as leis do mercado; liberalização do comércio; fim das restrições aos investimentos estrangeiros; privatização das empresas estatais; desregulamentação das atividades econômicas; garantia dos direitos de propriedade (BANDEIRA, 2004, p. 50).

Esse quadro de crise econômica da década de 1980, colocou em xeque-mate o modelo de saúde que vinha se desenvolvendo no Brasil desde 1930, com base na contribuição dos trabalhadores urbanos e rurais e nos investimentos do Estado em infraestrutura. Esse modelo dependia do comportamento do mercado de trabalho e, como a crise afetou o setor, diminuindo

---

<sup>24</sup> O Consenso de Washington foi um conjunto de medidas econômicas estipuladas em acordo com: os membros do Congresso e da Administração Norte Americana; as instituições financeiras internacionais; e o Federal.

o emprego formal com carteira assinada e aumentando o informal, conseqüentemente diminuindo salários, e a arrecadação levando à estagnação da manutenção do sistema.

Sob os efeitos da conjuntura econômica mundial, a economia brasileira passa a ter o crescimento afetado. Para efeito de demonstração, utilizamos o Produto Interno Bruto (PIB)<sup>25</sup> como referência para comparar a evolução do crescimento da economia brasileira entre os anos de 1947 e 1990.

Entre 1947 e 1950, o crescimento médio do PIB foi de 8,1%; entre 1951 e 1960, a média de crescimento do PIB foi de 7,4%; entre 1961 a 1970, a média de crescimento do PIB foi de 6,2%; entre 1971 e 1980, a média de crescimento do PIB foi de 8,7%; apresentamos com destaque o ano de 1973, quando o PIB registrou crescimento de 14%; e entre as décadas de 1980 e 1990, a média anual do PIB foi de 1,7%, registrando em 1981 e 1990 uma redução de -4,3% (IBGE, séries históricas e estatísticas).

Nesse ponto, a bibliografia sobre o tema aponta que a criação do SUS surgiu para suprir as demandas populares que estavam insatisfeitas por não terem o mesmo atendimento que os contribuintes:

O novo sistema de proteção social fundamenta-se no conceito de seguridade social, de cobertura ao cidadão, não só ao contribuinte. O reconhecimento de direitos sociais a uma considerável parcela da população, até então desprotegida, foi um grande marco da Constituição de 1988. **Buscou-se, com isso, resgatar a imensa dívida social com parte significativa da sociedade, que está fora da economia formal, até então sem direitos** (BRASIL, 2013, p. 20, grifo nosso). Ministério da Saúde

Na mesma linha de entendimento de que o SUS veio para "pagar" a dívida social, temos:

O Direito à Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) chegam aos seus 29 anos. Após mais de 20 anos de ditadura militar no Brasil, caracterizada pelas restrições de direitos e da participação popular, **os últimos anos da década de 1980 foram marcados pelo momento histórico de abertura política no país que favoreceu um ambiente para uma inovação na orientação da saúde** (. (Nota do CNS aos 29 anos do Direito à Saúde e construção do SUS, 2017).

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

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 refere à saúde coletiva**, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (CONASS, 2003, p. 25).

---

<sup>25</sup> Fonte: Fundação Getúlio Vargas - Centro de Contas Nacionais, diversas publicações, período 1947 a 1989; IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Disponível em: [www.seriestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?t=produto-interno-bruto&vcodigo=SCN52](http://www.seriestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?t=produto-interno-bruto&vcodigo=SCN52). Acesso em 26 abr. 2019.

Optamos por bibliografias institucionais por serem compostas de vários autores, que estudam e analisam o sistema de saúde brasileiro. Diante do quadro de crise, a década de 1980, marcada pela insatisfação popular, originou um movimento de mobilização social: juntando a população insatisfeita com o modelo de saúde aplicado no país naquele período, com o "Movimento Sanitarista", que percebeu a movimentação popular e se juntou às mobilizações para pressionar por mudanças na área de saúde.

O Movimento Sanitarista surgiu anterior à crise de 1980, ainda na década de 1960 e 1970, dentro da academia, nos Departamentos de Medicina Preventivos (DMPS), por estímulo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Passou a utilizar as ciências sociais aplicadas à saúde, e, influenciado pelo movimento do modelo preventivista de atenção à saúde que se desenvolvia nos Estados Unidos:

Um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventivista representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico (AROUCA, s/d apud ESCOREL, 1999, p. 20).

Esse modelo era contrário à intervenção estatal no modelo de atenção à saúde e se baseava nos conceitos que preconizavam o subjetivo individual:

À integração no interior da escola médica, na procura da formação de uma consciência consensual que determinasse a transformação da própria escola; a inculcação, que pretendia, a partir de experiências pedagógicas, transformar a consciência dos estudantes, buscando incorporar uma nova atitude de prevenção; e a mudança, segundo a ótica de que a História é feita pelos sujeitos individualmente, e considerando o setor saúde dotado de autonomia política, neutralizando, assim, o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito (ESCOREL, 1999, p. 20).

Segundo Escorel (1999), essa ideologia passou a ser adotado a partir da década de 1960 nas universidades de medicina em toda a América Latina. No Brasil, a partir de 1968, a medicina preventivista tornou-se parte do currículo das faculdades de medicina e obrigatório à existência dos DPMS.

Segundo Escorel (1999), a ideologia do Movimento Sanitarista foi financiada pelas instituições internacionais, como a Fundação Kellog e a Fundação Rockefeller e, o seu principal difusor no Brasil foi Juan César Garcia, que estava vinculado ao OPAS em Washington, este, organizou diversos seminários internacionais com a presença dos estudantes de medicina brasileiros. Juan César Garcia passou, a partir de 1969, a organizar seminários no Brasil, em Rio Preto e Campinas – SP. Com esse movimento, criou-se os fundamentos teóricos que serviram de base para o movimento sanitaria brasileiro.

Durante as lutas da Constituinte, o Movimento Sanitário encontrou a possibilidade de atuar politicamente, se juntando aos trabalhadores e às organizações populares e, na Plenária Nacional de Entidades de Saúde<sup>26</sup>, após negociações com parlamentares, foi possível inserir na Constituição de 1988 a saúde como direito universal, integral, descentralizado, acessível e igualitário a todos os brasileiros (ESCOREL, 1999, p. 196).

Nosso argumento é crítico a essas análises, visto como o apresentado anteriormente, argumentamos que, a crise dos anos 1980, esgotou a capacidade de pagamentos para o INAMPS, diminuindo a arrecadação para manutenção do INAMPS e, transferindo recursos para amortizar os juros da dívida externa. Nesse sentido, a dinâmica econômica tem relação direta com a criação do modelo de saúde pautada na universalização e gratuidade mantidas pelo Estado com sustentação financeira através de impostos sobre bens e produtos.

A bibliografia aponta que as Conferências de Saúde foram fundamentais para a democratização do setor (Nota do CNS aos 29 anos do Direito à Saúde e construção do SUS, 2017- já evidenciadas no texto). Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal – "Da Saúde".

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social (ESCOREL, 1999).

O SUS é o resultado de um longo processo histórico, no qual a saúde foi compreendida como elemento essencial para manutenção da sociedade brasileira e passa pela influência de diversos fatores: da sociedade civil, das lutas populares, da política, da economia, e dos avanços tecnológicos.

Como resultado histórico, o SUS combina os elementos da evolução na política nacional para a saúde. Esses elementos se fazem presentes no modelo atual do SUS: as Santas Casas e os estabelecimentos filantrópicos (originários do modelo de saúde do período colonial), os planos de saúde<sup>27</sup> (resultado do modelo de saúde Bismarckiano/Lei Elói Chaves), e ainda

---

<sup>26</sup> A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas), além de entidades representativas setoriais, como o Cebes, o Conass e o Conasems (ESCOREL, 1999, p. 196).

<sup>27</sup> O SUS contemplou a regulamentação dos planos de saúde privado no Brasil com a Lei nº 9.656/1998 e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000).

convive com consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais, que atendem pacientes particulares mediante pagamento no ato do atendimento (resultado da política PPA).

A seguir, trataremos das principais mudanças trazidas com a criação do SUS, analisaremos a proposta de política pública de saúde e seus desdobramentos na sociedade, bem como, a maneira como esse sistema atua regionalmente.

## 2.2. O SUS

A década de 1990 e o início da década de 2000 são marcadas pela implantação do SUS, e por uma série de mudanças na economia nacional, com destaque para a alteração na prioridade da política econômica; da prioridade ao crescimento para a prioridade a estabilidade monetária com combate à inflação, Medeiros (2009).

A política econômica adotada durante os governos de Collor (Fernando Collor de Mello, PRN) e FHC (Fernando Henrique Cardoso, PSDB) foram marcadas pela adoção do Consenso de Washington, através da abertura de mercado, da estabilização financeira e das privatizações. Segundo Medeiros (2009), o Plano Collor (1990 a 1992) teve impactos negativos para a economia nacional.

Os dados do autor para o período dão conta de que houve uma queda de 8,7% nas exportações e o aumento nas importações de 13,1%, diminuição do emprego formal com carteira assinada e, em 1990, eram 115,3 milhões de empregos formais, chegando em 1992 com 92,9 milhões de empregos.

No período que se segue, governo de FHC (1995 - 2002), foram ampliadas às privatizações das empresas públicas e a venda ou fusão das indústrias privadas. Com a abertura econômica, o capital externo passou a incorporar as empresas nacionais no processo de fusões e aquisições. Segundo Gadelha (2003), a década de 1990:

Representou um período de deterioração acentuada da competitividade da indústria nacional, decorrente da fragilidade empresarial, do processo de abertura comercial e de entrada passiva no processo de globalização em saúde, todos esses fatores associados à perda de capacitação tecnológica e do potencial de inovação em saúde (GADELHA, 2003, p. 528).

Os dados referentes ao avanço das fusões e aquisições das empresas nacionais disponíveis através da KPGM<sup>28</sup> demonstram que, em 1994, foram realizados 143 processos de

---

<sup>28</sup> A KPGM é uma empresa de prestação de serviços profissionais que incluem auditoria, impostos e consultoria de gestão e estratégica, Assessoria Financeira e em processos de Fusões & Aquisições, reestruturações, serviços contábeis e terceirização.

fusões e aquisições de empresas brasileiras. Na tabela 11, podemos observar os setores industriais em que ocorreram as fusões e aquisições:

**Tabela 11 – Fusões e Aquisições – Brasil 1994**

<b>Setores</b>	<b>Total</b>
1ª Alimentos, bebidas e fumo	21
2ª Instituições financeiras	15
3ª Prod. químicos e petroquímicos	14
4ª Metalurgia/siderurgia	11
5ª Tecnologia da informação	8
6ª Montadoras de veículos	8
7ª Seguros	8
8ª Madeira e papel	7
9ª Têxteis	7
10ª Elétrico e eletrônicos	5
11ª Telecomunicações	5
12ª Hotéis	4
13ª Partes e peças auto.	4
14ª Prod. Químicos e fármacos	4
15ª Aviação	3
16ª Construção e prod. p/ const.	3
17ª Indústria extrativista	3
18ª Publicidade e editoras	3
19ª petrolífero	2
20ª Prod. engenharia	2
21ª Serviços para empresas	2
22ª Serviços portuários	2
23ª Sup. Mercados	2
<b>Total</b>	<b>143</b>

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da KPMG.

Nos estudos de Gadelha (2003), o autor analisa os impactos no setor industrial ligados ao setor de saúde, o que ele denomina como "complexo industrial da saúde". Segundo Gadelha (2003) e de acordo com Medeiros (2009), o processo de abertura do mercado brasileiro afetou diretamente a produção industrial, entre as quais a indústria de bens de alta tecnologia. Para Gadelha (2003), entre outros fatores, o principal elemento presente na década foi:

A ausência de uma política industrial para os setores da saúde aliada a uma política macroeconômica que envolveu uma liberalização comercial abrupta, a valorização da taxa cambial (até 1999), e taxas de juros extremamente elevadas inviabilizaram estratégias de longo prazo das empresas, minando a capacidade de inovação e, portanto, a base competitiva da indústria (GADELHA,2003, p. 528)

Para o setor industrial ligado à saúde, Gadelha (2003) aponta que a política econômica adotada a partir da década de 1990 causou a “[...] deterioração da capacidade competitiva das

indústrias de saúde e como a situação constitui, de fato, um problema crítico para a política de saúde e, num âmbito mais geral, para a política nacional de desenvolvimento [...]”.

O processo de desindustrialização nos setores ligados à produção de eletroeletrônicos, químicos, fármacos e produção de engenharias, causou para o setor da saúde, uma dependência comercial de produtos importados, que impactam diretamente no aumento dos custos em saúde, drenando a maior parte das receitas do SUS. Esses fatos são importantes para explicar a situação atual da saúde brasileira, e os retomaremos quando formos tratar da questão dos gastos em saúde.

Medeiros (2009) faz um balanço da situação econômica brasileira, e destaca que a política adotada com base cambial e taxa de juros (com objetivo de manter os preços internos estáveis e cobrir os déficits) resultou no aumento da dívida externa em relação ao PIB, chegando a 45% em 1999 e a 49,6% em 2002.

Os efeitos ainda elevaram a taxa Selic, passando de 48,9% para 65% em 1995 e, nos anos seguintes, mesmo em queda, mantiveram a média anual de 25% até 2000. O autor destaca o baixo crescimento do PIB entre os anos de 1994 a 1999. Em 1994, o PIB brasileiro foi de 5,9%, passando para 4,2% em 1995, chegando em 1998 a 0,1% e em 1999 a 0,8%.

Gadelha (2003), nos seus estudos, aponta a dependência do setor industrial de produtos para a saúde que se originou através das políticas adotadas na década de 1990. Colaborando com os expostos de Medeiros no sentido do aumento das importações. A seguir, na tabela 12, usaremos os dados do autor para demonstrar a relação da balança comercial relacionado aos produtos de uso exclusivos em saúde.

Os autores Medeiros (2009) e Gadelha (2003) apresentam dados que demonstram o aumento na importação brasileira; Medeiros (2009) demonstra que ocorreu um aumento nas importações, passando de US\$ 33 bilhões em 1994, para US\$ 57,7 bilhões em 1998. De fato, a dependência dos setores da indústria ligados à saúde colaborou para o aumento das taxas de importação ocorridas na década de 1990 e, marcam também o início de uma possível dependência a longo prazo, diante da dinâmica econômica mundial.

A seguir, na tabela 12, com base nos dados de Gadelha (2003), demonstraremos a relação na balança comercial para produtos ligados à saúde e, como isso reflete nos impactos das políticas adotadas na década de 1990, contrastando com a expansão do SUS.

**Tabela 12 - Comércio Exterior –balança comercial -1997, 1999 e 2001- Valores em USD**

<b>Exportação</b>	<b>1997</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
Equip. /Materiais	159.929.818	171.245.016	183.758.633
Ap. não eletrônicos	2.072.331	821.989	112.076
Ap. eletrônicos	52.188.121	50.543.715	56.214.104
Próteses/órteses	17.398.418	25.730.306	29.607.055
Mat. consumo	88.270.948	94.149.006	97.825.398
Vacinas	244.005	273.650	2.664.299
Reag. Diagnóstico	2.348.682	3.677.260	1.454.531
Soros e toxinas	284.054	439.088	461.203
Hemoderivados	576.565	655.276	1.959.307
Medicamentos	111.139.117	186.090.130	179.162.943
Fármacos	246.245.730	228.397.275	183.493.863
<b>Total</b>	<b>520.767.971</b>	<b>590.777.695</b>	<b>552.954.779</b>
<b>Importação</b>			
Equip. / Materiais	1.027.258.105	871.993.031	1.054.382.119
Ap. não eletrônicos	15.162.437	11.720.137	11.490.388
Ap. eletrônicos	721.118.288	542.374.663	713.287.332
Próteses/órteses	65.638.918	69.588.168	82.711.274
Mat. consumo	225.338.462	248.310.063	246.893.125
Vacinas	74.015.346	125.454.174	123.783.855
Reag. Diagnóstico	126.472.712	143.187.312	127.180.701
Soros e toxinas	11.736.451	13.969.626	38.368.321
Hemoderivados	71.665.031	138.913.708	200.671.120
Medicamentos	784.589.413	1.115.894.609	1.039.063.849
Fármacos	1.192.878.841	1.473.605.785	1.432.882.794
<b>Total</b>	<b>3.288.615.899</b>	<b>3.883.018.245</b>	<b>4.016.332.75</b>
<b>Saldo Comercial</b>			
Equip. / Materiais	-867.328.287	-700.748.015	-870.574.258
Ap. não eletrônicos	-13.090.106	-10.898.148	-11.378.312
Ap. eletrônicos	-668.930.167	-491.830.948	-657.024.000
Próteses/órteses	-48.240.500	-43.857.862	-53.104.219
Mat. consumo	-137.067.514	-154.161.057	-149.067.727
Vacinas	-73.771.341	-125.180.524	-121.119.556
Reag. Diagnóstico	-124.12 4.030	-139.510.052	-125.726.170
Outros (soros e toxinas)	-11.452.397	-13.530.538	-37.907.118
Hemoderivados	-71.088.466	-138.258.432	-198.711.813
Medicamentos	-673.450.296	-929.804.479	-859.900.906
Fármacos	-946.633.111	-1.245.208.510	-1.249.388.931
<b>Total</b>	<b>-2.767.847.928</b>	<b>-3.292.240.550</b>	<b>-3.463.328.752</b>

Fonte: Elaborado a partir dos dados em Gadelha 2003, p. 529.

Atualmente, o SUS compreende uma gama de serviços voltados ao atendimento da população nas mais diferentes complexidades da saúde, desde o atendimento preventivo até os procedimentos mais complexos e que exijam tecnologias de ponta (neurocirurgia, transplantes de órgãos, exames computadorizados, etc.). Desde que a promulgação da Constituição

contemplou o SUS, o sistema de atendimento à saúde no Brasil é prestado pelo Estado e por operadoras de planos de saúde privados que, por meio de convênios, prestam serviços ao SUS.

Anteriormente abordamos que os modelos de assistência à saúde brasileira anterior à criação do SUS foram marcados por alguns aspectos que ainda se fazem presentes no atual modelo. Antes baseado no modelo Bismarckiano, o SUS se aproxima do modelo de Beveridge adotado na Inglaterra durante e, principalmente, após II Guerra Mundial.

Foi somente a partir da Segunda Guerra Mundial que a política social assiste à ampliação do conceito de “proteção social”, onde o objetivo maior passa a ser a superação das misérias geradas pelo sistema capitalista. A estrutura do Welfare State, observada principalmente nos países europeus, tinha por objetivo dar estabilidade a toda população, garantindo a todos um padrão de cidadania até então não vivido pelas massas nos países capitalistas. Nesse sentido, o plano apresentado por Sir William Beveridge pode ser encarado como um divisor de águas, pois a noção de cidadania está implícita não apenas no Relatório Beveridge, mas em diversos textos e discursos do lord inglês. A publicação de seu relatório sobre proteção social, durante a Segunda Guerra Mundial, influenciou de tal modo as políticas sociais subsequentes que elas passaram a ter a construção da cidadania como uma de suas principais premissas, apesar da resistência de setores mais conservadores da sociedade (SILVA, 2010, p. 13).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, independente da contribuição, classe social, etc., cabendo ao Estado garantir seu acesso previsto na Constituição de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e 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 (BRASIL, 1988, p. 91).

O Artigo 4º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, normatiza a prestação dos serviços de saúde para a federação, estados e municípios, que formam o conjunto jurídico do SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, Lei nº 8.080, 1990).

O SUS trouxe uma complexidade de mudanças estruturais, a qual se faz necessário a análise conceitual dos princípios estabelecidos com sua promulgação. Paim (2009) realizou o trabalho de explicar os conceitos previstos no SUS. A seguir, abordaremos os conceitos que permeiam a base Jurídica do SUS e, em seguida, os princípios políticos e econômicos do mesmo.

Segundo Paim<sup>29</sup>, o acesso *igualitário* previsto no Art. 196 faz referência à promoção de saúde a todos, sem discriminação ou preconceito. Já as ações de *promoção, proteção e recuperação* visam um conjunto de atividades que podem atuar na manutenção da saúde do sujeito em particular, bem como, visam ações sociais que podem prevenir epidemias, como, por exemplo, as campanhas vacinais.

Na formulação do Art. 4º, está prevista a organização do SUS pelo território nacional, determinando as obrigações de cada ente federativo, bem como a organização dos serviços de saúde. Segundo Paim (2009), o SUS está organizado em *rede e regionalizada*. A organização em *redes* possibilita a ligação e a integração entre as políticas do Ministério da Saúde (MS) com as políticas regionais.

A organização em rede amplifica a atuação do SUS quando esta é regionalizada, e possibilita a distribuição e a organização dos estabelecimentos de saúde pelo território, levando em conta as especificidades regionais de maneira que os serviços básicos estejam em maior grau de distribuição, enquanto que centraliza os serviços especializados. De acordo o autor, a regionalização

Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo o acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (PAIM, 2009, p. 48.).

Com a criação do SUS, ampliou-se horizontalmente e verticalmente a rede de atenção à saúde. Horizontalmente, ampliou-se o número de estabelecimentos na área de atenção básica e, verticalmente, a articulação entre as políticas do Ministério da Saúde, os Estados e municípios.

A Constituição do SUS buscou, através da regionalização, a *descentralização* como eixo fundamental da reforma, o novo modelo de saúde passa a ser responsabilidade das três esferas governamentais: União, Estados e Municípios. A descentralização segundo Paim (2009) busca adequar as políticas do SUS à realidade regional e, através dos Consórcios Municipais e atuação da Regional de Saúde, propor ao governo Federal as políticas necessárias ao contexto local.

O SUS, organizado em "*redes de atenção*" (organização dos serviços), de acordo com Paim (2009), predetermina como a população tem acesso ao sistema SUS: o acesso à população ocorre preferencialmente na Atenção Básica (atenção primária); e os casos de maior complexidade são encaminhados para um serviço de referência regional de Média

---

<sup>29</sup> Paim (2009) trata de toda complexidade do SUS na obra "*O Que é o SUS*". Dos estudos do autor, utilizaremos alguns conceitos chaves para explicar a dinâmica do SUS na região (já apontada no texto).

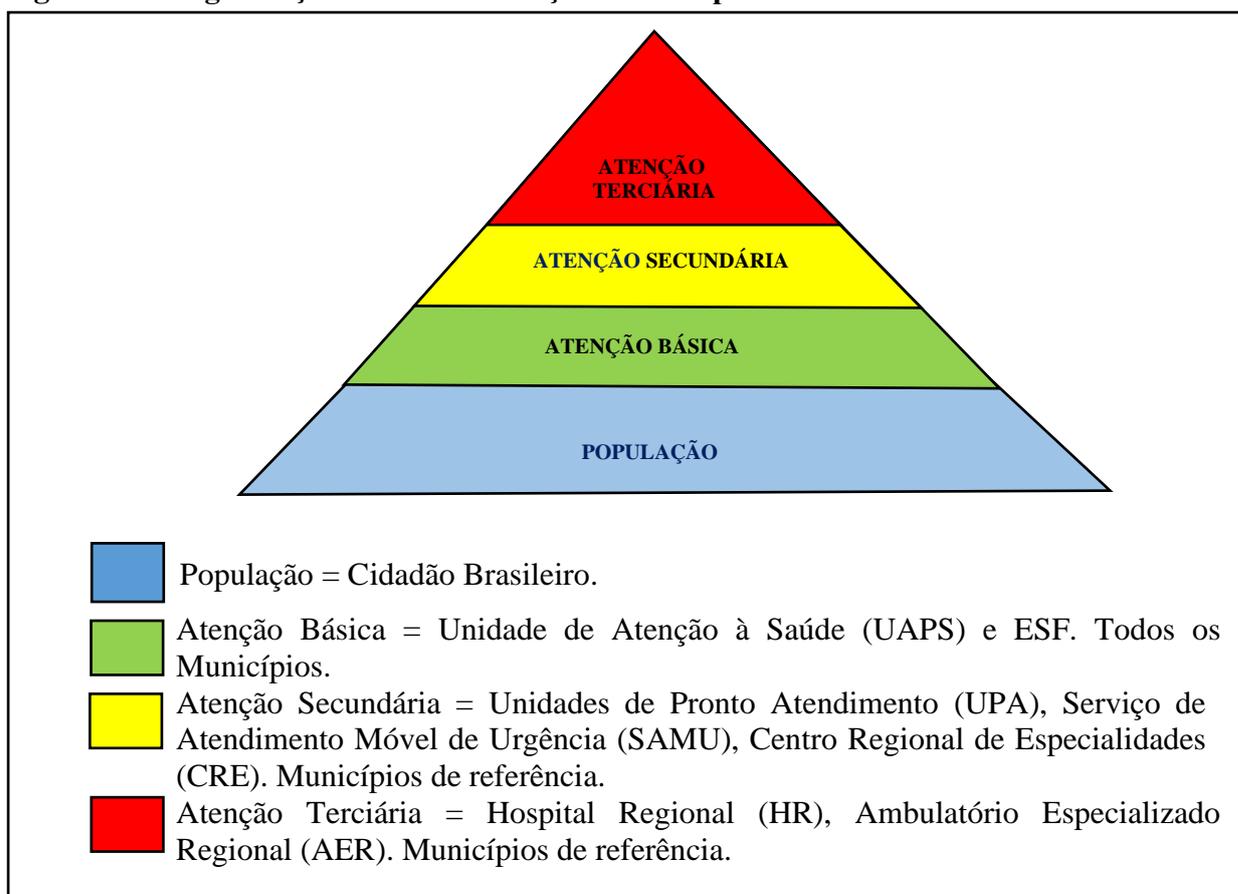
Complexidade (atenção secundária), e Alta Complexidade (atenção terciária), (Média e Alta Complexidade ou MAC).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2018), a Atenção Básica se faz presente em todos os municípios através dos estabelecimentos de atenção à saúde: as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços são prestados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), que são formadas por equipes multiprofissionais (médico generalista, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem). Nas UBS, são marcadas consultas e exames básicos (como hemogramas), além da realização de procedimentos simples, como curativos.

A Média Complexidade (atenção secundária) se concentra nos municípios Imediatos, em estabelecimentos de referência regional. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e outras unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambulatórios e hospitais. A média complexidade realiza serviços à população que demanda a prática clínica especializada e o uso de recurso tecnológico de apoio e diagnóstico terapêutico. Alguns exemplos dos procedimentos realizados na Média Complexidade: a) cirurgias ambulatoriais especializadas; b) procedimentos trauma- ortopédicos. (MS,2018).

A Alta Complexidade (atenção terciária), concentra o uso de tecnologia sofisticada, se organiza em grandes centros urbanos e seu atendimento é organizado em redes regionais. A alta complexidade realiza atendimentos que não foram solucionados na média complexidade.

No nível terciário estão os hospitais de grande porte, que atendem alta complexidade. Os procedimentos da Alta Complexidade são de altos custos, alguns exemplos deles são os procedimentos de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, cirurgias renais, e tratamentos oncológicos (MS,2018). O modelo assistencial previsto para o SUS pode ser representado em três bases: na primeira, está o conjunto de unidades de saúde responsável por prover assistência básica ou primária à saúde; já na segunda e terceira base estão os serviços de Média e Alta Complexidade.

**Figura 03 - Organização da saúde: atenção à saúde pública**

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir dos dados do CNS, SESA, MS, 2018.

A figura 03 é uma representação da organização estrutural do SUS, na qual, a base da pirâmide representa a população brasileira e, como preconizado na CF 1988, todos têm direito ao acesso e cuidados de saúde. A atenção básica é a “porta de entrada” ao SUS e, principalmente, nessa categoria é que se concentram os serviços de prevenção e promoção à saúde. Por estar presente em todos os municípios, a atenção básica é o elo que liga o MS e suas políticas de saúde a população. O meio e o topo da pirâmide representam a Atenção Secundária e Terciária, ou média alta complexidade (MAC), para onde os pacientes são encaminhados quando não há resolutividade na atenção básica.

### 2.3. A ORGANIZAÇÃO DO SUS NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

O SUS, como vimos, atua através de um modelo descentralizado, regionalizado e por nível de atenção, de maneira que possa atender o maior número de população com especificidades regionais. É uma política que se desenvolve de maneira pactuada entre a Federação, Estados e Municípios.

Os pactos podem ser bipartites, entre estados e municípios, ou tripartite, entre federação, estados e municípios, sendo que, o que define a pactuação é o tipo de projeto que se pretende desenvolver. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as políticas sanitárias são planejadas pelo MS, e desenvolvidas pelos estados e municípios através das Regionais de Saúde.

Atualmente, o estado do Paraná tem 399 municípios, com uma população total estimada para 2018 em torno de 11.348.937 (IBGE, Estimativas de População). De acordo com os dados obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS<sup>30</sup>) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES<sup>31</sup>), sobre os estabelecimentos de saúde, (incluindo os estabelecimentos privados), o estado do Paraná, em 2014, apresentou o total 21.238 estabelecimentos de saúde, diferenciados segundo a categoria de especialidades do modelo de atenção à saúde do Ministério da Saúde. São 22 Regionais de Saúde distribuídas regionalmente, que organizam os serviços de saúde aos municípios paranaenses. Na tabela 13, demonstramos os números de estabelecimentos presentes no Paraná segundo os dados do CNES para 2014, na qual podemos observar a relação entre público e privado e os números relativos aos estabelecimentos de atendimento em saúde.

**Tabela 13 - Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no DATASUS/CNES – dezembro/2014 - Paraná**

<b>Descrição</b>	<b>Total</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
Posto de Saúde	941	938	3
Centro de Saúde/Unidade Básica	718	1.715	3
Policlínica	33	37	706
Hospital Geral	338	154	84
Hospital Especializado	32	7	35
Unidade Mista	7	2	5
Pronto Socorro Geral	19	17	2
Pronto Socorro Especializado	2	---	2
Consultório Isolado	2.672	100	12.572
Clínica/Centro de Especialidade	1.863	175	1.688
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1.786	55	1.731
Unidade Móvel Terrestre	26	18	8
Unid. Móvel de Nível Pré-hospitalar Urgência	207	202	5
Farmácia	67	20	47
Unidade de Vigilância em Saúde	29	29	--

<sup>30</sup> O DATASUS é o setor responsável em prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. O DATASUS está presente em todas as regiões do país por meio das Regionais que executam as atividades de fomento e cooperação técnica em informática nos principais estados brasileiros.

<sup>31</sup> O CNES é a base de dados responsável pela coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. Acesso em: 23 maio 2019.

Cooperativa	22	09	13
Centro de Parto Normal - Isolado	1	1	----
Hospital/Dia - Isolado	36	1	35
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	1	1	----
Central de Gestão Em Saúde	420	420	----
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	26	24	2
Centro de Atenção Psicossocial	142	140	2
Centro de Apoio à Saúde da Família	18	18	---
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	5	5	---
Polo Academia Da Saúde	124	74	---
Telessaúde	3	3	----
Central de Regulação de Serviços de Saúde	2	2	---
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	7	---	7
Oficina Ortopédica	2	---	2
Laboratório De Saúde Pública	9	9	---
Central <sup>32</sup>	7	7	---
Polo De <sup>33</sup>	16		---
TOTAL	21.238	4.190	17.048

Fonte: DATASUS/Tipos de Estabelecimentos. Elaborado pelo autor.

Do total de estabelecimento disponíveis no Paraná para atendimento em saúde, apenas 4.190 são públicos, e 17.048 são privados. Se destacarmos, na área pública, os estabelecimentos em atenção básica, as UBS e postos de Saúde em 2014, totalizavam 2.659 estabelecimentos (1.718 UBS e 941 postos de saúde), já o setor privado concentra os estabelecimentos em atenção MAC.

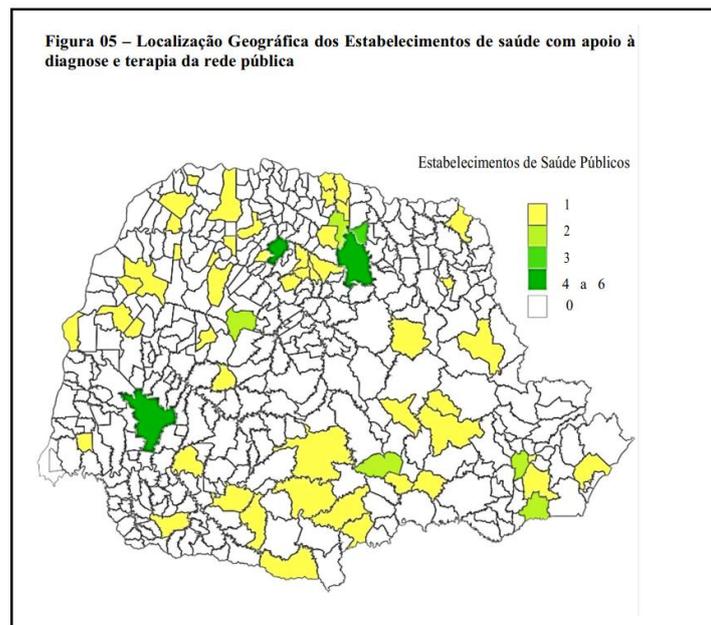
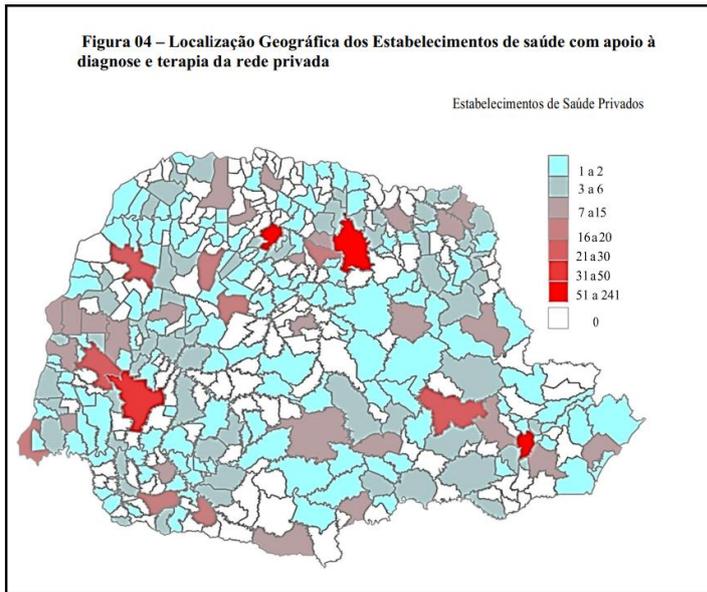
A partir desses dados, resgatando as premissas do Movimento Sanitário de que o modelo INAMPS beneficiava o setor privado, fica evidente que a implantação do SUS não superou essa realidade e demonstra que houve uma maior concentração no sistema privado de atendimentos nas áreas especializadas.

Na grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) são majoritariamente privados. Essa não é apenas a constatação da realidade da saúde pública do Paraná, segundo Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko (2011), a média nacional em 2010 dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico representavam 6,4% no setor público.

Na figura 04, é possível verificar a distribuição espacial do SADT do setor privado de saúde pelo território paranaense. Na figura 05, podemos observar a distribuição dos estabelecimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico no setor público de saúde:

<sup>32</sup> De Notificação, Captação, Distribuição De Órgãos Estadual.

<sup>33</sup> Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde.



Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE,2010. Desenho do cartograma: Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (malha generalizada). O IBGE se isenta de qualquer responsabilidade sobre o índice calculado pelo usuário. Reelaborado por: HEIMANN, Moacir R. 2019.

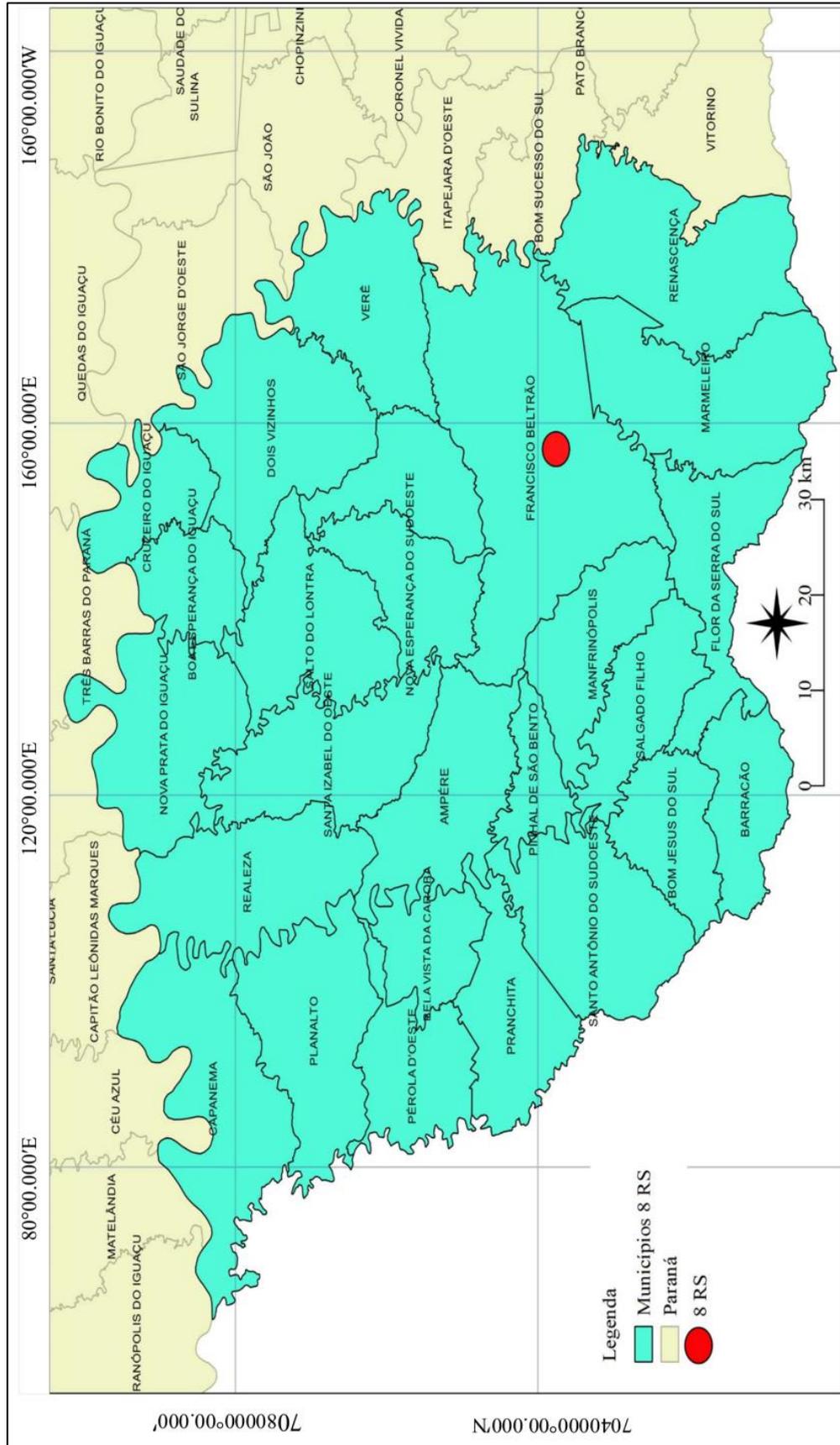
A figura 04 representa a concentração dos estabelecimentos em saúde que respondem pela maioria dos atendimentos na MAC. Cruzando os dados do IBGE e CNES, podemos observar que, em quase todos os municípios do Paraná estão presentes estabelecimentos de saúde com algum tipo de disponibilidade aos serviços de diagnose e terapia que pertencem ao setor privado.

Na figura 05, apresentamos esses dados em estabelecimentos de saúde com apoio à diagnose e terapia do setor público, para fazer uma comparação com os expostos anteriores, que indicam uma maior concentração no setor privado em estabelecimentos que apresentam equipamentos de diagnose e terapia.

De acordo com os dados do IBGE (2010), e demonstrados através dos mapas, a relação entre os estabelecimentos de Saúde com apoio à diagnose e terapia estão em maior concentração no setor privado. Em contrapartida, refletindo à realidade brasileira, a maior parte dos estabelecimentos da saúde pública se concentram na atenção básica, através das UBS.

A seguir, no mapa 02, apresentamos a organização territorial dos 27 municípios que fazem parte da 8ª RS/PR. A sede da 8ª RS fica localizada no município de Francisco Beltrão, onde também estão presentes os principais serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Mapa 2 – Municípios da 8ª Regional de Saúde do Paraná



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (IBGE) 2018. Sistema de Coordenadas Geográficas. Datum: SIRGAS 2000.

A organização dos serviços de saúde na área de abrangência da 8ª RS segue o modelo preconizado pelo SUS, e é responsável pela organização dos serviços em 27 municípios de sua abrangência na questão da saúde, atendendo uma população estimada em 2018 de 348.896 (IBGE, Estimativas de população/DATASUS,2018), representando 3% da população paranaense.

**Tabela 14 - Estimativa populacional: população total e em % para os municípios da 8ª RS em 2018**

Municípios	Pop.	%	Municípios	Pop.	%
Ampére	18.989	5%	Nova Prata do Iguaçu	10.552	3%
Barracão	10.238	3%	Pérola do Oeste	6.407	2%
Bela Vista da Caroba	3.567	1%	Pinhal de São Bento	2.725	1%
Boa Esperança do Iguaçu	2.538	1%	Planalto	13.528	4%
Bom Jesus do Sul	3.577	1%	Pranchita	5.221	1%
Capanema	19.099	5%	Realeza	16.894	5%
Cruzeiro do Iguaçu	4.264	1%	Renascença	6.818	2%
Dois Vizinhos	40.234	11%	Salgado Filho	3.679	1%
Enéas Marques	5.990	2%	Salto do Lontra	14.695	4%
Flor da Serra do Sul	4.645	1%	Santa Izabel do Oeste	14.521	4%
Francisco Beltrão	89.942	25%	Santo Antônio do Sudoeste	20.069	6%
Manfrinópolis	2.639	1%	São Jorge do Oeste	9.074	3%
Marmeleiro	13.900	4%	Verê	7.342	2%
Nova Esperança do Sudoeste	5.063	1%	<b>Total</b>	<b>356.210</b>	<b>100%</b>

Fonte: IBGE, Estimativas de população/DATASUS. Elaborado pelo autor.

Como podemos observar na tabela acima, dos 27 municípios da 8ªRS/PR, 10 têm uma população que representa 1% do total e, com destaque para os municípios que compreendem a região imediata, Francisco Beltrão possui 25% da população e Dois Vizinhos 11% da população total.

A região da 8ªRS avançou no sentido das mudanças propostas pelo SUS, criaram-se infraestruturas para atender as principais demandas por saúde dos municípios, principalmente na ampliação no número de UBS/Postos de saúde e profissionais da saúde.

Para verificar a atuação da 8ª Regional de Saúde/PR, realizamos uma visita técnica nas dependências da Instituição e entrevistamos a chefe local: Maria Izabel Cunha, que nos recebeu em sua sala e respondeu aos questionamentos sobre o papel da 8ª Regional de Saúde.

Segundo Maria Izabel Cunha (informação verbal)<sup>34</sup> “a 8ª RS/PR é um escritório descentralizado da Secretária da Saúde do Paraná – SESA – que coordena uma região de saúde

<sup>34</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.).

com 27 municípios. O trabalho de coordenação se dá através de vários aspectos, como o acompanhamento da implantação dos programas da área de saúde, tanto da SESA quanto do Ministério da Saúde. Os trabalhos de 8ªRS/PR ainda se dão no monitoramento das ações, orientação e capacitação pessoal a partir das necessidades dos municípios para a implantação correta dos programas”.

No âmbito financeiro, a 8ª RS/PR (informação verbal)<sup>35</sup> acompanha os repasses financeiros oriundos das Resoluções do Estado<sup>36</sup> ou Portarias Ministeriais<sup>37</sup> destinados aos municípios da regional, e ainda presta o serviço de farmácia (localizada próximo à Instituição), distribuindo medicamentos à população cadastrada nos municípios de abrangência.

Refletindo os parâmetros do SUS, os 27 municípios estão organizados para ter maior representação política e, desde 1994, a Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS) responde pela ação coletiva das demandas regionais. Como resultado das ações políticas e da sociedade se destacam o Hospital Regional do Sudoeste (HRS)<sup>38</sup> e o Centro Regional de Especialidades (CRE)<sup>39</sup>, que atendem as demandas regionais no MAC e cristalizam os esforços políticos da ARSS e da sociedade civil na busca por ampliar a infraestrutura na área de saúde pública regional.

Segundo CASARIL (2015), a região ainda conta com o Hospital Policlínica São Vicente de Paula, que atende planos de saúde e tratamentos particulares, e o Centro de Oncologia de Francisco Beltrão (CEONC), que é referência em diagnóstico e tratamento de neoplasias.

Na formação de profissionais da área de saúde se destacam a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), que passou a ofertar em 2013 o Curso de Medicina (sendo o primeiro disponível para o setor público na região), e as universidades privadas Universidade Paranaense (UNIPAR) e União de Ensino do Sudoeste do Paraná (UNISEP), que ofertam cursos nas áreas de Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Psicologia e Técnico em Enfermagem.

---

<sup>35</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 64.

<sup>36</sup> As Resoluções Estaduais da área da saúde autorizam os repasses financeiros destinados aos programas específicos da saúde, sugerimos o portal eletrônico da SESA para maiores informações: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2976>.

<sup>37</sup> As Portarias Ministeriais da área da saúde partem da autarquia do MS. Os projetos aprovados e sancionados pelo Presidente da República em função, se tornam normativas a serem seguidas no âmbito nacional, estadual e municipal.

<sup>38</sup> O HRS foi inaugurado em 2010 e a obra custou R\$ 30 milhões (R\$ 15 milhões na construção e R\$ 15 milhões de equipamentos, de acordo com declarações de autoridades do governo). Além disso, o HR tem mais de 12 mil metros, 140 leitos (20 de UTI adulto, 8 de UTI neonatal e 2 de UTI pediátrica).

<sup>39</sup> O CRE foi inaugurado em 2017, atende uma média diária de 600 pacientes dos municípios da ARSS, em várias especialidades. A lista completa com as especialidades disponíveis no CRE podem ser verificadas em: <http://www.arssparana.com.br/cre>. Acesso em: 23 abr. 2019.

Os números do CNES (2019) podem ajudar a explicar como o modelo do SUS, visando a descentralização dos atendimentos em saúde por níveis de atenção (atenção primária, MAC), alterou a composição estrutural dos estabelecimentos em saúde. Por um lado, Os levantamentos apontam o aumento no número de Estabelecimentos do tipo Centro de Saúde (CS)/Unidade Básica de Saúde (UBS) no Estado como um todo:

**Tabela 15 - Estabelecimentos de saúde do tipo CS/UBS e o quanto cada município representa em % do total - Paraná – 2007 a 2018**

<b>Regionais de Saúde</b>	<b>2007</b>	<b>%</b>	<b>2010</b>	<b>%</b>	<b>2014</b>	<b>%</b>	<b>2018</b>	<b>%</b>
1ª Paranaaguá	23	1%	25	2%	23	1%	23	1%
2ª Metropolitana	341	21%	331	22%	363	21%	364	19%
3ª Ponta Grossa	95	6%	76	5%	82	5%	114	6%
4ª Irati	15	1%	16	1%	21	1%	25	1%
5ª Guarapuava	77	5%	78	5%	90	5%	90	5%
6ª União D'Vit.	68	4%	44	3%	49	3%	56	3%
7ª Pato Branco	29	2%	28	2%	33	2%	65	3%
8ª Francisco B.	79	5%	73	5%	88	5%	94	5%
9ª Foz do Iguaçu	52	3%	47	3%	54	3%	94	2%
10ª Cascavel	77	5%	78	5%	96	6%	107	6%
11ª Campo M.	67	4%	78	5%	79	5%	87	5%
12ª Umuarama	47	3%	43	3%	54	3%	63	3%
13ª Cianorte	24	2%	25	2%	33	2%	38	2%
14ª Paranavaí	61	4%	68	5%	77	4%	87	5%
15ª Maringá	103	6%	112	7%	124	7%	124	7%
16ª Apucarana	70	4%	83	6%	87	5%	102	5%
17ª Londrina	116	7%	117	8%	126	7%	127	7%
18ª Cornélio Proc.	47	3%	40	3%	51	3%	52	3%
19ª Jacarezinho	43	3%	42	3%	63	4%	71	4%
20ª Toledo	92	6%	65	4%	76	4%	83	4%
21ª Telêmaco B.	33	2%	16	1%	32	2%	35	2%
22ª Ivaiporã	33	2%	24	2%	30	2%	36	2%
<b>Total</b>	<b>1.592</b>	<b>100%</b>	<b>1.509</b>	<b>100%</b>	<b>1.731</b>	<b>100%</b>	<b>1.888</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

De acordo com os dados CNES, entre 2005 e 2018 podemos verificar o aumento no número de estabelecimentos em todo o Estado. Os maiores aumentos nesse número ocorreram entre 2007 e 2014, quando foram instaladas 222 novas CS/UBS em todo o Estado do Paraná, e na 8ªRS, foram 15 novas unidades para o mesmo período. Entre 2014 a 2018, no Estado do Paraná foram criadas 157 novas CS/UBS, e neste mesmo período na 8ªRS foram criadas seis (06) novos CS/UBS. Podemos observar que a 2ª, a 6ª, a 9ª e a 20ª regional de saúde tiveram uma diminuição na participação total de CS/UBS, principalmente a 2ªRS Metropolitana, que

em 2007 representava 21% do total, passando em 2018 a representar 19% na participação em centros de saúde/unidades básicas de saúde.

Para o mesmo período, seguindo a política do MS de focar na Atenção Básica<sup>40</sup>, a tendência foi o aumento na quantidade de equipes de saúde<sup>41</sup>:

**Tabela 16 - Equipes de saúde – Paraná – 2005 a 2018**

<b>Regionais de Saúde/PR</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>2018</b>
1ª RS Paranaguá	18	28	32	45
2ª RS Metropolitana	392	473	649	677
3ª RS Ponta Grossa	65	74	115	131
4ª RS Irati	11	12	14	17
5ª RS Guarapuava	79	93	104	112
6ª RS União da Vitória	22	26	36	46
7ª RS Pato Branco	25	38	51	84
8ª RS Francisco Beltrão	<b>54</b>	<b>68</b>	<b>102</b>	<b>115</b>
9ª RS Foz do Iguaçu	53	60	73	66
10ª RS Cascavel	64	76	100	129
11ª RS Campo Mourão	63	86	113	119
12ª RS Umuarama	43	42	56	67
13ª RS Cianorte	27	30	51	56
14ª RS Paranavaí	80	82	93	102
15ª RS Maringá	110	133	165	192
16ª RS Apucarana	77	106	120	130
17ª RS Londrina	181	205	224	237
18ª RS Cornélio Procopio	51	50	58	60
19ª RS Jacarezinho	41	45	75	84
20ª RS Toledo	32	36	61	91
21ª RS Telêmaco Borba	28	18	30	34
22ª RS Ivaiporã	25	26	34	44
<b>Total de Equipes:</b>	<b>1.541</b>	<b>1.807</b>	<b>2.356</b>	<b>2.638</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

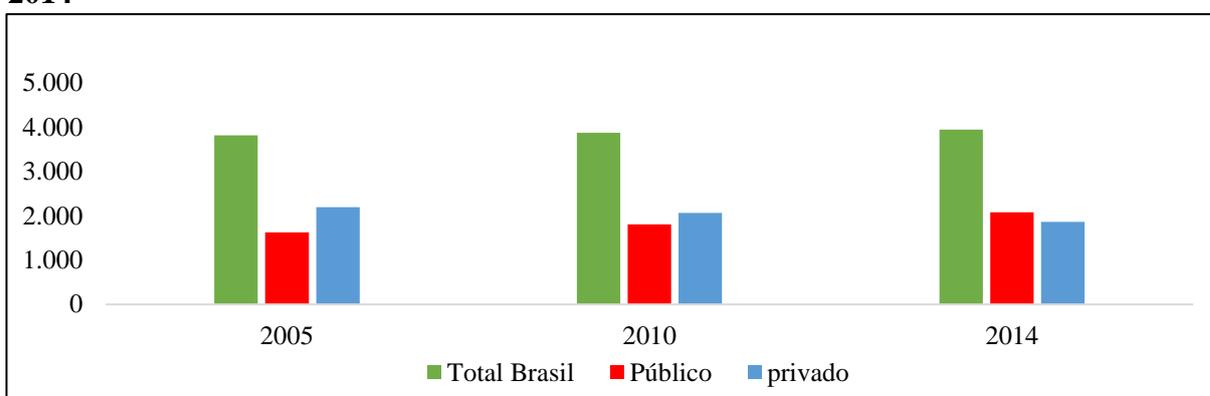
Como é possível observar na tabela 16, entre 2007 e 2018 houve um aumento no número de equipes de saúde no Estado do Paraná. Considerando o período como um todo, o aumento foi de 71%, porém, o maior aumento no número equipes de saúde foi entre 2007 e 2014, quando o aumento foi de 53%. Entre 2014 e 2018 o aumento foi menor, representando 12%.

<sup>40</sup> A Atenção Básica (AB) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, e o resultado é mais problemas de saúde resolvidos na atenção básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade. Ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local, a AB resolve 80% dos problemas de saúde da população.

<sup>41</sup> Segundo o MS, a Equipe de Saúde é formada por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

De acordo com os dados de Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko (2011), no Brasil, entre os anos de 1970 e 2010, foram criadas 39.518 UBS, o que de fato demonstra que essa tendência se repetiu na 8ª RS. Corroborando com nosso levantamento sobre hospitais, os autores apontam que o número de hospitais – especialmente hospitais privados – diminuiu. Os dados CNES referentes à quantidade de hospitais no Brasil para o período confirmam tanto o apontamento dos autores, como também mostra que o efeito do modelo do SUS foi refletido em todo o território brasileiro.

**Gráfico 01- Estabelecimentos: Hospital Geral<sup>42</sup> por esfera administrativa entre 2005 e 2014**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do DATASUS/CNES – Estabelecimentos.

De acordo com os dados do CNES, é possível confirmar o que já tínhamos evidenciado sobre a diminuição dos hospitais no setor privado e o reflexo na oferta de leitos, assim como apontamos para o aumento de hospitais gerais no setor público. Entre 2005 e 2014, o setor privado encolheu 18% na oferta de hospitais, ou seja, uma diminuição de 330 hospitais: de 2.197 em 2005 para 1.867 em 2014.

Neste mesmo período, o setor público registrou aumento de 28% no número de hospitais gerais, passando de 1.624 em 2005 para 2.080 em 2014. Porém, essa relação não foi suficiente para que o setor público conseguisse suprir as demandas por hospitais e, conseqüentemente, pela necessidade de leitos.

Os dados do CNES para estabelecimentos hospitalares generalistas estão disponíveis até o ano de 2014 e demonstram que, entre 1990 e 2014, na região da 8ª RS, o número de hospitais gerais privados diminuíram 120%. Do total de 33 hospitais em 1990, o número diminuiu para 22 em 2005. Essa tendência de queda registrou entre 2010 e 2014 a diminuição de mais 7 hospitais

<sup>42</sup> As diretrizes do SUS para Hospital Geral define este como sendo Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência.

e, em 2014, segundo os dados do CNES para estabelecimentos hospitalares generalistas, demonstra que existiam 16 hospitais generalistas no setor privado e 4 no setor público.

Até a década de 1990, todos os municípios da 8ª RS tinham hospitais privados. Em 2014, dos 27 municípios, 15 contavam com hospitais privados e 4 com hospitais públicos. A seguir, na tabela 17, apresentamos os dados referentes aos municípios da 8ªRS que têm hospitais gerais; dividimos entre hospitais públicos e privados.

**Tabela 17: Tipo de estabelecimento: HOSPITAL GERAL - Período: Dez/2014**

<b>Município</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Ampére		1	1
Capanema		1	1
Dois Vizinhos		2	2
Francisco Beltrão	1	3	4
Marmeleiro		1	1
Nova Esperança do Sudoeste	1		1
Nova Prata do Iguçu		1	1
Planalto		1	1
Pranchita	1	1	2
Realeza		1	1
Salto do Lontra		1	1
Santa Izabel do Oeste		1	1
Santo Antônio do Sudoeste	1		1
São Jorge d'Oeste		1	1
Verê		1	1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>20</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Os dados referentes ao número de hospitais, tanto em ralação ao Brasil como para a 8ª RS, refletem no número de leitos para internação, o que de fato comprova a antiga política de saúde (PPA) voltada ao clientelismo via INAMPS. Na tabela 10 (Leitos para internação em hospitais, por esfera administrativa - Brasil - 1976/2009, p. 44), na qual mostramos o número total de leitos disponíveis entre 1976 a 2009, já podíamos verificar uma inversão entre a oferta pública de leitos em relação à oferta do setor privado, com uma ligeira queda na oferta do setor privado. Os dados do CNES sobre a disponibilidade de leitos hospitalares no Brasil, de 2010 a 2014, mostram que o setor público superou o setor privado na questão de ofertas de leitos hospitalares para internação:

**Tabela 18- Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - Brasil -2010 a 2014**

<b>Ano</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
2010	165.371	157.085	322.456
2014	173.169	141.299	314.468

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Vimos que a publicação da Portaria INAMPS nº 283/91 proibindo os hospitais privados de cobrar por internamento em leitos, afeta toda a estrutura organizacional dos hospitais privados que seguiram uma tendência de redução na oferta de leitos.

Em 1992 (ano em que se registra o maior volume de leitos hospitalares no setor privado), o número de leitos ofertados pelos hospitais privados que vendiam serviço ao INAMPS chegou a 409.277, a série permite verificar que entre o período de implantação do SUS até o ano de 2010 esse número cai para menos da metade do total do máximo registrado em 1992, chega a 157.085 leitos, e continua seguindo tendência de queda. Os dados do CNES mostram que a redução chegou ao número de 141.299 leitos em 2014, e levando em conta o ano de maior oferta de leitos (1992) com os últimos dados, a redução foi de 267.978.

Por outro lado, o setor público registra para o mesmo período um aumento na oferta de leitos. Em 1992 existiam 135.080 leitos, já em 2010, esse número chega a 165.371 e segue a tendência de aumento, chegando em 2014 com 173.169: aumento de 5% (38.089 leitos). Em termos gerais, entre 1992 e 2014 ocorre a redução<sup>43</sup> de 58% no número de leitos para internação no setor privado. Regionalmente, podemos verificar o reflexo das mudanças trazidas com o SUS, e na tabela 19 apresentamos os dados do CNES de 2010 referentes às grandes regiões brasileiras:

**Tabela 19 - Leitos para internação em hospitais, por esfera administrativa - Brasil -2010**

<b>Região</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total Público/Privado</b>
Norte	18.109	10.488	28.597
Nordeste	59.631	40.674	100.305
Sudeste	58.260	66.028	124.288
Sul	15.720	24.173	39.893
Centro-Oeste	13.651	15.722	29.373
Total em cada esfera administrativa	165.371	157.085	322.456

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

<sup>43</sup> Em 1992 o total de leitos era de 544.357, já em 2014 esse número foi de 314.468 leitos, significando que ocorreu uma redução de 229.889 leitos.

Ao analisarmos os dados do CNES para a disponibilidade de leitos hospitalares regionalmente, podemos verificar que em 2010, somente as regiões Norte e Nordeste apresentaram quantidades de leitos superiores no setor público em relação ao setor privado; na Região Norte 73% dos leitos estão no setor de saúde pública e na Região Nordeste 68% dos leitos estão disponíveis no setor público.

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste se destaca a maior concentração de leitos no setor privado, sendo no Sudoeste 13%, no Sul 54% e no Centro-Oeste 15%. A seguir, na tabela 20, apresentamos os dados do CNES para 2014, referentes à disponibilização de leitos hospitalares pelas regiões brasileiras:

**Tabela 20 - Leitos para internação em hospitais, por esfera administrativa – Brasil:2014**

<b>Região</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total Público/Privado</b>
Norte	19.049	10.429	29.478
Nordeste	63.137	32.590	95.727
Sudeste	60.007	60.796	120.803
Sul	16.565	22.346	38.911
Centro-Oeste	14.411	15.138	29.549
Total em cada esfera administrativa	173.169	141.299	314.468

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do CNES.

Entre 2010 e 2014, os dados do CNES sobre o número de leitos distribuídos regionalmente mostram que houve redução no número de leitos do setor privado para todas as regiões brasileiras: Norte -1%, Nordeste -25%, Sudeste -9%, Sul -8%, e Centro-Oeste com queda de -4%. Ao mesmo tempo, houve aumento no número de leitos no setor público para todas as regiões: Norte 5%, Nordeste 6%, Sudeste 3%, Sul 5%, e Centro-Oeste com aumento de 6%. Mesmo com a diminuição no número de leitos no setor privado, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste os estabelecimentos privados concentraram o maior número de leitos.

Na região Sul (em especial no Paraná) mantém-se uma dinâmica mais vinculada ao setor privado de oferta de leitos para internação em hospitais, essa realidade se confirma também pelos números abordados anteriormente na tabela 12 (Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no DATASUS/CNES – dezembro/2014 – Paraná, p. 58), que nos mostram a maior concentração de estabelecimentos como hospitais especializados, centros de especialidades e as unidades de serviço de apoio a diagnose e terapia no setor privado. Essa realidade se estabelece na oferta de leitos para internação entre a saúde pública e o setor privado. Na tabela 18, apresentamos os dados referentes ao número de leitos hospitalares disponíveis no Paraná entre 1992 e 2014, e as esferas administrativas:

**Tabela 21 - Leitos para internação em hospitais, por esfera administrativa - Paraná - 1990 a 2014**

<b>Ano</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
1990	2.414	33.076	35.490
2005	5.567	16.047	21.614
2010	6.565	14.095	20.660
2014	6.930	11.787	18.717

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Entre a década de 1990 e 2005, no Paraná (entre estes dois períodos não encontramos dados para analisar, buscamos na CNES, IBGE, MS, OMS, porém não os encontramos), fica evidente a concentração de leitos no setor privado, pois em 1990 apenas 7% dos leitos disponíveis em hospitais do Paraná pertenciam à esfera pública, dos 35.490 apenas 2.414 eram leitos públicos e 33.076 estavam em estabelecimentos privados.

Com efeito das mudanças propostas pelo SUS, entre 1990 e 2005 houve uma redução de -49% na oferta de leitos hospitalares pelo setor privado e um aumento de 131% no número de leitos no setor público. Mas para o período, o total de leitos entre público e privado passou de 35.490 em 1990 para 21.614, queda de 65% no total disponível de leitos hospitalares. Entre 2005 e 2014 houve redução no total de leitos, sendo que em 2010 eram 20.660 e em 2014 eram 18.717, com o setor privado mantendo-se em queda. O setor público chegou em 2014 com 6.930 leitos e o setor privado com 11.787.

Para os municípios que compõem a 8ª RS/PR (como já apresentado), durante a implantação do SUS e no período que se seguiu, houve uma redução significativa no número de hospitais, sendo estes, na grande maioria privados, o que ajuda a explicar ao mesmo tempo a redução no número de leitos hospitalares privados. Vejamos na tabela 19 como se comportou a oferta de leitos para internação em hospitais entre 1990 e 2014:

**Tabela 22 - Leitos para internação em hospitais por esfera administrativa - 8ª RS/PR- 1990 a 2014**

<b>Ano</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
1990	0	1.918	1.918
2005	81	908	1.010
2010	207	746	953
2014	172	691	863

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2018.

Como podemos observar, os dados de 1990 sobre o número de leitos hospitalares confirmam a concentração destes na rede privada, e ainda faz surgir a hipótese de que o modelo

anterior poderia ter colaborado para a formação de monopólios no setor, que atuaram regionalmente. Ainda buscaremos informações para confirmar se a presença de hospitais em municípios menores era de responsabilidade de um mesmo grupo de empresários (da área de hospitais), ou se com as mudanças trazidas pelo SUS os grupos menores foram impedidos de manterem-se atuando nos menores municípios. Ao que indica os levantamentos até o momento [e segundo Paim (2009) ] a última afirmação seria a responsável, mas como destacamos, é pertinente entender a dinâmica do sistema anterior para compreender os resultados atuais.

O impacto das mudanças propostas pelo modelo do SUS sobre os estabelecimentos é evidente, principalmente na oferta de hospitais privados e para os municípios da 8ª RS que ainda possuem hospitais, sendo que alguns municípios não têm condições de atender as necessidades da população local. Os que se mantiveram atuam em parceria com o SUS e vendem seus serviços aos municípios que pertencem.

Na 8ª Regional de Saúde do Paraná, alguns serviços em MAC estão distantes das pequenas cidades. Criada em 1999, com a Portaria Nº55, o Tratamento Fora de Domicilio (TFD) que dá garantia ao acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município é exclusivamente regulado pela 8ªRegional de Saúde, que realiza os encaminhamentos tanto para procedimentos clínicos quanto para procedimentos cirúrgicos quando não disponíveis na região de saúde, em geral na Capital do Estado do Paraná, Curitiba (o que torna uma viagem de 1,200 km entre ida e volta), e na cidade de Cascavel/PR (informação verbal)<sup>44</sup>.

Os municípios da 8ªRS/PR ainda constam com o Consórcio Intermunicipal de Saúde, via Associação Regional de Saúde do Sudoeste – ARSS. Para saber sobre o papel da ARSS na organização e prestação de serviços de saúde, realizamos uma visita *in loco* junto à empresa (ARSS) e entrevistamos a Diretora Técnica Grasiela Cristina Giacobbo Nodari e a enfermeira Aline Jaqueceli Nardi.

Segundo Nodari e Nardi (informação Verbal)<sup>45</sup>, existem consórcios intermunicipais de saúde em outras regionais de saúde, mas que utilizam recursos financeiros exclusivamente *per capita*, ou seja, cada município membro repassa recursos financeiros de acordo com o número de habitantes. A ARSS trabalha com três fontes de recursos: federal, que repassa um total de R\$ 263 mil mensal; via Estado, com o COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios

---

<sup>44</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 64.

<sup>45</sup> Entrevista concedida por NODARI, Grasiela Cristina Giacobbo e NARDI, Aline Jaqueceli. Entrevista I [nov.2019]. Entrevistador: Marlon Clovis Medeiros e Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (1h:22min.).

Intermunicipais de Saúde – que repassa um total de R\$92,700 mil mensal, e também com os repasses *per capita* dos 27 municípios da 8ª RS/PR, que repassam R\$1,40 por habitante, o que resulta no montante de R\$502,42 mil mensal. Esses recursos são os que mantêm os serviços do Centro Regional de Especialidades – CRE – que realiza uma média diária de 600 procedimentos médicos na média complexidade.

Esses recursos mantêm os serviços do Centro Regional de Especialidades – CRE – que realiza uma média diária de 600 procedimentos médicos na média complexidade. Para disponibilizar (informação verbal)<sup>46</sup> os serviços de saúde que compreendem a média complexidade, os municípios que compõem a 8ª RS/PR, por meio da ARSS e do CRE, respondem por 73% dos gastos totais e, em 2018, o total desempenhado pelos 27 municípios resultaram no valor de R\$14.760.102,34 sendo que, destes, a demanda por exames e cirurgias correspondem a 38% do total dos custeios (R\$ 7.657.714,75). Os custeios com transporte e hospedagem representam 10% dos gastos. Exames e cirurgias são gastos que variam de acordo com as necessidades de cada município. Os repasses federais e estaduais representaram 27% do total dos repasses em 2018, sendo 5% estadual e 22% federal, totalizando a quantia de R\$5.467.043,57. Vejamos um quadro detalhado sobre os valores gastos em cada serviço:

**Tabela 23 – Gastos Consórcio Intermunicipal de Saúde – ARSS – 2018**

<b>Repases por esfera</b>	<b>Valores em R\$</b>	<b>% sobre o total custeado</b>
Repases federais	R\$ 4.389.571,57	22%
Repases estaduais	R\$ 1.077.472,00	5%
Total federal/estadual/SUS	R\$ 5.467.043,57	27%
Total municipal	R\$ 14.760.102,34	73%
Mensalidade per capita*	R\$ 5.167.814,40	26%
Transporte e Hospedagem*	R\$ 1.934.573,19	10%
Exames e Cirurgias*	R\$ 7.657.714,75	38%
Total Custeado	R\$ 20.227.145,91	100%

Fonte: Dados fornecidos pela ARSS. Elaborado pelo autor. \*Corresponde aos gastos por demanda dos municípios.

Os recursos municipais para custear os trabalhos de média complexidade disponíveis no CRE são oriundos da cota de 15% sobre o Fundo Participativo Municipal (FPM), que os municípios (por lei) são obrigados a destinar para a saúde. Dos 27 municípios da 8ª RS/PR, apenas Bom Jesus do Sul consegue manter seu sistema de saúde com 15 % das receitas obrigatórias (Art. 7ª Lei Complementar 141/2012), os demais, utilizam recursos além do

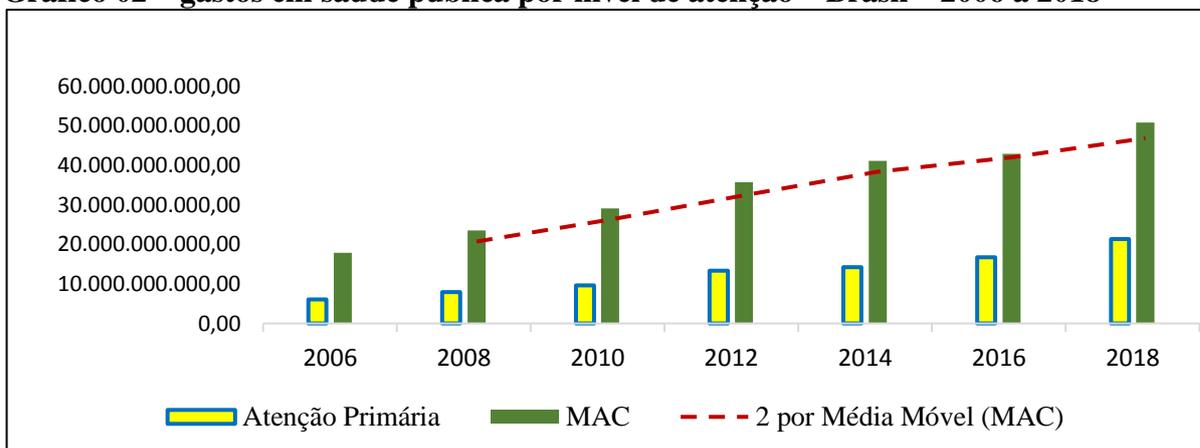
<sup>46</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 74.

determinado por lei e, para isso, utilizam das receitas livres e cada município tem uma lei orgânica própria que estipula o valor que a administração pública poderá usar em outras áreas de demanda própria. Os municípios da 8ªRS/PR, em média, executam 22% das receitas na área de saúde (informação verbal)<sup>47</sup>.

Como é possível observar ao longo do texto, o modelo de organização do SUS baseado por níveis de atenção causa para os menores municípios algumas dificuldades logísticas e onerações de recursos. Sem dúvidas, é um desafio regional criar estruturas necessárias para as demandas em saúde, dado o grau de avanço tecnológico necessário para estruturar estabelecimento de saúde. Já apontamos que as decisões tomadas nos governos Collor e FHC, no abandono da indústria nacional voltada para a saúde, impactam diretamente nos gastos em MAC e nos gastos com assistência farmacêutica.

Quanto aos valores referentes ao nível de Atenção Primária, entre 2006 e 2018 a tendência foi de aumento gradual, porém, os gastos em Atenção Primária foram de R\$ 6,035 bilhões em 2006, chegando ao valor de R\$ 21,3 bilhões em 2018, aumento real de 143% acima da Inflação (levando em conta o índice de inflação para o período: 110%, Tesouro Nacional, 2018). Já os gastos em MAC, em 2006 totalizaram 17,9 bilhões, chegando em 2018 com o total de 50,8 bilhões.

**Gráfico 02 – gastos em saúde pública por nível de atenção – Brasil – 2006 a 2018**



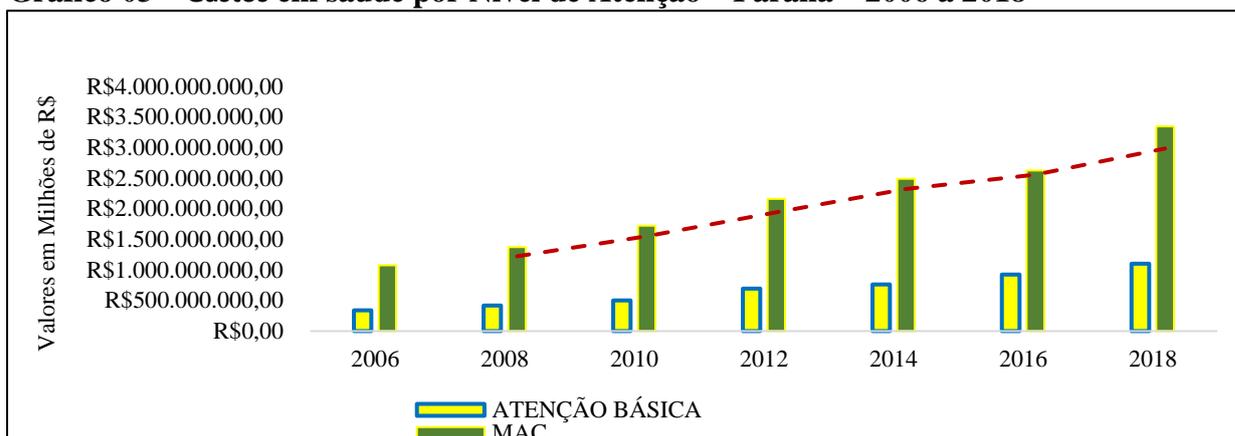
Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do FNS, consultafns. Acesso em: 4 maio 2019.

Entre 2006 e 2012 o crescimento foi de 62%, e entre 2012 a 2018 o índice de crescimento no gasto em MAC foi de 75%. Voltaremos a utilizar esses dados quando tratarmos dos usuários de planos privados de saúde que utilizam o SUS para fins de procedimentos médicos.

<sup>47</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 74.

Mesmo com o aumento, a diferença de gastos entre os valores chega a R\$ 29,5 bilhões a mais em MAC para 2018, e se destaca em todos os anos analisados (com os maiores gastos). Esse resultado pode ser verificado quando aplicado em um ente federativo. No Paraná, nos últimos anos analisados, os dados refletem o contexto nacional: o gasto na MAC<sup>48</sup> no Estado do Paraná durante o ano 2006 foi de R\$ 1,074 bilhão e, em 2018, de R\$ 3,3 bilhão. A Atenção Básica<sup>49</sup> teve, em 2006, um gasto de R\$ 338,2 milhões e chegou em 2018 a R\$ 1,1 bilhão. Os números da FNS apresentam os custos totais em cada nível de atenção à saúde referente aos últimos lançamentos da instituição e demonstram a imensa diferença em termos de gastos entre a atenção básica e a MAC. De acordo com o modelo do SUS de organização da saúde por níveis de atenção, podemos verificar no gráfico 02 que ambos os níveis aumentaram os gastos durante o período analisado, mas os maiores gastos se concentraram na MAC.

**Gráfico 03 – Gastos em saúde por Nível de Atenção – Paraná – 2006 a 2018**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do FNS, consultafns. Acesso em: 4 maio 2019.

Na região imediata, o município de Francisco Beltrão/PR responde pelo atendimento na MAC para os 27 municípios da 8ª RS e reflete a dinâmica nacional do SUS no quesito “gastos por níveis de atenção à saúde”, com maiores gastos na MAC em relação à atenção básica. O município de Francisco Beltrão gastou em Atenção Básica<sup>50</sup>, em 2006, o valor de R\$1.760.500,08 e, em 2018, esse valor chegou a R\$ 9.995.917,16.

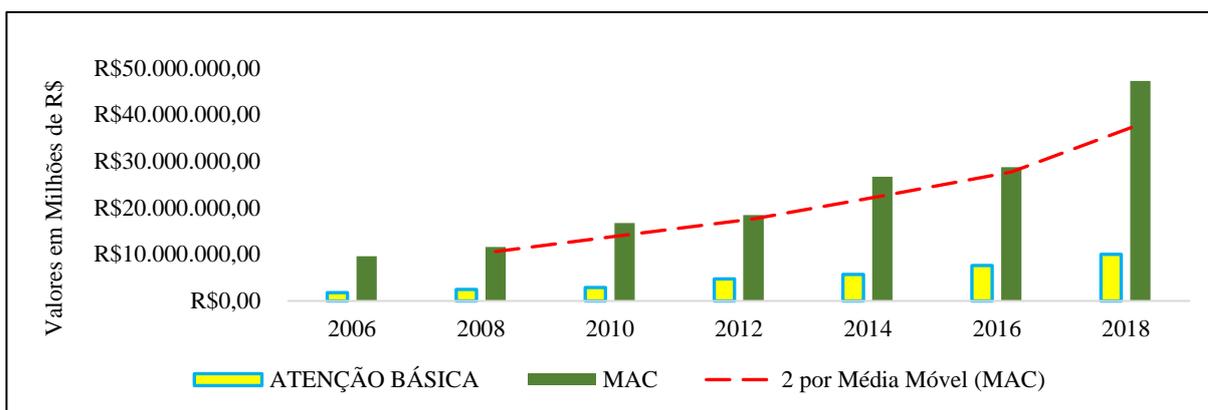
<sup>48</sup> Valores em bilhões de R\$ referentes aos gastos em MAC no Paraná: 2008 = R\$1,3; 2010 = R\$1,7; 2012 = R\$2,1; 2014 = R\$2,4; 2016 = R\$2,6.

<sup>49</sup> Valores em milhões de R\$ referentes aos gastos em Atenção Básica no Paraná: 2008 = R\$416; 2010 = R\$500; 2012 = R\$697; 2014 = R\$762; 2016 = R\$926 milhões.

<sup>50</sup> Valores em milhões de R\$ referentes aos gastos em Atenção Primária em Francisco Beltrão/PR: 2008 = R\$2,4; 2010 = R\$2,8; 2012 = R\$4,7; 2014 = R\$5,6; 2016 = R\$7,6 milhões.

Em relação aos gastos na MAC<sup>51</sup>, em 2006 o valor foi de R\$ 9.624.305,88 e constatamos que, além dos maiores gastos em relação à Atenção Básica, foi na MAC que ocorreu o maior aumento no volume em R\$, sendo que somente entre 2016 e 2018 esse aumento foi de 70%. Em 2016 o total gasto foi de R\$28.729.396,85, evoluindo para R\$47.215.190,51. A maior variação está entre 2016 e 2018, quando se verifica um aumento exponencial na MAC entre 2016 a 2018.

**Gráfico 04 – Gastos em saúde por Nível de Atenção – Francisco Beltrão/PR– 2006 a 2018**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do FNS, consultafns. Acesso em: 04/05/2019.

Os dados demonstram o aumento de repasses nos dois principais níveis de atenção à saúde para a os municípios da 8ª RS. Quanto ao aumento na atenção básica, entre 2010 e 2018 o aumento real foi de 210% (ajustado pelo IPCA-IBGE, que representou para o período a inflação de 1,69), passando de R\$20.288.348 milhões em 2010 para R\$63.275.045 milhões em 2018. A seguir, apresentamos um quadro demonstrativo contemplando os municípios que pertencem à 8ªRS/PR. Neste quadro apresentamos os dados do FNS referentes aos gastos em saúde no ano de 2010, 2014 e 2018, utilizando os repasses em Atenção Básica e MAC, com o objetivo de demonstrar a dinâmica regional e a variação entre os dois repasses.

<sup>51</sup> Valores em milhões de R\$ referentes aos gastos em MAC em Francisco Beltrão/PR: 2008 = R\$11,5; 2010 = R\$16,7; 2012 = R\$18,4; 2014 = R\$26,6; 2016 = R\$28,7.

**Tabela 24 - Gastos por níveis de atenção: Atenção Básica e MAC na 8ª RS/PR-2010-2014-2018**

Ano de Ref.	2010	2010	2014	2014	2018	2018
Mun. 8ª RS	At. Básica	MAC	At. Básica	MAC	At. Básica	MAC
Ampére	1.018.718	248.878	1.409.316	357.266	2.479.700	384.569
Bela Vista da Caroba	376.405	155.336	833.782	153.374	1.342.477	171.337
Boa Esperança do Iguaçu	225.809	62.974	670.451	63.930	922.951	64.301
Bom Jesus do Sul	471.654	18.004	777.876	110.069	1.602.504	29.245
Barracão	733.221	707.069	1.432.149	759.406	3.329.647	505.264
Capanema	1.160.538	303.625	1.481.130	365.980	2.957.908	447.358
Cruzeiro do Iguaçu	385.577	33.228	678.815	33.097	1.486.746	35.896
Dois Vizinhos	1.689.303	2.441.292	3.185.717	3.562.926	3.372.558	4.127.663
Enéas Marques	444.208	100.674	648.319	95.202	1.492.108	180.529
Flor da Serra do Sul	427.287	44.052	1.013.908	127.894	1.836.852	45.044
Francisco Beltrão	2.878.187	6.723.64	2.354.900	26.654.627	9.995.917	47.215.19
Manfrinópolis	351.463	17.792	552.510	18.887	815.686	18.828
Marmeleiro	773.288	744.686	1.394.442	794.948	2.945.949	2.679.508
Nova Esperança do Sudoeste	437.549	115.106	717.898	116.009	1.634.130	263.981
Nova Prata do Iguaçu	885.649	180.638	1.258.541	194.478	2.527.979	366.814
Pérola do Oeste	610.460	133.557	949.057	131.174	1.278.387	263.368
Pinhal de São Bento	218.559	94.618	323.540	94.139	860.005	208.133
Planalto	787.451	379.421	1.347.706	374.975	2.575.786	563.474
Pranchita	453.084	186.885	827.625	183.156	923.355	216.249
Realeza	736.645	206.201	1.390.319	1.354.749	2.083.061	2.120.811
Renascença	625.295	195.379	1.005.229	238.867	2.012.097	234.317
Salgado Filho	409.996	108.699	683.652	108.516	1.409.553	310.408
Salto do Lontra	939.874	196.352	1.563.399	198.051	939.874	196.352
Santa Izabel do Oeste	892.208	657.615	1.406.015	708.122	3.494.788	1.458.210
Santo Antônio do Sudoeste	1.183.004	332.686	2.146.514	925.309	4.426.003	1.295.033
São Jorge do Oeste	580.852	230.778	927.580	229.170	2.316.819	240.135
Verê	592.064	202.296	879.624	205.855	2.212.205	212.867
Total	20.288.34	24.821.48	31.860.01	38.160.17	63.275.04	63.854.88

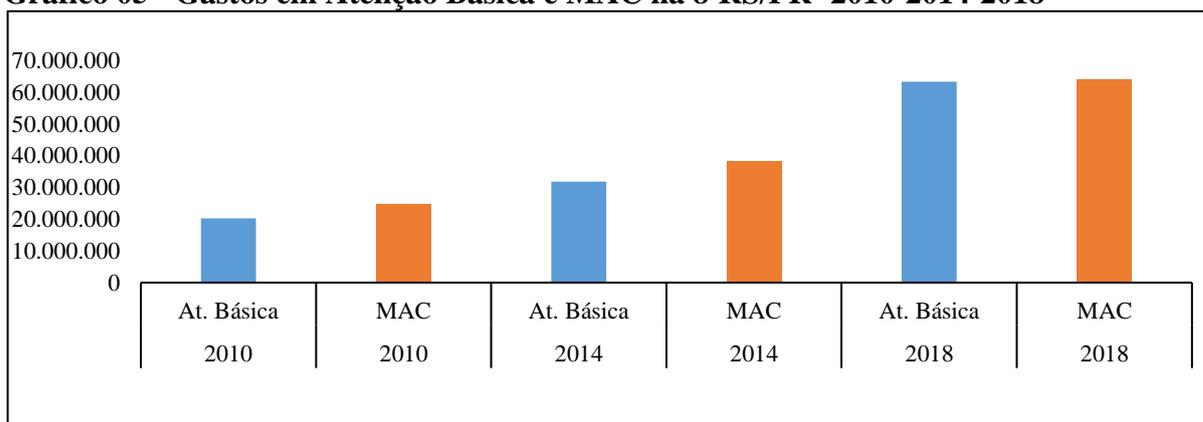
Fonte: Elaborado pelo autor com dados obtidos do FNS.

Para o mesmo período analisado os dados apontam o aumento em MAC, demonstrando aquilo que já vínhamos apontando: a concentração em MAC se destaca nas cidades que compõem as regiões imediatas, e os dados referentes a Francisco Beltrão e Dois Vizinhos

deixam claros essas proporções. Para 2018, as somas dos valores destinados à atenção básica e para a MAC na região da 8ª RS quase atingiram os mesmos valores, R\$63,2 milhões para a atenção básica e R\$63,8 milhões para a MAC. O município de Manfrinópolis se destaca pelos menores valores demandados para a saúde, sendo que, em 2018, o gasto em atenção básica foi de R\$815 mil e na MAC foi de 18.8 mil.

De acordo com Gadelha (2003), que analisou em 2003 a situação da saúde e a indústria voltada a esse setor, a falta de uma política macroeconômica ligada ao setor da indústria de produtos para a saúde levaria a um aumento nos gastos em saúde, devido à dependência de importação de produtos químicos/fármacos, de instrumentos médicos, e de máquinas e equipamentos de alta tecnologia para exames e diagnósticos, o que se confirma ao analisar os gastos entre os níveis de atenção e que, mesmo com o crescimento econômico que ocorreu no Brasil entre 2003 a 2014, não foi capaz de superar essa contradição.

**Gráfico 05 - Gastos em Atenção Básica e MAC na 8ªRS/PR- 2010-2014-2018**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do FNS.

Gadelha (2003) analisou a importância do complexo industrial da saúde e seu papel na alavancagem do desenvolvimento tecnológico nacional, dividindo em três grandes setores industriais que se desenvolvem da interdependência setorial:

O primeiro setor congrega as indústrias de base química e biotecnológica, envolvendo as indústrias farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico [...]. O segundo grupo congrega um conjunto bastante díspar de atividades de base física, mecânica, eletrônica e de materiais, envolvendo as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses e próteses e materiais de consumo em geral [...] O terceiro grupo de atividades congrega os setores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, englobando as unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços de diagnóstico e tratamento. [...] (GADELHA, 2003, p. 524).

Um dos maiores desafios para qualquer setor da indústria está ligado à difusão da inovação tecnológica desenvolvida e, de acordo com Gadelha (2003), para o complexo industrial da saúde a realidade é diferente dos demais setores industriais porque vincula sua

produção diretamente na sociedade [...] sendo, certamente, uma das atividades econômicas em que os grupos de interesses e as políticas públicas incidem de modo mais acentuado [...]. Gadelha (2003), aponta para a importância do Estado na difusão do setor industrial ligada à saúde:

Nesse contexto, cabe destacar o papel que o Estado cumpre na dinâmica dos setores de atividade mediante suas ações, explícitas ou implícitas, **de promoção e de regulação que, na área da saúde, adquirem uma abrangência dificilmente encontrada em outro grupo ou cadeia produtiva**, mediante a compra de bens e serviços, os repasses de recursos para os prestadores de serviços, os investimentos na indústria e na rede assistencial e um conjunto amplo de atividades regulatórias que delimitam as estratégias dos agentes econômicos (GADELHA, 2003, p. 525, grifo nosso).

Para nossa interpretação sobre o exposto de Gadelha, a interdependência do complexo industrial da saúde se faz pela necessidade de novos produtos que responderiam as demandas surgidas em cada nível de Atenção à Saúde.

Em cada nível existe uma demanda específica traduzida na necessidade da população: no nível de Atenção Básica, além de ser a porta de entrada do SUS, toda população brasileira é beneficiada com as campanhas vacinais (Febre Amarela, gripe H1N1, Hepatite, HPV entre outras) e vacinas específicas (BCG, Sarampo, Tétano, Poliomielite entre outras) ou seja, para produzir desde a agulha até o derivado antígeno é preciso de equipamentos tecnológicos.

No nível MAC, dependendo do caso específico, a população pode receber desde uma cirurgia de catarata até um transplante de órgão (fígado, rim, coração, entre outros) e todos esses procedimentos dependem de produtos específicos, como a produção de medicamentos para tratamentos posteriores, ligando todos os elos do complexo industrial da saúde.

O debate sobre o complexo industrial da saúde aborda questões políticas e econômicas nacionais e internacionais. A questão é, se o complexo industrial da saúde tem esse caráter inovador, capaz de ser a fronteira tecnológica e sobrepor aos demais setores da indústria, por que a indústria nacional ligada à produção de insumos para saúde enfrenta dificuldades em garantir autossuficiência nacional nas áreas que englobam desde a pesquisa à produção de insumos e materiais destinados as demandas em saúde?

A resposta para essa questão foi apontada no decorrer do texto, quando tratamos das políticas econômicas adotadas nos governos voltados à ideologia liberal, rompendo com o papel do estado como "motor propulsor" do desenvolvimento e deixando a economia planejada pela economia de mercado, o que causou alterações profundas na economia nacional. Para o próximo capítulo, quando analisaremos o período dos governos do PT (Lula e Dilma) e do MDB (Temer), buscaremos, através da literatura especializada, trazer para à discussão

elementos sobre o complexo industrial como complemento de um modelo de saúde autossuficiente.

Na última década, os gastos públicos em saúde no Brasil seguiram uma tendência de aumento em relação ao PIB (que também registrou níveis de crescimento). A participação da União entre 2008 e 2017 passou de 1,6% para 1,8% e, somando-se à participação dos Estados e Municípios, o total de gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em relação ao PIB passou de 3,61% em 2008 para 4,05% em 2017 (IPEA,2018).

**Tabela 25 - PIB e a % dos gastos em saúde 2008-2017 (PIB em R\$ trilhões)**

ANO:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PIB:	3.109	3.333	3.885	4.376	4.815	5.332	5.779	5.996	6.259	6.560
Saúde*:	3,61	3,75	3,57	3,65	3,67	3,66	3,75	3,89	3,96	4,05

Fonte: Elaborado a partir dos dados do Tesouro Nacional. \*% do PIB em relação à saúde.

A Constituição Federal de 1988, no que se refere ao financiamento do SUS, determinou que as três esferas de governo financiassem o SUS, mas somente em 2012, com a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, ficou determinado com que porcentagem anual cada esfera iria financiar o SUS, ficando assim definido; municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos; estados 12%; e a União aplica o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

#### **Quadro 05 - Gastos mínimos do setor de saúde**

Ente Federativo	Gasto Mínimo	Fundamentos legais
União	Gasto do exercício anterior Mais variação do PIB	Art.198, § 2º, I da CF/1988 Art. 7ª Lei Complementar 141/2012.
Estados	12% da receita tributária anual	Art.195, § 2º, II da CF/1988 Art. 6ª Lei Complementar 141/2012.
Municípios	15% da receita tributária anual	Art.198, § 2º, III da CF/1988 Art. 7ª Lei Complementar 141/2012.

Fonte: CF 1988 e LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012.

Diferentes impostos são utilizados para financiar o modelo de saúde brasileiro, previstos no Art. 35. "As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal" da Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

De acordo com os dados obtidos na publicação do Tesouro Nacional (Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil, 2017) o PIB de 2008 foi de R\$3,1 trilhões, evoluindo para R\$6,5 trilhões em 2017, e refletiu em maiores repasses para a saúde, mesmo que em termos de participação na porcentagem total do PIB passou de 1,6% para 1,8%, em termos reais o montante de recursos

demonstrou tendência de aumento. Na tabela a seguir, podemos observar a evolução dos repasses da União para a saúde.

**Tabela 26 - Gastos em saúde Brasil 2008-2017- União (R\$ bilhões constantes de 2017)**

Ano:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Saúde total	50,8	57,4	66,2	74,0	83,5	89,4	100,4	106,9	115,9	117,1
Atenção										
Básica	8,1	8,4	9,7	11,0	13,4	13,8	16,8	17,7	18,6	18,5
MAC	21,9	24,7	27,0	30,5	34,1	34,7	39,2	40,4	42,8	45,1
Assistência										
Farmacêutica	4,1	4,8	5,3	6,4	7,4	8,8	9,7	11,0	13,1	11,2
Vigilância em Saúde	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8	4,5	4,8	4,8	6,9	6,8
Emendas Parlamentares	-	-	-	-	-	-	0,0	1,5	3,4	3,3
Investimentos	1,2	1,6	2,0	2,2	3,4	3,9	4,4	2,9	2,9	1,7
Outros	13,2	15,4	19,5	20,4	21,4	23,8	25,5	28,6	28,1	30,4
Pessoal	8,1	9,7	11,0	12,5	13,9	14,6	15,7	16,1	16,6	17,8
Demais	5,1	5,7	8,5	7,9	7,5	9,2	9,8	12,5	11,5	12,6

Fonte: Elaborado a partir dos dados do Tesouro Nacional.

Com os dados do Tesouro Nacional (2018) é possível verificar as maiores concentrações de recursos nos níveis de MAC e, somada com a assistência farmacêutica, representaram para 2017 48% do total dos gastos na área de saúde. Esse fator corrobora com a análise apresentada anteriormente sobre a dependência da produção industrial ligada à saúde e a elevação dos gastos nesses níveis de atenção.

O Ipea analisou a proporção dos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e a relação per capita, que consiste em verificar o total empenhado por estados, municípios e a União em relação ao total da população, para se chegar a um valor per capita nacional, que em 2017 foi de R\$ 1.068.

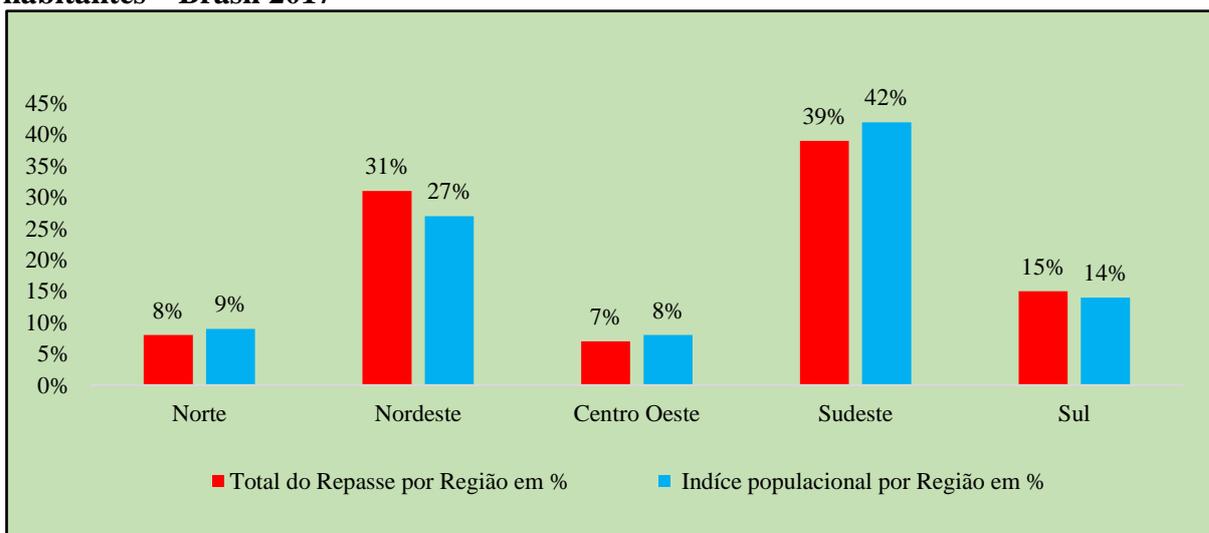
O Ipea aponta para variações estaduais e regionais, e de acordo com esse levantamento a média per capita mais baixa se registrou no estado do Pará com R\$ 707,67, e a mais elevada foi registrada no estado de Roraima com R\$ 1.830. Ainda de acordo com o Ipea (2018), apenas Mato Grosso do Sul (R\$ 1.512), Tocantins (R\$ 1.500) e Acre (R\$ 1.309) se somam com Roraima entre os estados que tiveram valores per capita acima da média nacional. O Estado de Minas Gerais, que apresenta alta concentração populacional, teve resultado menor em relação à média geral nacional, com o valor de R\$ 1.023 média per capita habitante.

Além do Pará, outros estados registraram média per capita bem abaixo da média nacional, entre eles se destacam Maranhão (R\$ 778), Bahia (R\$ 784), Alagoas (R\$ 905), Ceará

(R\$ 905), Amazonas (R\$ 922), Pernambuco (R\$ 913), Goiás (R\$ 916), Paraíba (R\$ 936), Sergipe (R\$ 944) e Rio Grande do Norte (R\$ 956) (Ipea,2018). Para verificar a distribuição dos recursos por grandes regiões brasileiras, utilizamos os dados do Ministério da Saúde (disponíveis no SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde/Indicadores Municipais sobre os repasses de recursos financeiros por região) e, em seguida, utilizamos os dados do IBGE sobre a estimativa populacional.

Compilamos/analizamos os dados e elaboramos dois gráficos para demonstrar a espacialização dos repasses em saúde por grandes regiões. O gráfico 06 é referente aos repasses para a saúde em relação à população para o ano de 2017, e o gráfico 07 apresenta as mesmas informações, mas referentes ao ano de 2018. Podemos afirmar, com base nos dados, que existe uma diferença na proporção de distribuição de recursos para a saúde em relação à população, vejamos nos gráficos a seguir:

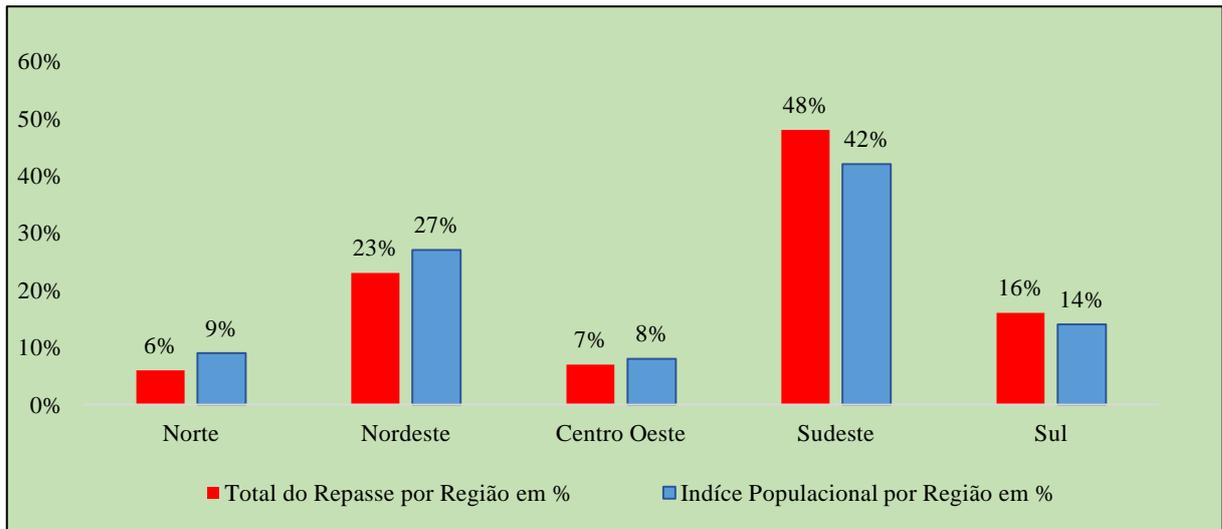
**Gráfico 06 – Distribuição % por região dos repasses nacionais para Saúde e do total de habitantes – Brasil 2017**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do DATASUS – Gastos por Região e IBGE – Estimativas populacionais 2018.

Em 2017, a região Sudeste concentrou o total de 39% dos recursos e representou 42% da população brasileira. A região Centro-Oeste foi a que, respectivamente, apresentou as menores taxas, 7% no total dos repasses e 8% no total do índice populacional. Vejamos a seguir esse comportamento para 2018.

**Gráfico 07 - Distribuição % por região dos repasses nacionais para saúde e do total de habitantes - Brasil 2018**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do DATASUS – Gastos por Região e IBGE – Estimativas populacionais 2018.

Para o ano de 2018, podemos observar que ocorreu um aumento nas transferências dos recursos para a região Sudeste, passando de 39% em 2017 para 48% em 2018, com diminuição para as regiões Norte (de 8% em 2017 para 6% em 2018) e Nordeste (de 31% em 2017 para 23% em 2018). A região Centro-Oeste registrou os mesmos índices de 2017, e a região Sul teve aumento de 1% no total de repasses para a saúde. Esse panorama pode significar mais desigualdades regionais e afetar as prestações de serviços de saúde para a população dessas regiões. No capítulo III apresentaremos alguns elementos que ajudam a explicar a mudança nas transferências de recursos por região.

**Tabela 27 - Total gasto em saúde pública na 8ªRS/PR: 2000-2010-2018**

Municípios da 8ªRS	2000	2010	2018
Ampére	R\$ 1.036.320,73	R\$ 5.904.096,88	R\$ 12.380.244,54
Barracão	R\$ 686.646,58	R\$ 3.160.467,08	R\$ 10.879.610,46
Bela Vista da Caroba	R\$ 342.477,73	R\$ 1.609.922,08	R\$ 4.093.899,68
Boa Esperança do Iguaçu	R\$ 265.332,37	R\$ 1.652.436,99	R\$ 4.194.900,50
Bom Jesus do Sul	R\$ 366.900,80	R\$ 1.795.764,74	R\$ 4.698.325,79
Capanema	R\$ 1.214.379,52	R\$ 5.533.420,58	R\$ 16.827.789,92
Cruzeiro do Iguaçu	R\$ 449.517,00	R\$ 2.163.556,37	R\$ 5.634.713,18
Dois Vizinhos	R\$ 2.868.353,48	R\$ 12.995.511,03	R\$ 38.169.901,72
Enéas Marques	R\$ 579.309,75	R\$ 2.360.392,96	R\$ 7.704.654,38
Flor da Serra do Sul	R\$ 395.913,76	R\$ 2.085.253,87	R\$ 5.562.490,24
Francisco Beltrão	R\$ 9.530.517,39	R\$ 33.933.453,90	R\$ 105.407.588,15
Manfrinópolis	R\$ 210.607,72	R\$ 1.794.025,07	R\$ 4.123.346,80
Marmeleiro	R\$ 618.324,62	R\$ 5.503.285,23	R\$ 16.693.065,63
Nova Esperança do Sudoeste	R\$ 506.018,45	R\$ 2.462.999,33	R\$ 6.313.345,14
Nova Prata do Iguaçu	R\$ 768.211,36	R\$ 4.066.910,11	R\$ 10.900.745,02
Pérola d'Oeste	R\$ 540.822,18	R\$ 2.282.858,63	R\$ 5.901.480,64
Pinhal de São Bento	R\$ 216.921,00	R\$ 1.646.563,53	R\$ 3.404.922,05
Planalto	R\$ 764.469,02	R\$ 4.403.172,41	R\$ 13.753.038,77
Pranchita	R\$ 1.078.859,92	R\$ 3.579.978,34	R\$ 8.038.415,00
Realeza	R\$ 884.352,60	R\$ 4.344.257,95	R\$ 15.386.313,58
Renascença	R\$ 473.622,58	R\$ 2.767.205,19	R\$ 6.866.718,70
Salgado Filho	R\$ 297.156,61	R\$ 2.140.342,76	R\$ 4.646.398,03
Salto do Lontra	R\$ 984.823,08	R\$ 3.814.149,89	R\$ 11.131.460,26
Santa Izabel do Oeste	R\$ 1.007.428,13	R\$ 5.221.089,79	R\$ 12.806.641,56
Santo Antônio do Sudoeste	R\$ 689.304,52	R\$ 4.570.128,41	R\$ 14.022.174,33
São Jorge do Oeste	R\$ 1.156.538,90	R\$ 4.270.375,69	R\$ 11.385.622,89
Verê	R\$ 646.098,12	R\$ 2.985.946,30	R\$ 8.067.617,92
<b>Total</b>	<b>R\$ 28.579.227,92</b>	<b>R\$ 129.047.565,11</b>	<b>R\$ 368.995.424,88</b>

Fonte: SIOPS/DATASUS. Elaborado pelo autor.

Utilizamos a metodologia utilizada pelo Ipea (2018), que [...] utiliza como indicador a evolução da variação percentual do gasto público per capita das três esferas com ASPs, em cada região, em relação ao valor per capita médio nacional [...]. Para chegar ao valor per capita na 8ª RS, utilizamos os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)<sup>52</sup> e os dados do Portal Saúde com Transparência<sup>53</sup>, para se chegar ao total dos gastos em saúde de cada município (o total é a soma dos valores referentes aos repasses das três esferas). Também utilizamos os dados do IBGE sobre a população para os municípios da 8ª RS. Cruzando os dados chegamos aos resultados presentes nas tabelas 28 e 29.

<sup>52</sup> O SIOPS foi criado em 1999, por meio da Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. Mais informações sobre esse sistema podem ser conferidas em: <<http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/concepcao-do-siops>>.

<sup>53</sup> No Portal Saúde com Transparência é possível verificar os gastos dos Estados e da União no SUS referentes a cada ano contábil.

**Tabela 28 - Valor per capita em saúde nos municípios da 8ª RS/PR - 2018**

<b>Municípios 8ªRS</b>	<b>2018</b>	<b>População</b>	<b>Média Hab.2018</b>
Ampére	R\$ 12.380.244,54	18.989	R\$ 651,97
Bela Vista da Caroba	R\$ 10.879.610,46	3.567	R\$ 1.062,67
Boa Esperança do Iguaçu	R\$ 4.093.899,68	2.538	R\$ 1.147,72
Bom Jesus do Sul	R\$ 4.194.900,50	3.577	R\$ 1.652,84
Barracão	R\$ 4.698.325,79	10.238	R\$ 1.313,48
Capanema	R\$ 16.827.789,92	19.099	R\$ 881,08
Cruzeiro do Iguaçu	R\$ 5.634.713,18	4.264	R\$ 1.321,46
Dois Vizinhos	R\$ 38.169.901,72	40.234	R\$ 948,70
Enéas Marques	R\$ 7.704.654,38	5.990	R\$ 1.286,25
Flor da Serra do Sul	R\$ 5.562.490,24	4.645	R\$ 1.197,52
Francisco Beltrão	R\$ 105.407.588,15	89.942	R\$ 1.171,95
Manfrinópolis	R\$ 4.123.346,80	2.639	R\$ 1.562,47
Marmeleiro	R\$ 16.693.065,63	13.900	R\$ 1.200,94
Nova Esperança do Sudoeste	R\$ 6.313.345,14	5.063	R\$ 1.246,96
Nova Prata do Iguaçu	R\$ 10.900.745,02	10.552	R\$ 1.033,05
Pérola do Oeste	R\$ 5.901.480,64	6.407	R\$ 921,10
Pinhal de São Bento	R\$ 3.404.922,05	2.725	R\$ 1.249,51
Planalto	R\$ 13.753.038,77	13.528	R\$ 1.016,64
Pranchita	R\$ 8.038.415,00	5.221	R\$ 1.539,63
Realeza	R\$ 15.386.313,58	16.894	R\$ 910,76
Renascença	R\$ 6.866.718,70	6.818	R\$ 1.007,15
Salgado Filho	R\$ 4.646.398,03	3.679	R\$ 1.262,95
Salto do Lontra	R\$ 11.131.460,26	14.695	R\$ 757,50
Santa Izabel do Oeste	R\$ 12.806.641,56	14.521	R\$ 881,94
Santo Antônio do Sudoeste	R\$ 14.022.174,33	20.069	R\$ 698,70
São Jorge do Oeste	R\$ 11.385.622,89	9.074	R\$ 1.254,75
Verê	R\$ 8.067.617,92	7.342	R\$ 1.098,83
<b>Total</b>	<b>R\$ 368.995.424,88</b>	<b>356.210</b>	<b>R\$ 1.035,89</b>

Fonte: SIOPS; DATASUS; IBGE. Elaborado pelo autor.

Como podemos acompanhar, todos os municípios tiveram aumentos totais no setor da saúde pública. A série histórica presente na tabela 27 demonstra os aumentos para a saúde pública nos últimos anos para os municípios da 8ª RS/PR. Partindo de um total de R\$ 28.579.227,92 no ano de 2000, o que na prática significou uma média per capita anual de R\$ 88,77 na 8ª RS/PR, em 2010 observamos uma elevação no aumento total e per capita, acumulando um total de R\$ 129.047.565,11, significando uma média de R\$ 382,13 por habitante, e um aumento de 330% para o período de 10 anos.

Para o período que se estende de 2010 a 2018 houve um aumento de 177%, chegando ao total de R\$ 368.995.424,88 e, como podemos observar na tabela 28, a média per capita anual nos 27 municípios da 8ªRS foi de R\$ 1.035,89. O aumento total em proporção representado na série foi de 1091%. Alguns municípios se destacaram, apresentando os maiores aumentos,

Realeza, Santa Izabel do Oeste e Francisco Beltrão tiveram os maiores aumentos durante o período analisado.

Calculamos o crescimento real dos gastos per capita para a 8ª RS, corrigindo os valores totais apresentados nas tabelas 27 e 28 para preços médios de 2018, utilizando-se a variação média anual do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), do IBGE. Considerando o IPCA para o período de 2000 a 2018 (180%), o valor total per capita seria de R\$ 613,72, porém, o aumento na região foi superior a correção do IPCA, com uma diferença de R\$ 443,89 (total média per capita R\$ 1.057) ou aumento real de 138% acima do IPCA para o período:

**Tabela 29 – Aumento real dos gastos Per Capita nos municípios da 8ª RS/PR**

<b>8ª Regional de Saúde</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2018</b>
Média per capita	R\$ 88,77	R\$ 382,13	R\$ 1.035,89
Aumento real	*	161%	278%
Aumento real – 2018 sobre 2000		*	886%
IPCA Saúde considerando todo período			180%
Crescimento total considerando o IPCA saúde			706%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do SIOPS/IBGE.

Entre os municípios da 8ªRS, Ampére teve o menor índice percentual de gastos totais em ASPS (gastos em ações e serviços públicos de saúde) per capita em 2018, com R\$ 651,97. Os demais municípios apresentaram variações entre a média regional: 16 registraram média per capita maior que a média regional e 11 municípios ficaram abaixo da média regional de gastos em ASPS per capita.

## **2.4. CONSIDERAÇÕES DO SEGUNDO CAPÍTULO**

Neste capítulo procuramos analisar os processos históricos que resultaram na criação do SUS. Buscamos analisar a conjuntura econômica mundial e os reflexos na conjuntura política econômica nacional. Destacamos as principais mudanças atribuídas ao modelo do SUS a partir da CF 1988.

Procuramos estabelecer relação entre as medidas institucionais propostas com o modelo do SUS e as mudanças no cenário nacional, com destaque à descentralização, regionalização e ao modelo de atenção do SUS. Apresentamos dados que ajudam a explicar a atuação do sistema de saúde, bem como o antagonismo dentro do próprio modelo.

Esse modelo, por um lado, registra durante toda série analisada a evolução do SUS, ampliando sua participação na oferta de serviços à saúde brasileira, bem como a evolução dos

gastos em saúde (com destaque para os gastos em MAC). E, por outro lado, dificulta a oferta de serviços de saúde, principalmente na MAC, quando se trata de pequenos municípios. Ao analisar esse período, surgiram algumas questões, que procuraremos responder no próximo capítulo.

### CAPÍTULO III

#### DINÂMICA ECONÔMICA E SAÚDE – 2000- 2018

No capítulo anterior, apresentamos a evolução do Sistema Único de Saúde, principalmente na formação de uma rede de atenção à saúde na 8ª Regional de Saúde do Paraná. Apontamos dados empíricos referentes ao contexto nacional relacionando a dinâmica regional e os números que comprovam que houve crescimento e expansão nos serviços de saúde, principalmente no que se refere a atenção básica, com o aumento de instalações de estabelecimentos voltados a atender a população com os cuidados básicos de saúde.

Da mesma forma, mostramos alguns elementos que se destacam, como, por exemplo, o consumo maior de recursos financeiros pela Alta Complexidade, acontecimento ligado ao fato de que, cada vez mais, tem se utilizado a incorporação de novas tecnologias aos diagnósticos e tratamentos de saúde e, principalmente, pela insuficiência nacional de produção industrial de produtos e insumos para a saúde.

Os dados do Ministério da Saúde, do IBGE, do Tesouro Nacional e de outras fontes nos possibilitaram criar séries históricas, das quais as análises presentes no texto comprovam que o SUS é um modelo em constante evolução, a qual está diretamente ligada à capacidade do Estado em dirigir a política econômica para promover taxas de crescimento, criação de empregos, aumento da renda, distribuição de renda através do bolsa família, estímulos de crédito para aumentar o consumo das famílias e incentivos para a indústria, comércio e agricultura, o que criou um círculo virtuoso de acúmulo de capital.

Neste capítulo e no capítulo posterior buscaremos explicar o que possibilitou os avanços do SUS, bem como, seu financiamento, gestão e desempenho prático. Para tal, buscamos compreender a dinâmica econômica que marcou a última década. Assim, se fará a análise da conjuntura política econômica de 2003 a 2015, período este, marcado pelo crescimento econômico brasileiro.

Também analisaremos os efeitos da crise econômica que está presente desde 2015, após o golpe político que destituiu a Presidente Dilma Rousseff da presidência da República e, conseqüentemente, entregou essa posição ao vice Michel Temer, que adotou um programa de governo marcado pela austeridade e desvalorização salarial, cortes nos investimentos e a reforma do trabalho e, além disso, ainda apresentou projetos que se tornariam realidade no governo seguinte, como a reforma da previdência. Estes são alguns dos elementos que serão tratados no decorrer deste capítulo.

### 3.1. CRESCIMENTO ECONÔMICO E OS REFLEXOS NO SUS – 2003 A 2010-15

O SUS (como já vimos) recebeu cada vez mais recursos financeiros. Esses repasses, em termos de porcentagem com relação ao PIB, tiveram uma média de 3,70% ao ano entre 2008 e 2015, sendo que a União representou para o último ano 1,8% do total dos repasses para o SUS. Com o crescimento do PIB e o aumento da arrecadação fiscal foi possível aumentar o valor dos repasses, mesmo sem elevar as taxas participativas dos repasses ao SUS em relação ao PIB.

Mas, a partir de 2015, com a crise econômica que afetou o crescimento do PIB, aumentou o número de desempregados e criou capacidade ociosa na indústria e comércio, o que refletiu nas medidas adotadas pelos governos, como, por exemplo a PEC 55 que congela os gastos públicos para as áreas de saúde e educação por 20 anos fiscais.

O período ao qual nos referimos cobre os dois governos de Luís Inácio Lula da Silva (Lula) (2003-10), o primeiro governo e a interrupção do segundo governo de Dilma Rousseff (2011-16), e ainda o governo interino de Michel Temer (2017-18). Além disso apresentaremos algumas medidas do atual governo, das quais os impactos podem ser positivos ou negativos para o SUS (o curto espaço de tempo não permite uma análise precisa dos dados).

### 3.2. GOVERNOS LULA (2003-2010) E DILMA (2011-2016)

Segundo Carvalho (2018), no governo Lula (2003/2011) a política macroeconômica foi sustentada por três pilares: a distribuição de renda, o acesso ao crédito, e os investimentos públicos, os quais se somaram a um quarto pilar de fator externo: a demanda por *commodities* (puxadas pela demanda interna chinesa) e a alta nos preços internacionais das *commodities* (petróleo, minérios e produtos agrícolas)<sup>54</sup>. Para a nossa análise, verificaremos, em primeiro lugar, os reflexos da distribuição de renda vinculados às políticas sociais que representam investimentos do Estado e que são indissociáveis ao crescimento econômico e geração de empregos.

Segundo Carvalho (2018), o pilar da distribuição de renda foi o conjunto de duas políticas: o Programa Bolsa Família (PBF) e a valorização salarial. O PBF passou a beneficiar as famílias de extrema pobreza, destinando mensalmente quantias em dinheiro que variavam de acordo com a quantidade de membros da família. Essa política foi vinculada ao SUS e à Educação, pois os critérios para se manter no programa previam que as famílias seguissem as

---

<sup>54</sup> Em “*Valsa Brasileira, do Boom ao Caos Econômico*”, Laura Carvalho detalha como cada pilar econômico foi importante para alavancar a economia no primeiro governo Lula.

recomendações da saúde<sup>55</sup>, o calendário vacinal, e mantivessem a devida frequência escolar. Em 2003 o número de famílias atendidas pelo PBF era de 3,6 milhões, chegando a atender 12,8 milhões em 2010 (CARVALHO, 2018).

O pilar da valorização salarial pode ser explicado, principalmente, pelo aumento na demanda por produtos e serviços e no aumento dos empregos formais. De acordo com Keynes (1996, p. 64) [...] A propensão a consumir e o nível do novo investimento é que determinam, conjuntamente, o nível de emprego, e é este que, certamente, determina o nível de salários reais — não o inverso [...].

Assim, podemos entender que a política do PBF se tornou um investimento do Estado que permitiu que as famílias passassem a consumir produtos e serviços que até então não podiam. Outro fator importante é a vinculação dessas famílias às políticas do SUS, pois esta gerou uma demanda por mais medicamentos, vacinas, pessoal capacitado, e contratação de novos serviços. Dessa forma, o Estado como consumidor puxou os investimentos privados dos setores de produção de bens e serviços e, Keynes (1996, p. 73) define que [...] um aumento na demanda efetiva devido a um fortalecimento da propensão a consumir poderia encontrar-se associado a uma função de oferta agregada diferente da que corresponderia a um aumento igual da demanda devido a um maior incentivo a investir [...]:

O volume de emprego (e por consequência o da produção e da renda real) é fixado pelo empresário sob o motivo de procurar maximizar seus lucros presentes e futuros (sendo a previsão correspondente ao custo de uso determinada segundo a maneira como ele concebe a utilização do equipamento para que este lhe proporcione, no curso de sua duração, um rendimento máximo); de outro lado, o volume de emprego que lhe proporcionará este máximo de lucros depende da função da demanda agregada determinada pelas suas previsões de vendas que, nas diferentes hipóteses, devem resultar, respectivamente, do consumo e do investimento (KEYNES, 1996, p. 103).

A política do Fome Zero também contribuiu para estimular a economia, mas principalmente tem um caráter de resolver as questões de igualdade ao acesso a alimentos. Com o objetivo de solucionar a “fome” no Brasil, o programa Fome Zero previa garantir que as pessoas pudessem ter acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender as necessidades nutricionais e a manutenção da saúde, e se baseou em três eixos: a ampliação da

---

<sup>55</sup> De acordo com o MS: a agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização das crianças. Assim, as famílias beneficiárias do PBF com mulheres de idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Os Agentes de Saúde são responsáveis pelo acompanhamento das famílias, sendo que realizam visitas instrutivas mensalmente e verificam o estado de saúde dos membros das famílias. Nas crianças menores, realizam a pesagem, verificam a altura e acompanham a carteira vacinal.

demanda efetiva de alimentos, o barateamento do preço e os programas emergenciais para a população excluída do mercado (Ministério da Saúde, 2010).

Trouxemos o pilar da tributação, o qual permitiu (permite) o Estado de regular e absorver parte dos excedentes financeiros na forma de tributos para alocar em políticas sociais, da qual o SUS faz parte. Vejamos, Barbosa (2013), apresenta que em 2003 o governo elevou a alíquota Cofins de 3% para 4% sobre as instituições financeiras e elevou a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), de 12% para 32% das empresas prestadoras de serviços.

Ainda segundo Barbosa (2013), em 2004 o governo promoveu uma “pequena reforma tributária” que significou a introdução de dois regimes de arrecadação: o PIS (Programa de Integração Social) que ampliou a tributação sobre o COFINS para produtos importados; e a prorrogação por mais quatro anos da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), com isso foi possível elevar a arrecadação federal em termos reais e em relação ao PIB. (BARBOSA. 2013, p. 74).

Como já demosntramos nos capítulos anteriores, a base financeira que sustenta o SUS vem exatamente da arrecadação de impostos, isso significa que para o Estado ter a capacidade de aumentar a arrecadação é necessário que as atividades dos diferentes setores da economia nacional estejam com as mudanças tributarias já citadas, possibilitou ao Estado estimular/impulsionar o “círculo de acumulação de capital”, transformando parte do investimento em políticas de cunho social, que no setor específico da saúde permitiu financiar o modelo SUS, ampliar e criar novas políticas de saúde.

O crescimento econômico e as mudanças tributarias permitiram o aumento na arrecadação federal e, pela primeira vez, o SUS pôde implementar e fortalecer algumas diretrizes previstas na CF 1988, diferenciando o SUS ideal para o SUS possível. Em 2003 foi lançado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que no âmbito da política de atenção às urgências e emergências presta o serviço de nível intermediário de atenção à saúde.

Em 2004 foram criados o Programa Brasil Sorridente (que vinculou ao SUS os cuidados odontológicos) e o Programa Farmácia Popular do Brasil. O primeiro foi responsável pela criação de 500 Centros de Especialidades e Laboratórios Regionais de Próteses dentarias e pelo aumento de equipes de saúde bucal (que passam de pouco mais de 4.260 para 14.244), que até o ano de 2006 tinham realizado o atendimento odontológico para 70 milhões de brasileiros. (MENICUCCI, 2011). O segundo, criado no mesmo ano (2004) e firmado em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz, constitui outro fator importante para ativar o mercado interno de produção e consumo de medicamentos, com custos mais baixos, as redes privadas de drogarias passaram a comercializar produtos com até 90% de desconto.

Na área de medicamentos foram criadas: a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED), que passou a fixar normas e fiscalizar os preços dos medicamentos; a política de isenção de ICMS para produção de medicamentos de alto custo e apoio a laboratórios oficiais para que passassem a produzir medicamentos; e ampliação da atenção básica, aumentando as equipes do Programa Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2015). Durante esse período (2007 – 2018) verificou-se o aumento significativo de recursos humanos:

**Tabela 30 – Recursos Humanos/Brasil – 2007-2018**

<b>Período</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2018</b>
Enfermagem	60.844	91.645	162.149	199.658
Medicina	246.284	295.488	352.110	396.313
Total/Afins*	1.482.523	1.845.646	2.470.364	2.891.949

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do MS/DATASUS/SIGRAS. \*Afins compreende a totalidade dos profissionais vinculados a área de saúde: biomedicina, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e odontologia.

A tabela 30 com os dados referentes aos recursos humanos para a área de saúde nos permite verificar os reflexos positivos para o setor de saúde como um todo, em termos gerais, contemplando todas as categorias profissionais ligadas à saúde, foi registrada uma média anual de 8% de crescimento. Levando em conta todo o período, o crescimento foi de 67% em relação a 2007.

No que se refere ao número de médicos, em 2018 (proporção em relação à população) a média nacional foi de 1,93 médicos por 1000 habitantes ou 517 habitantes para cada médico. Mas esse é um tema que necessita de análise mais profunda para verificar a realidade da questão da cobertura médica nacional e local.

Com a verificação, é possível demonstrar que na área médica o Brasil alcançou níveis significativos na oferta desses profissionais. Os dados do MS para 1992 (ano considerado marco para a implantação do SUS) demonstram o número de médicos disponíveis, algo em torno de 208.966 médicos para uma população de 149.236.984 brasileiros, o que significou 1,40 méd./1000hab., ou seja, 714 hab./méd. Já em regiões como Norte e Nordeste essa relação era de 0,35 e 0,69 méd./1000hab., respectivamente.

Para analisar a situação da cobertura médica no Brasil em 2018, usamos os dados do MS referentes ao total de médicos disponíveis para este ano, bem como utilizamos os dados populacionais do IBGE para 2018, de posse dos dados, foi realizado a quantificação proporcional entre médicos e a população para se chegar ao número de médicos por habitante. Para fins de análise, entendemos que a classe médica pode atuar tanto no setor público como no

setor privado, sendo que, os que atendem no setor público podem ter consultórios particulares, e os que somente atendem o setor privado, necessariamente, não precisam atender o SUS, isso irá depender dos acordos e convênios entre o estado e as instituições privadas. Ou seja, para compreender a relação de médicos e habitantes nossa análise utiliza os dados do ministério da saúde, que divide a categoria entre médicos do SUS e médicos privados. A dupla jornada não é considerada.

Usamos o mesmo esquema citado anteriormente e quantificamos a população das grandes regiões brasileiras em relação a população total nacional, para chegar na proporção que cada região representa sob o total em porcentagem. Utilizando a proporção de 1000 habitantes por médico, como recomenda a OMS, chegamos aos resultados que demonstram as desigualdades regionais em relação a cobertura de médicos, expondo um problema não resolvido, mesmo com todo crescimento.

Na tabela 31 apresentamos os dados sobre a população total por regiões brasileiras, a representação em porcentagem desses dados, e os números referentes à quantidade de médicos por região e quanto esse número representa em porcentagem do total de médicos nacionalmente. Em seguida, exibimos o resultado referente a quantidade de médicos por 1000 habitantes em cada região:

**Tabela 31 – Distribuição populacional por regiões, distribuição de médicos por região e médicos por 1000 Habitantes – Brasil 2018**

Regiões	Pop.	Pop. Em %	Médicos	Médicos %	médicos/1000hab.	Habitante/méd.
Norte	18.158.149	8,68%	18.430	5%	1,01	985
Nordeste	57.576.309	27,52%	72.154	18%	1,25	797
Sudeste	87.521.700	41,84%	210.456	53%	2,40	415
Sul	29.843.748	14,27%	64.189	16%	2,15	464
Centro-Oeste	16.086.896	7,69%	31.084	8%	1,74	574
Total:	209.186.802	100%	396.313	100%	1,93	517

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do; IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos.

A tabela 31 é um retrato da realidade da cobertura médica brasileira, com a proporção de 1,93 médicos por 1000 habitantes, e dela podemos tirar algumas conclusões. Primeiramente, levando em conta a população regional, é possível identificar que a concentração de médicos na região Sudeste (com 41,84 % da população brasileira) abriga 53% do total de médicos e a proporção de médicos por 1000 habitantes é de 2,40 (ou 415 habitantes para cada médico disponível e 0,72 % acima da média nacional).

Em segundo lugar, percebe-se que as regiões Norte e Nordeste tem os menores índices de cobertura médica. A região Norte concentra 8,68 % da população e 5% de médicos brasileiros (ficando abaixo da média nacional), com 1,01 med./1000h (ou 985 habitantes para cada médico disponível). Já a região Nordeste representa 27.52% da população brasileira e, segundo os dados do MS compilados na tabela acima, abriga 18% do total de médicos brasileiros para 2018, o que significa 1,25 médicos por 1000 habitantes (ou 797 habitantes por médico) (abaixo da média nacional:1,93).

A região Sul representou, para 2018, 14.27% da população brasileira, o percentual de médicos em relação ao total nacional foi de 16% e o número de médicos por 1000 habitantes ficou em 2,15 – acima da média nacional (ou 464 habitantes para cada médico). Já a região Centro-Oeste representou 7,69% da população em 2018 e o percentual de médicos foi de 8%, o que deu uma proporção de 1,93 médicos por habitante (517 habitantes por médico).

Como podemos observar, levando em conta as grandes regiões brasileiras, somente a região Norte apresentou uma relação de médicos por habitantes inferior à média nacional e todas as regiões apresentaram índices superiores ao recomendado pela OMS. Levando em conta a proporção entre médicos e habitantes para 1992 (1,40 méd. /1000hab., ou seja, 714 hab./méd.), em relação ao ano de 2018, a diferença entre a cobertura médica por habitante é de 38% superior a 1992. Ainda nesta relação, apenas as regiões Sudeste, Sul e Centro – Oeste apresentam níveis superiores aos de 1992. As regiões Norte e Nordeste, ainda apresentam taxas inferiores de cobertura médica em relação a 1992.

Para verificar a proporção mais próxima da realidade, utilizaremos o critério de separar a população entre usuários exclusivos do SUS e usuários que possuem planos de saúde com exclusividade em atendimento médico. Essa metodologia nos permitirá evidenciar a dinâmica da realidade do atendimento médico brasileiro.

Os últimos dados da ANS apontam que 24% da população brasileira tem planos de saúde privados, dessa forma, precisamos fazer uma análise utilizando essa premissa (no decorrer do texto trataremos do comportamento do mercado de saúde privada no Brasil nos últimos anos). Para analisar a relação entre a disponibilidade de médicos do setor da saúde pública e da saúde privada, usamos como metodologia a quantificação do número total de usuários de planos de saúde com cobertura médica disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Também utilizamos os dados do Ministério da saúde, que quantificam o número total de médicos e atribuem a divisão entre médicos que atendem pelo SUS e os médicos exclusivos para atendimento privado. Aplicamos essa metodologia para verificar a cobertura de médicos

por 1000 habitantes no Brasil, regionalmente com o Estado do Paraná e, localmente, na 8ª Regional de Saúde do Paraná.

Na tabela a seguir apresentamos o resultado para o Brasil utilizando a metodologia descrita anteriormente, com números relativos a dezembro de 2018. Os dados referentes ao número de médicos são do Ministério da Saúde (disponibilizados no DATASUS), os sobre a população são do IBGE, e os sobre os usuários de planos de saúde são da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**Tabela 32 – Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. Brasil 2018**

<b>Brasil</b>	<b>População</b>	<b>Nº Médicos</b>	<b>Médicos/1000hab.</b>	<b>Habitante/méd.</b>
Público/SUS	162.036.940	290.155	1,79	558
Privado	47.149.862	106.158	2,25	444
Total	209.186.802	396.313	1,89	527

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos/ANS.

Como exposto na tabela 32, usando a metodologia de separação entre a população usuária de planos privados de saúde da população que dependente dos médicos do SUS, chegamos à conclusão de que a proporção entre médicos e população no setor privado é superior a do SUS, ou seja, 2,25 médicos/1000hab., ou 444 hab., por médico, já no SUS, essa relação se apresenta em 1,79 médicos/1000hab., ou 558 hab./méd., uma diferença de 16 % superior para o setor privado.

Na tabela a seguir verificamos esta relação no estado do Paraná para o ano de 2018;

**Tabela 33 – Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. Paraná 2018**

<b>Paraná</b>	<b>População</b>	<b>Nº Médicos</b>	<b>Médicos/1000hab.</b>	<b>Habitante/méd.</b>
Público	8.500.176	16.335	1,92	520
Privado	2.848.761	6.314	2,21	451
Total	11.348.937	22.649	1,99	501

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do: IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos.

Na tabela 31, a região Sul (da qual o Paraná é um dos Estados) aparece com a proporção de 2,15 médicos por 1000 habitantes, entretanto, uma análise mais detalhada demonstra que essa média não representa a realidade quando o critério usado são os dados locais. Como será apresentado na tabela 33, com os dados sobre a população e o número de médicos atendentes no setor público e privado referentes ao Estado do Paraná, a proporção entre médicos e habitantes se reduz.

A média geral para a região Sul de 2,15 méd. /1000hab. cai para 1,92 méd./1000hab., ou seja, passa de 464 (considerando a região Sul como um todo) para 501 habitantes por médico no Paraná. Usando o método de separação entre médicos do setor público e setor privado, e a separação entre a população exclusiva do SUS da população com planos de saúde com cobertura médica temos mais uma mudança: no setor público, a média de méd. /1000hab. se reduz a 1,92, menor que a média nacional. Já para o setor privado, essa proporção aumenta para 2,21 méd. /1000hab., superior à média de 2,15 nacional de médicos para o setor privado.

O que causa essa diferença é a concentração de médicos e estabelecimentos de saúde nos grandes centros urbanos. No Paraná, podemos demonstrar a concentração na 2ª Regional de Saúde Metropolitana, que concentra 31% (3.502.790 hab.) da população total paranaense (11,2milhões) e 46% (10.494) do total de médicos (22.649), chegando na proporção média de 2,99 médicos/1000hab (ou 333 hab. por médico). Na tabela a seguir podemos observar os números referentes a 2ªRS Metropolitana:

**Tabela 34 – Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. 2ª RS Metropolitana/PR – 2018**

2ª RS Metropolitana/PR	População	Nº Médicos	Méd. /1000hab.	Habitante/méd.
Público	2.117.933	6.713	3,16	315
Privado	1.384.857	3.781	2,73	366
Total	3.502.790	10.494	2,99	333

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos.

Novamente, utilizando a metodologia para verificar a relação médico público e privado com relação à população, podemos observar na tabela anterior que, devido à alta concentração dos profissionais médicos, tem-se um aumento elevado na proporção e um fato importante pode ser observado, o maior número de médicos por 1000 habitantes está no setor público, no qual a média foi de 3,16 méd./1000hab. ou 315 hab. por médico; já no privado essa relação foi de 2,73 méd./1000hab. ou 366 hab. por médico<sup>56</sup>.

Vimos que a concentração médica está nos centros urbanos, sendo que, em nível nacional, a região Sudeste tem a maior número de médicos. No Paraná, podemos ver que a 2ª RS Metropolitana tem o maior número de médicos por habitantes. A realidade sobre a cobertura de médicos muda quando analisamos o interior do Estado do Paraná. Vejamos essa análise sobre a 8ª Regional de Saúde/PR, com seus 27 municípios:

<sup>56</sup> A média da União Europeia para 2017 foi de 272 hab. por médico. Considerando somente a 2ª Regional de Saúde Metropolitana/PR, a média de hab. por médicos supera a de países como Luxemburgo (334), Romênia (341), Reino Unido (358) e Polônia (420). Fonte: Número de Médicos por Habitante, disponível em: < <https://www.pordata.pt/Europa/N%c3%bmero+de+habitantes+por+m%c3%a9dico-1705>>. Acesso em 01/2020.

**Tabela 35 – Proporção entre a cobertura de médicos por 1000hab. 8ª RS/PR – 2018**

<b>Município</b>	<b>Nº Méd. SUS</b>	<b>Nº Méd. Privados</b>	<b>Total</b>	<b>Pop.</b>	<b>Hab. Por/méd.</b>	<b>Méd. por 1000 hab.</b>
Ampére	10	2	12	18.989	1.582	0,63
Barracão	4	3	7	10.238	1.463	0,68
Bela Vista da Caroba	2		2	3.567	1.784	0,56
Boa Esperança do Iguaçu	1		1	2.538	2.538	0,39
Bom Jesus do Sul	3		3	3.577	1.192	0,83
Capanema	11	1	12	19.099	1.592	0,62
Cruzeiro do Iguaçu	1		1	4.264	4.264	0,23
Dois Vizinhos	23	14	37	40.234	1.087	0,91
Enéas Marques	1	2	3	5.990	1.997	0,50
Flor da Serra do Sul	3		3	4.645	1.548	0,64
Francisco Beltrão	157	69	226	89.942	397	2,51
Manfrinópolis	1		1	2.639	2.639	0,37
Marmeleiro	7		7	14.346	2.049	0,48
Nova Esperança do Sudoeste	2		2	5.063	2.532	0,39
Nova Prata do Iguaçu	5	2	7	10.552	1.507	0,66
Pérola d'Oeste	5		5	6.407	1.281	0,78
Pinhal de São Bento*	-	-	-	2.725	-	-
Planalto	9		9	13.528	1.503	0,66
Pranchita	6		6	5.221	870	1,14
Realeza	11	6	17	16.894	993	1,06
Renascença	3		3	6.818	2.273	0,44
Salgado Filho	2		2	3.679	1.840	0,54
Salto do Lontra	5		5	14.695	2.930	0,34
Santa Izabel do Oeste	4	1	5	14.521	2.904	0,34
Santo Antônio do Sudoeste	9	4	13	20.069	1.544	0,64
São Jorge d'Oeste	5		5	9.074	1.815	0,55
Verê	4		4	7.342	1.836	0,54
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>104</b>	<b>394</b>	<b>356.656</b>	<b>905</b>	<b>1,10</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos. \* não apresenta dados consistentes capazes de serem analisados.

Podemos observar na tabela 35 que a realidade da cobertura médica nos municípios da 8ªRS/PR é crítica. Com exceção de Francisco Beltrão, que apresenta uma taxa de 2,51 méd. por 1000 hab., ou 397 hab. por médico, nos outros 24 municípios a média foi de 0,55 méd./1000 hab. ou 1.686 hab./1 méd., ou seja, inferior à indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1000 hab. por médico), da média nacional (1,93), da média regional (considerando a região Sul com 2,15) e do Paraná (1,99).

Os municípios de Pranchita e Realeza completam com Francisco Beltrão a lista dos que atingem a indicação da OMS. O município de Cruzeiro do Iguaçu apresenta a menor taxa de cobertura médica com 0,23 méd. por 1000 hab. ou 4.264 hab. por um médico, nível que pode

ser comparado com países como Haiti e Costa do Marfim<sup>57</sup>. Nos demais municípios (24), como pode ser observado na tabela, a variação é de 0,23 a 0,91.

Após sistematizar os dados dos 27 municípios individualmente, entendemos ser necessária a utilização do método que usamos na verificação da relação médicos/habitantes e usuários exclusivos do SUS e de planos de saúde privados quando analisamos a questão em escala nacional e regional; vejamos os resultados no contexto da 8ªRS/PR:

**Tabela 36 – Proporção entre a cobertura de médicos no setor público e privado por 1000hab. 8ª RS/PR – 2018**

<b>8ªRS</b>	<b>População</b>	<b>Nº Médicos</b>	<b>Médicos/1000hab.</b>	<b>Habitante/méd.</b>
Público	311.675	290	0,93	1.075
Privado	44.981	104	2,31	432
Total Pop. 8ªRS	356.656	394	1,10	905

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE/População; MS/DATASUS- Recursos Humanos.

Como é possível observar na tabela 36, os dados sofrem alterações significativas e, comparando com a tabela 35, quando apresentamos os dados por município, fica evidente que o método utilizado pelo pesquisador pode demonstrar uma realidade diferente da proposta por órgãos institucionais. Individualmente, os dados nos mostraram a baixa cobertura médica na regional, onde, com algumas exceções, a grande maioria dos municípios não atingem o número mínimo de médicos estipulados pela OMS.

Quando utilizamos os dados sem classificação dos municípios temos uma proporção de 1,10 méd./1000hab. ou 905hab. por médico, o que não confere com a realidade local, como expresso na tabela 32. O município de Francisco Beltrão se destaca como centro urbano regional, e no início do texto apontamos que por possuir uma infraestrutura urbana e de serviços, principalmente na área de saúde, torna a cidade atrativa para investimentos de novos negócios e para a abertura de Universidades, hospitais e clínicas, centralizando o atendimento de saúde local, concentrando 74% de todos os médicos disponíveis na 8ªRS/PR.

Isso tem impactos positivos e negativos. Positivos porque vai se criando uma rede de atenção à saúde na própria regional de saúde, próxima aos municípios, o que elimina a questão dos altos gastos com transporte e hospedagem, diminuindo o sofrimento humano em ter que enfrentar muitas horas no transido tendo a saúde debilitada.

<sup>57</sup> Na lista com o ranking mundial de países e a cobertura médica o Haiti e Costa do Marfim estão nas posições 154 e 155, subsequente. A lista é composta por 197 países. Fonte: <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2226&l=pt>.

Entre os efeitos negativos podemos citar os impactos econômicos nos menores municípios, pois, a concentração de serviços de saúde e educação em Francisco Beltrão torna-se um problema para as menores cidades, pois a população se desloca em busca de serviços de saúde e acaba consumindo outros serviços como os de laboratórios de análises clínicas, de produtos ortopédicos, farmácias, alimentos, vestuário, combustíveis, entre outros.

Isso causa nas cidades de origem dos pacientes a diminuição desse tipo de comércio, afetando diretamente nas receitas dos municípios menores. Em novembro de 2019 foi apresentado no Congresso o Projeto de Lei Complementar (PLP195/2019), com o objetivo de fusão e a incorporação de municípios com população inferior a 5.000 habitantes. A justificativa para o projeto está justamente ligada às questões econômicas dos municípios e segundo o autor do projeto, o Senador Oriovisto Guimarães,

O Brasil tem 5.570 municípios e grande parte deles vive exclusivamente de verbas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Porém, boa parte dos recursos destinados aos pequenos municípios são gastos com as folhas de pagamento da máquina pública municipal. “Às vezes existem dois municípios muito próximos e é perfeitamente viável transformá-los em apenas um. Isso gera uma economia enorme com os salários de vereadores, prefeitos, secretários, enfim, com inúmeros cargos que se multiplicam e que poderiam existir em apenas uma única estrutura” (PORTALJNN, 2019).

Se for aprovado o PLP195/2019 dos 27 municípios da 8ªRS/PR, oito (8) municípios serão fundidos ou extintos. Essa é uma questão que pede uma análise profunda, porém, mesmo tendo sua importância para nosso trabalho, não vamos entrar nessa abordagem, justificando que por ser um tema ainda em aberto não temos dados empíricos suficientes para a análise e qualquer avanço além do mencionado seria especulação.

Esses dados reforçam a importância da atuação do consórcio formado pelos 27 municípios junto à Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS), pois, segundo Nodari e Nardi (informação verbal)<sup>58</sup>, ofertando os serviços de média complexidade os municípios podem investir mais na atenção básica que, segundo informações da 8ª regional, a resolubilidade chega a 80% dos casos, além dos trabalhos preventivos que têm efeitos de evitar possíveis doenças crônicas (informação verbal)<sup>59</sup>.

Essas constatações explicam, entre outros fatores, a importância da política de atenção à saúde e da formação das “redes de atenção à saúde”, que de fato são uma das soluções

---

<sup>58</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 74.

<sup>59</sup> Entrevista concedida por CUNHA, Maria Izabel. Entrevista II [dez.2019]. Entrevistador: Moacir Roberto Heimann. Francisco Beltrão/PR, 1 arquivo .mp3 (46 min.), p. 64.

encontradas para suprir as demandas pelos atendimentos em especialidades médicas não presentes na região.

Em 2013, no governo de Dilma, foi criada a política do Programa Mais Médicos (PMM)<sup>60</sup>, com o objetivo de suprir a falta desses profissionais nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades (MS,2013). O acordo foi realizado entre o Brasil e Cuba<sup>61</sup> para possibilitar a vinda de médicos para atuar na atenção básica de saúde, alocados nas Unidades Básicas de Saúde. Essa política permitiu a ampliação dos atendimentos na atenção básica e, de acordo com Ministério da Saúde (2016), o programa apresentou resultados positivos. Entre 2013 e 2015 foram atendidos 4 mil municípios brasileiros, sendo que destes, 700 municípios localizados em áreas remotas passaram a ter, pela primeira vez, médico residindo na localidade para atendimento na atenção básica.

No primeiro ano do Mais Médicos a cobertura de atenção básica de saúde aumentou de 10,8% para 24,6%. Em relação à toda a Estratégia de Saúde da Família (incluindo Mais Médicos), a cobertura populacional cresceu de 62,7% para 70,4% no mesmo período (OPAS,2018).

Mesmo apresentando resultados positivos, o Programa Mais Médicos com profissionais cubanos foi interrompido em 2019. O presidente Jair Messias Bolsonaro se opunha desde o início desse programa e, ainda em 2013 quando deputado, protocolou uma ação no STF (Supremo Tribunal Federal) para suspender o programa (FORUM,2019). Durante a campanha e após eleito, o presidente criou várias narrativas para justificar o fim da parceria com Cuba e, após acusações sem fundamentos, utilizou o Revalida como meio político de justificar o fim do acordo. Ainda voltaremos a tratar sobre esse tema quando falarmos da atual situação da saúde pública brasileira.

A seguir trataremos dos reflexos que as políticas econômicas tiveram sobre o setor privado de saúde e, para tal, utilizaremos os dados sobre emprego, renda e crescimento do setor de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### 3.3. SAÚDE PRIVADA NO BRASIL – 2000 A 2015-8

O modelo de saúde brasileiro tem no SUS o principal meio de acesso à saúde para 75% dos brasileiros (ANS, 2018), porém, não é o "único" sistema de saúde disponível para a

---

<sup>60</sup> Para saber mais sobre o Programa Mais Médicos recomendamos a leitura da Folha Informativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), disponível nas referências do trabalho.

<sup>61</sup> De acordo com A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS,2018), em 2014 Cuba apresentava o maior número de médicos por mil habitantes do mundo: 7,519 méd./1000hab., índice quatro vezes superior ao do Brasil: 1,72 (dado de 2015). Os médicos cubanos possuem experiência de trabalho fora de Cuba e atuam em diversos setores de saúde, como atenção primária, cirurgias e atendimento de vítimas de desastres naturais.

população como promulgado na CF 1988. Já apresentamos que o SUS atua de maneira paralela à oferta privada de saúde na questão de hospitais, leitos, clínicas e medicamentos. Além disso, o SUS divide espaço com a chamada "Saúde Complementar" segundo os dados da ANS, registrou expressivo crescimento entre 2003 e 2014.

A combinação dos fatores político-econômicos refletiu no setor de saúde privado, ampliando o mercado de planos de saúde por todo o território brasileiro. É uma constatação de que o Estado influencia diretamente sobre os setores privados quando atua na planificação da economia, ao contrário da corrente ortodoxa liberal que argumenta que o Estado deve se manter afastado da economia, deixando o mercado autorregular-se. Os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) confirmam a constatação dos efeitos positivos para o setor de saúde privado para o período entre 2003 e 2014:

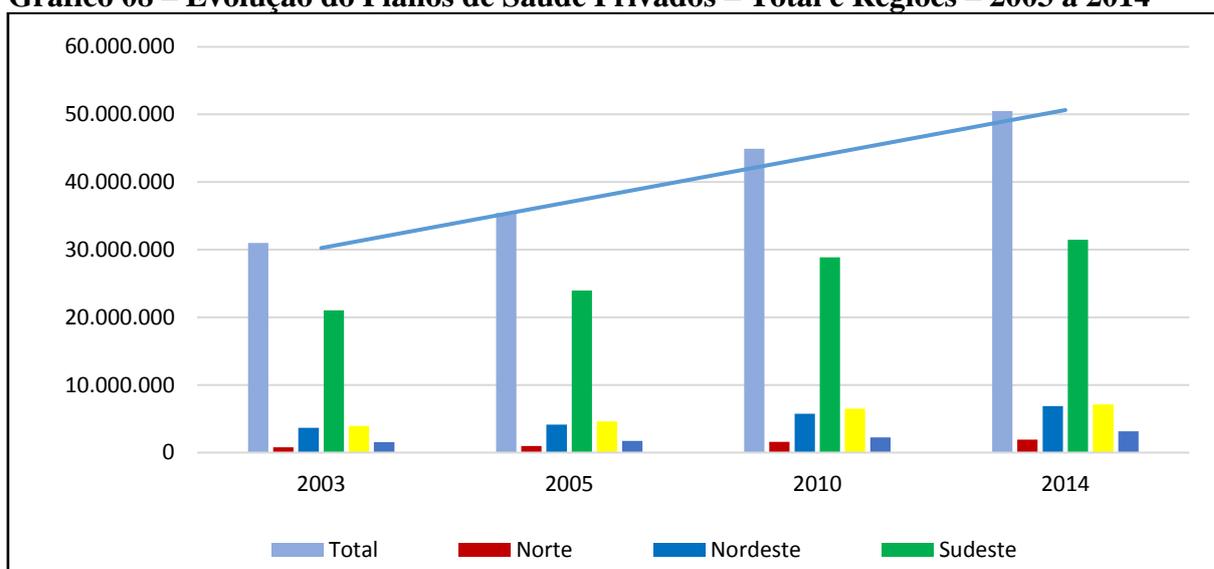
**Tabela 37 - Usuários de planos privados de saúde <sup>62</sup> por regiões - 2003 a 2014**

<b>Regiões</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>% crescimento</b>
Norte	808.492	963.086	1.569.418	1.910.183	136%
Nordeste	3.660.725	4.118.332	5.722.769	6.869.227	88%
Sudeste	21.020.328	23.978.610	28.882.859	31.457.269	50%
Sul	3.928.529	4.624.742	6.519.010	7.101.296	81%
Centro-Oeste	1.556.245	1.736.580	2.227.886	3.142.629	102%
Total Brasil	30.974.319	35.421.350	44.921.942	50.480.604	63%
Brasil	181.809.246	186.127.103	195.713.635	202.763.735	12%
% usuários de planos de saúde	17%	19%	23%	25%	21%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE, ANS, 2019.

De acordo com o nosso estudo sobre os dados do IBGE e da ANS, verificamos que a população brasileira cresceu 12% entre 2003 e 2014 e, por outro lado, os usuários de planos de saúde tiveram um crescimento de 63% em relação ao mesmo período, apresentando em 2014 o maior índice já registrado, com 25% da população brasileira com planos de saúde privados.

<sup>62</sup> Consideramos Usuários de planos privados de saúde todos os tipos de contratos: beneficiários em planos com Cobertura Hospitalar; beneficiários por tipo de contratação do plano Individual ou Familiar; coletivo empresarial; coletivo por adesão. Contabilizamos os planos que cobrem planos odontológicos.

**Gráfico 08 – Evolução do Planos de Saúde Privados – Total e Regiões – 2003 a 2014**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE, ANS, 2019.

No gráfico acima é possível observar a tendência de crescimento para o setor de saúde privada entre 2003 e 2014. Todas as regiões registraram crescimento para o período, e cruzando as informações do gráfico 08 com a tabela 37 se destaca a região Norte, que teve um crescimento de 135%. A região do Sudeste registrou 50% de crescimento, já as regiões Centro-Oeste com 102% e Sul com 81% também registraram aumento por planos de saúde privado. A seguir, elaboramos uma tabela com o nível de participação por região no total dos usuários de planos de saúde:

**Tabela 38 – Participação regional no total de planos de saúde – Brasil 2003 a 2014**

Região	2003	2010	2014
Norte	3%	3%	4%
Nordeste	12%	13%	14%
Sudeste	68%	64%	62%
Sul	13%	15%	14%
Centro-Oeste	5%	5%	6%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE, ANS, 2019.

Cruzando os dados das tabelas 37 e 38 podemos observar que a região Sudoeste tem a maior concentração de usuários de planos de saúde privado e, mesmo registrando aumento no número de novos usuários (50% considerando toda série), sua participação no total diminuiu entre 2003 e 2014, passando de 68% para 62% de participação no total.

As regiões Norte e Nordeste tiveram aumentos tanto no número de usuários como no de participação total. A região Norte apresentou crescimento de 135% no quesito usuários de

planos de saúde e sua participação no total foi de 3% em 2003 e 2010 para 4% em 2014; já a região Nordeste passou de 12% em 2003 para 13% em 2010 e 14% em 2014 no quesito participação no total.

A Região Sul, que vinha registrando crescimento até 2010 (13% em 2003 para 15% em 2010), diminuiu sua participação no total chegando a 14%, e a região Centro-Oeste registrou crescimento nos dois quesitos: 102% para os usuários de planos de saúde privado, e passou de 5% para 6% na participação total por região.

Na 8ª Regional de Saúde do Paraná a análise sobre o setor de saúde privada demonstrou a baixa adesão da população aos planos privados de saúde. Vejamos na tabela a seguir os dados do setor de saúde privada nos 27 municípios que compõem a 8ªRS/PR:

**Tabela 39 – Número de usuários de planos privados saúde na 8ª RS/PR – 2003 a 2014**

<b>Município</b>	<b>2003</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>Taxa de crescimento</b>	<b>% de pop. UPS*</b>
Total	14.025	32.607	38.436	174%	11%
Ampére	290	453	596	106%	3%
Barracão	306	567	638	108%	6%
Bela Vista da Caroba	11	25	35	218%	1%
Boa Esperança do Iguaçu	6	39	60	900%	2%
Bom Jesus do Sul	5	18	47	840%	1%
Capanema	668	951	1.167	75%	6%
Cruzeiro do Iguaçu	97	222	251	159%	6%
Dois Vizinhos	3.238	7.392	8.706	169%	22%
Enéas Marques	70	270	409	484%	7%
Flor da Serra do Sul	31	62	129	316%	3%
Francisco Beltrão	6.661	13.800	17.340	160%	20%
Manfrinópolis	2	119	186	9200%	6%
Marmeleiro	276	641	923	234%	6%
Nova Esperança do Sudoeste	17	196	308	1712%	6%
Nova Prata do Iguaçu	76	274	343	351%	3%
Pérola d'Oeste	66	139	212	221%	3%
Pinhal de São Bento	2	4	7	250%	0,3%
Planalto	120	253	304	153%	2%
Pranchita	87	116	134	54%	2%
Realeza	656	1.139	1.465	123%	9%
Renascença	146	251	335	129%	5%
Salgado Filho	44	71	142	223%	3%
Salto do Lontra	208	525	754	263%	5%
Santa Isabel do Oeste	552	4.185	2.718	392%	19%
Santo Antônio do Sudoeste	224	386	518	131%	3%
São Jorge d'Oeste	115	315	447	289%	5%
Verê	51	194	262	289%	3%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do IBGE, ANS, 2019. \*UPS: Usuários Planos de Saúde

Podemos observar que até na 8ª RS/PR não existe uma homogeneidade em relação à saúde privada. Na média geral, a regional registra 11% da população com planos de saúde, porém, mesmo registrando crescimento na adesão destes, esse dado é inferior à média nacional de 2003 (17%). Dois municípios da 8ªRS/PR se destacam com os maiores índices de população com planos de saúde: Dois Vizinhos com 22% e Francisco Beltrão com 20%. Há municípios com índices de população com planos de saúde inferiores a 1% da população e a grande maioria varia entre 1% e 6%.

Esse conjunto de informações sobre a adesão de planos de saúde privado na 8ªRS/PR reforça a necessidade da organização em consórcios entre os municípios, pois 89% da população depende exclusivamente do SUS para atendimento em saúde. Além disso, demonstra, principalmente, as desigualdades regionais brasileiras, tanto na cobertura do SUS como na cobertura de saúde privada. Esses elementos confirmam que, como outros setores da economia, a saúde é sensível às mudanças econômicas e seus reflexos afetam diretamente a população, principalmente a população exclusiva do SUS.

Nosso estudo sobre a saúde brasileira demonstrou os avanços e as contradições que um sistema de saúde público da grandeza do SUS enfrenta e, ainda, confirmou que os efeitos do crescimento econômico entre 2003 a 2014 refletiram positivamente no setor de saúde privada.

#### 3.4. A CRISE ECONÔMICA E OS REFLEXOS NO SUS – 2015 A 2019

Para entender as atuais políticas brasileiras, como, por exemplo, a "Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016" (PEC do Teto dos Gastos Públicos) que limita os gastos da União em saúde e educação por 20 anos, precisamos buscar entender os elementos históricos que contribuíram para que tais medidas fossem propostas.

Quando tratamos do crescimento econômico brasileiro entre 2003-11, buscamos demonstrar quais foram as principais medidas políticas econômicas (que chamamos de pilares), e como elas possibilitaram tal crescimento, assim como demonstramos como esse crescimento refletiu na ampliação do SUS. Da mesma maneira, buscaremos apresentar os principais elementos que contribuíram para o enfraquecimento de economia nacional e para a crise de 2015.

Após a crise imobiliária dos Estados Unidos (2008-9) afetar as economias dos países mundo afora, com o Brasil não foi diferente. Segundo Carvalho (2018), um conjunto de fatores e medidas políticas foram responsáveis por reduzir o crescimento econômico que vinha se desenvolvendo no Brasil desde 2003. Dentre os fatores, a autora destaca um externo: a crise de

2008, que afetou os preços internacionais das *commodities*, reduzindo os valores sobre estas. Internamente, as políticas econômicas adotadas pela Presidente Dilma Rousseff não foram suficientes para que a economia voltasse a crescer.

Ainda internamente, o consumo (que foi um dos pilares do crescimento econômico) confirmou a tendência que já tínhamos apontado quando tratamos da fraca produção industrial no início dos anos 2000. Gadelha (2003) e Medeiros (2009) demonstraram a dependência da importação de produtos industrializados, o que no período de crescimento econômico não foi superado (como o que ocorreu no período desenvolvimentista com a política de substituição das importações). Vejamos Carvalho (2018):

A fragilidade da indústria tornou-se mais clara após a crise de 2008-9, quando começou a haver um descolamento cada vez maior entre comércio varejista, que volta a crescer ao ritmo do pré-crise, e produção industrial, que, por sua vez, cresceu muito mais lentamente. Se o comércio cresce e a indústria não, é porque os produtos comprados estão sendo produzidos em outro lugar. De fato, o total de importações do país cresceu 103,4% no acumulado entre o fim de 2005 e o fim de 2010, em termos reais (CARVALHO, 2018, p. 43).

Diante desse quadro, destaca Carvalho (2018, p. 43) que [...] aquela dinâmica de crescimento do consumo estava, em boa parte, vazando para fora do país [...]. Diante desses fatos, concordamos com Gadelha (2003) e Medeiros (2009) de que o processo de enfraquecimento da indústria nacional está diretamente ligado ao desequilíbrio entre produção e consumo do mercado nacional.

As medidas adotadas<sup>63</sup> para superar a crise que vinha criando maior envergadura, não foram eficazes, pelo contrário, aprofundaram a crise e levaram o país a entrar em uma crise política que culminou com o impedimento da presidenta Dilma Rousseff.

Durante o governo Dilma foi implementada como agenda central a política de desonerações tributárias, com o objetivo de impulsionar a indústria e aumentar o consumo. Segundo Carvalho (2018), o Plano Brasil Maior (2011) foi responsável pela redução do IPI sobre máquinas e equipamentos, no setor de produção de materiais para construção, no setor automobilístico e ainda criou um sistema de créditos tributários para o setor exportador e a desoneração da folha de pagamentos.

A política de desonerações ainda foi estendida sobre o consumo das famílias, com a redução das alíquotas do PIS/Pasep, Cofins e do IPI sobre produtos alimentícios e de higiene. Carvalho (2018, p. 69) demonstra que a desoneração da folha de pagamentos na forma de redução da Contribuição Previdenciária Patronal passou de 20% sobre a folha de salários para

---

<sup>63</sup> Sugerimos ver Carvalho (2018) e Singer (2015) para melhor análise sobre as medidas adotadas durante o governo de Dilma Rousseff.

1% e 2% sobre o faturamento da pessoa jurídica. Essa política, que num primeiro momento foi setorial, passou para 54 setores da economia.

De acordo com os dados de Carvalho (2018), de 2011 a 2018 a soma das desonerações somou mais de 458 bilhões, diferentemente do que ocorreu com a política tributária do início do governo Lula, que permitia ao Estado arrecadar mais impostos e transferi-los na forma de programas e investimentos. O que aconteceu a partir de 2011 foi uma forte redução na arrecadação de tributos pelo governo federal. O custo anual das renúncias tributárias passou de 140 bilhões em 2010 para 250 bilhões em 2014 (CARVALHO, 2018, p. 71).

Já demonstramos e é sabido que programas da envergadura do SUS só são possíveis através do crescimento econômico e, principalmente, com políticas tributárias que permitam aumentar a arrecadação federal. As consequências da crise vivenciada no Brasil a partir de 2014-5 tiveram impactos para a saúde como um todo. Para dar garantia jurídica à redução nos investimentos na área de saúde pública foi preciso a PEC 55. No setor de saúde privado os impactos também foram sentidos com o aumento do desemprego, em termos de Brasil o setor privado encolheu 7% entre 2014 a 2018.

A soma de fatores expostos no texto afetou o mercado de trabalho a partir de 2015 e, de acordo com os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)<sup>64</sup>, em 2015 foram fechados 1.552.953 postos de trabalho com carteira assinada. Entre os setores da economia mais afetados, se destacam o setor de indústria de transformação, no qual foram 611.599 postos de trabalho formal fechados, e o setor da construção civil, com a demissão de 418.789 trabalhadores formais.

Esses dados demonstram o fracasso da política de desonerações tributáveis, lembrando o exposto anteriormente, esses dois setores da economia foram, desde o início do Plano Brasil Maior, os maiores beneficiários das deduções das alíquotas federais. Com exceção do setor da agropecuária, os demais setores da economia fecharam postos de trabalho em 2015. Já em 2016, o total de demissões foram de 1.321.994, com maior impacto para o setor de serviços, com 390.109 demissões e, em segundo lugar, o setor de construção civil, que demitiu 358.679 trabalhadores. Mesmo o total de demissões em 2016 ser menor que 2015, de acordo com o CAGED, todos os setores da economia apresentaram demissões nesse ano.

---

<sup>64</sup> Na página digital do CAGED é possível verificar a variação do índice de empregos mês a mês, anual e por cidades, estados e geral.

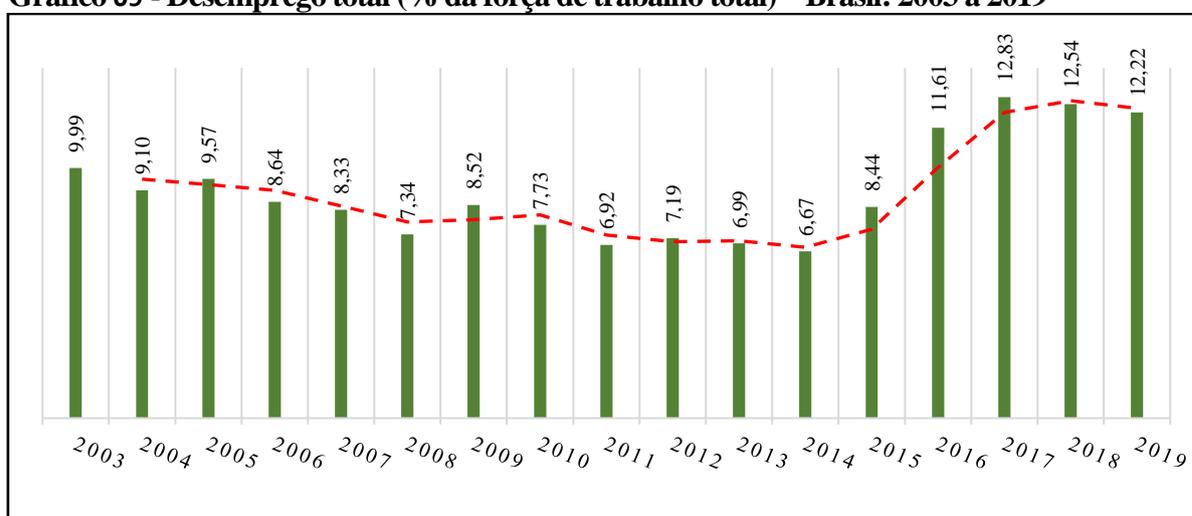
**Tabela 40 – Demissões por setores da economia – Brasil – 2015 e 2016**

<b>Setores da Economia</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Extrativa Mineral	-14.166	-11.888
Indústria de Transformação	-611.599	-322.526
Serv. Indust. de util. Pública	-8.310	-12.687
Construção Civil	-418.789	-358.679
Comércio	-218.765	-204.373
Serviços	-278.490	-390.109
Administração Pública	-11.044	-8.643
Agropecuária	8.210	-13.089
<b>Total</b>	<b>-1.552.953</b>	<b>-1.321.994</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do CAGED.

Como apresentado anteriormente, pode-se observar que, em termos totais, 2016 teve um menor saldo no fechamento de vagas de trabalho em relação a 2015, mas os efeitos da crise atingiram todos os setores da economia em 2016. A região Sudeste representou 68% (788.558) do total de postos de trabalho fechados em 2016.

A seguir, apresentamos um gráfico com a série histórica referente aos índices do mercado de trabalho no Brasil. O ano inicial de referência é 2003 e termina em dezembro de 2019:

**Gráfico 09 - Desemprego total (% da força de trabalho total) – Brasil: 2003 a 2019**

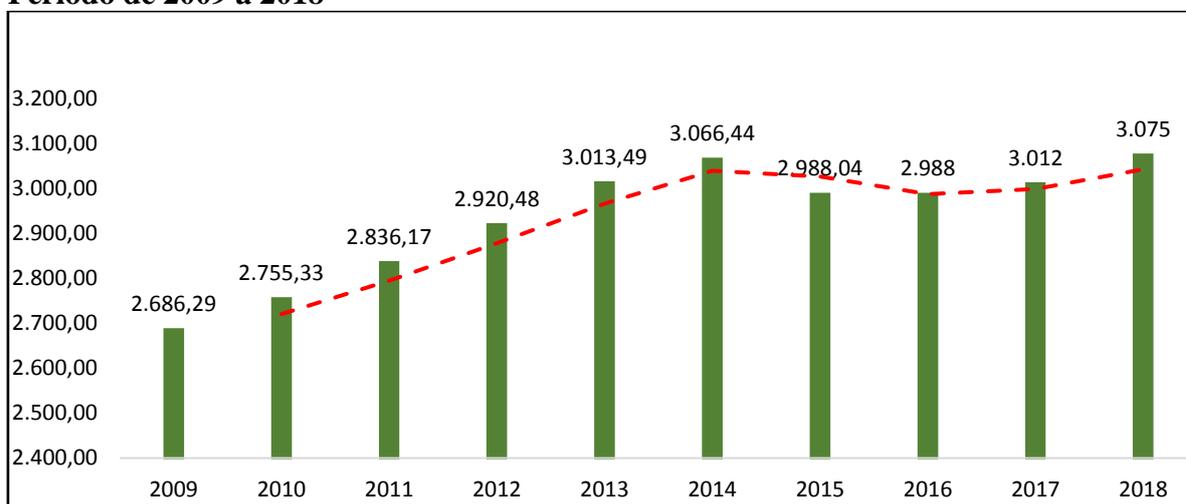
Fonte: Elaborado pelo autor com os dados do CAGED.

O gráfico 09 é o reflexo do mercado de trabalho brasileiro, que seguiu aquecido até 2014, ano em que registrou a menor taxa de desemprego durante o período analisado (6,67), e mostra também os efeitos da crise para o mercado de trabalho, que sente os impactos a partir de 2015, seguindo a tendência de aumento até 2018 (último ano da série).

A média salarial brasileira, que vinha acompanhando o crescimento econômico e o aumento de empregos, também passa a ser afetada, contribuindo para diminuir o consumo das

famílias. No gráfico a seguir (comparando com o gráfico 10) é possível observar que, ao mesmo tempo em que aumenta o desemprego, também ocorre o achatamento de salário:

**Gráfico 10 – Evolução da remuneração média real\* de dezembro, a preços de dez/18 – Período de 2009 a 2018**



Fonte: Relação Anual das Informações Sociais – RAIS, 2018. \*deflator INPC.

A síntese dos dados apresentados representa a evolução positiva da economia brasileira entre o período de 2003 e 2014, com reflexos para o mercado de trabalho, ganhos salariais e as reações no consumo, exclusivamente sobre os planos de saúde privado. Os dados também mostram os efeitos da crise a partir de 2015, afetando toda dinâmica econômica que vinha se desenvolvendo.

Os números sobre os usuários de planos privados de saúde revelam os impactos da crise sobre o setor. Considerando o período entre 2014 e 2018 como um todo, a redução no Brasil foi de 7%. Com exceção da região Centro-Oeste, que registrou crescimento de 1%, as demais regiões registraram queda na adesão dos planos de saúde privados, com destaque para as regiões Norte, com redução de 10%, e para a região Sudeste, com 9%. Vejamos os efeitos sobre o mercado de planos privados de saúde:

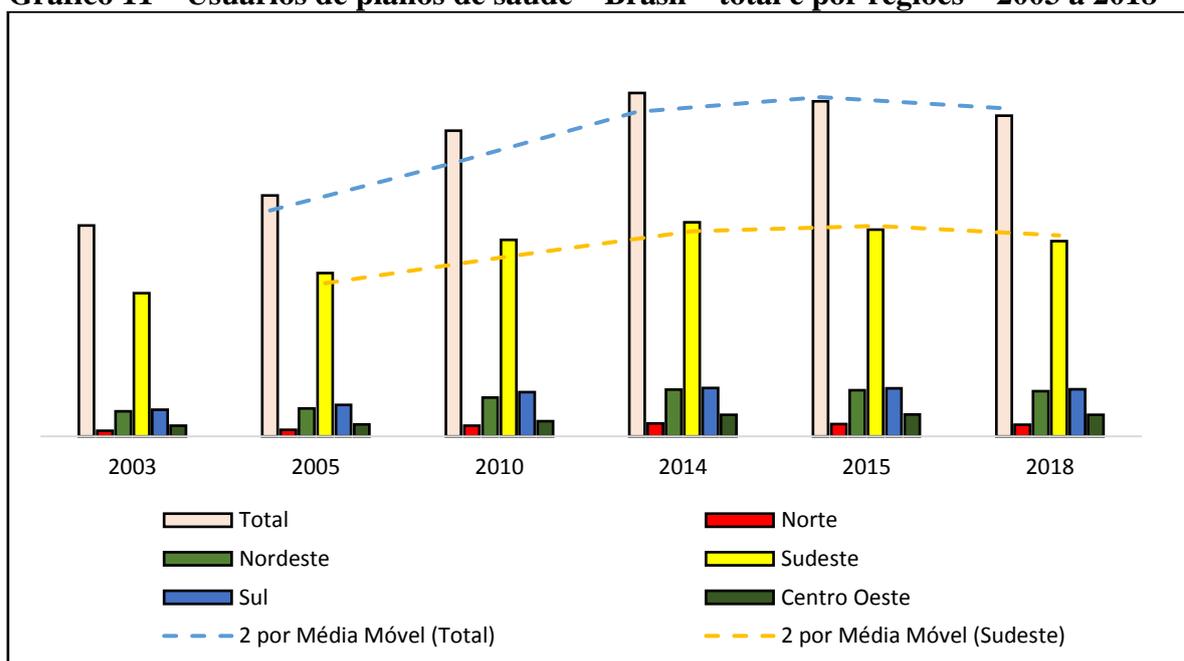
**Tabela 41 – Usuários planos de saúde – Brasil e região – 2014 a 2018**

REGIÕES	2014	2015	2018	Redução
Brasil	50.480.604	49.231.625	47.149.862	-7%
Norte	1.910.183	1.820.637	1.721.319	-10%
Nordeste	6.869.227	6.771.456	6.647.433	-3%
Sudeste	31.457.269	30.390.587	28.678.097	-9%
Sul	7.101.296	7.054.029	6.929.727	-2%
Centro-Oeste	3.142.629	3.194.916	3.173.286	1%

Fonte: Elaborado pelo autor com os dados da ANS.

No Brasil como um todo, isso significou que 3.330.742 de pessoas deixaram de possuir planos de saúde privado e, mesmo que a região Norte apresentou o maior índice em proporção, as maiores baixas em termos de usuários foram na região Sudeste, com 2.779.172 milhões de pessoas que deixaram de ter planos de saúde privado.

Elaboramos um gráfico para ajudar a demonstrar o comportamento do setor privado de saúde para o período entre 2003 e 2018:

**Gráfico 11 – Usuários de planos de saúde – Brasil – total e por regiões – 2003 a 2018**

Fonte: Elaborado pelo autor com os dados da ANS.

O gráfico anterior, nos ajuda a demonstrar o crescimento do setor privado de saúde até 2014. Com efeitos da crise de 2015 a queda já se apresenta bem definida, acentuando-se até 2018. O resultado dessa diminuição é o aumento na demanda por serviços de saúde pública, o que acaba afetando a oferta de serviços e os trabalhos das equipes. Em cor amarela destacamos a região Sudeste, por ter a maior concentração populacional e ser a que mais sentiu os impactos da crise (considerando os índices apresentados).

Em dezembro de 2019, foi notícia na mídia a situação da saúde no Rio de Janeiro. Em declaração ao *Portal G1*<sup>65</sup>, o secretário municipal de Fazenda, César Barbiero, fez o seguinte comunicado; “O Rio de Janeiro é um paciente, né, que em 2014, 2015 teve a sua saúde abalada. Ou seja, quando começou a crise no Brasil, no estado, o município não é diferente, ficamos internados esse tempo tentando recuperar nossa saúde financeira”.

Além da situação fiscal, a população do Rio de Janeiro está com os serviços de atendimento de saúde comprometidos, como mostra a reportagem do *Portal G1*<sup>66</sup> intitulada “Crise na Saúde do Rio: funcionários continuam sem salários e atendimento nos hospitais ainda é caótico”, que traz relatos sobre a situação vivida pela população: “Os pacientes estão recebendo alta. Não tem médico, não tem exame, não tem nada. O pouco que tem é tudo com restrições. Uns recebem alta por melhora. Outros, porque não tem mais atendimento. Estão fazendo transferência para outros hospitais. Não tem como manter paciente aqui porque tem risco de falecer”.

A situação do Rio de Janeiro foi um exemplo que utilizamos para demonstrar os efeitos da crise sobre o setor da saúde como um todo, mas precisamos entender a relação entre a crise econômica e os efeitos para a saúde pública brasileira.

O que precisa ser mostrado é que mesmo quem não possui plano de saúde privado é um potencial consumidor de serviços privados de saúde (quando realiza consultas e procedimentos em clínicas ou laboratórios privados), por outro lado, os que possuem planos de saúde, como demonstraremos no texto, utilizam o SUS, principalmente na média alta complexidade.

As seguradoras de planos de saúde vendem a imagem de que seus planos e rede de atenção são mais eficazes que o SUS, mas os dados da ANS demonstram que, para além da propaganda, a realidade é contraditória. Utilizamos o ano de 2018 como referência para demonstrar a relação entre planos de saúde privado, os usuários e a oferta de serviços na rede pública.

A ANS divulgou a terceira edição do *Mapa de Utilização do SUS* por usuários de planos privados de saúde, com os dados referentes ao setor entre os anos de 2011 e 2015. Segundo os dados do Mapa (2018), em 2015, o número total de usuários de planos privados de saúde que utilizaram o SUS foi de 611.195 mil, destes, os principais procedimentos realizados no setor público de saúde foram os Atendimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade

---

<sup>65</sup><https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/12/11/crise-na-saude-do-rio-entenda-o-que-levou-a-greve-e-a-restricao-no-atendimento.ghtml>.

<sup>66</sup> “Crise na Saúde do Rio: funcionários continuam sem salários e atendimento nos hospitais ainda é caótico”, 14/12/2019, *Portal G1*.

(APAC), que totalizaram 361.913, dos quais, os procedimentos em hormonioterapia<sup>67</sup> totalizaram 148.298, e os de hemodiálise totalizaram 60.011 atendimentos.

Nos atendimentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foram um total 249.282, e os mais utilizados foram os partos normais, com 15.357 procedimentos e os partos cesáreos, com 11.024 procedimentos. Em 2018 os Atendimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade (APAC), totalizaram 764.687 procedimentos, dos quais os mais procurados foram os tratamentos em hormonioterapia, com o total de 190.759, e em segundo lugar, os procedimentos em hemodiálise registraram 62.905.

**Tabela 42 – Usuários de planos privados de saúde com atendimento no SUS em APAC e AIH – 2015 e 2018**

<b>Id. Procedimento</b>	<b>2015</b>	<b>2018</b>	<b>Diferença</b>	<b>% Aumento</b>
APAC	361.928	764.687	402.759	111%
AIH	274.272	215.751	-34.531	-21%
Total	636.200	980.438	344.238	54%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da ANS.

Os dados da ANS para 2018 nos mostram que 980.438 usuários de planos privados de saúde utilizaram o SUS para atendimentos. Nos atendimentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foram 215.751. Desse total, os procedimentos como os partos normais somaram 10.841 mil e os partos cesáreos 8.938.

Somando-se as duas variáveis que tiveram aumento, a média entre os dois períodos foi de 83%. Os dados da tabela são importantes pois, demonstram que no mesmo período em que foi registrada a estagnação e diminuição de usuários com planos privados de saúde (-7%) ocorreu o aumento na procura de atendimento no SUS por usuários de planos privados, um aumento de 111% no Atendimento Ambulatorial de Média e Alta Complexidade (APAC), e 54% nos atendimentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

As operadoras de planos privados de saúde precisam ressarcir o SUS pelos procedimentos realizados por usuários privados de saúde. Em 2013 foi Promulgada a Portaria Nº 874, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política regulamentou os tratamentos realizados em pessoas com doenças como câncer pelo SUS, vejamos o que está disposto no Cap. V da Portaria, que trata sobre o financiamento:

<sup>67</sup> Hormonioterapia é um procedimento que consiste em tratar casos específicos de cânceres, os principais são os tratamentos de câncer de mama e próstata.

Art. 28, inc. I ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, Portaria N° 874).

Mas nem todos os procedimentos realizados no SUS são ressarcidos pelas operadoras dos planos. De acordo com a ANS, em 2018, dos 980.438 procedimentos realizados no SUS, apenas 728.754 foram contabilizados para ser ressarcidos ao SUS, uma diferença de 251,684 procedimentos que não serão pagos ao SUS.

**Tabela 43 - Planos de Saúde que mais devem ao SUS – 2018**

<b>Operadoras de Planos de Saúde</b>	<b>Em milhões de R\$</b>
Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa De Trabalho Médico	54,17
Central Nacional Unimed – Cooperativa Central	86,64
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	133,43
Unimed Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	138,15
Hapvida Assistência Médica Ltda	143,28
<b>Total</b>	<b>555,67</b>

Fonte: MARCHESINI, Lucas. “Operadoras de planos de saúde devem R\$ 1,6 bilhão ao SUS”. Disponível em: [www.metropoles.com/brasil/operadoras-de-plano-de-saude-devem-r-16-bilhao-ao-sus](http://www.metropoles.com/brasil/operadoras-de-plano-de-saude-devem-r-16-bilhao-ao-sus). Acesso em: 01/2019.

Outro agravante (que demonstra a capacidade do setor privado em usurpar o setor público) é que do total do valor para 2018 a ser ressarcido, R\$ 1.024.336.077,99, as operadoras repassaram ao SUS a quantia de R\$ 783,38. As restantes foram parceladas para os anos seguintes.

Sobre os ressarcimentos, podemos verificar na publicação da 7ª edição do Boletim Informativo - *Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS* (2018), que desde o ano 2000, quando ANS fez o primeiro repasse ao Fundo Nacional de Saúde, até 2018 o total ressarcido ao SUS foi de R\$ 2,85 bilhões. Mas o valor total que deveria ter sido ressarcido nesses 18 anos totalizaria R\$ 4,38 bilhões, a diferença de R\$ 1,53 bilhões são débitos já vencidos e não pagos. Ainda desses R\$ 1,53 bilhões devidos pelas operadoras de planos privados de saúde, apenas R\$ 740,6 milhões foram inscritos na dívida ativa, e outros R\$ 359,5 milhões foram suspensos de cobrança por decisão judicial. Como demonstramos na tabela 45, as cinco maiores operadoras somam em dívidas não pagas o total de R\$ 555,6 milhões.

Para entender os impactos que a demanda de saúde privada causa ao SUS e os reflexos da crise sobre a saúde brasileira como um todo, resgatamos alguns elementos já apresentados no texto. Quando tratamos do aumento nos gastos em saúde, especialmente em Média Alta Complexidade (MAC) (p. 79, gráfico 02), mostramos que o crescimento em MAC entre 2016

a 2018 foi superior a R\$ 8 bilhões. O aumento coincide com o mesmo período em que a crise afetou o crescimento da economia nacional, causando desemprego, reduzindo o consumo e, conseqüentemente, afetando o mercado de planos privados de saúde. Entre 2015 e 2018, 3.330.742 brasileiros deixaram de ter planos privados de saúde, proporcionalmente, e esses milhões se tornaram dependentes do SUS.

Corroborando com nossa análise, mostramos que além da diminuição dos usuários de planos privados de saúde aumentar a demanda no SUS, o número de atendimento na saúde pública por usuários que possuem planos de saúde aumentou no mesmo período na média de 83%, ou seja, em 2018 foram quase um milhão (980.438) de procedimentos realizados no SUS por usuários de planos privados de saúde, principalmente em MAC. Voltaremos a tratar dos reflexos da crise e a dinâmica sobre a saúde mais adiante, quando trataremos da atual política para o SUS.

Na 8ª Regional de Saúde, o setor de planos de saúde privados refletiu a dinâmica nacional de redução no número de usuários e, novamente, refletiu o período entre 2015 e 2016. Alguns municípios da regional não tiveram redução no número de usuários de planos de saúde privado, são os seguintes municípios; Bom Jesus do Sul, Marmeleiro, Pranchita, Realeza, Renascença, São Jorge d'Oeste e Verê. Vejamos na tabela seguinte o comportamento do mercado privado de saúde para os 27 municípios da 8ªRS/PR entre 2014 e 2018:

**Tabela 44 - Usuários planos de saúde – 8ª RS/PR – 2014 a 2018**

<b>Município</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2018</b>
Ampére	596	609	595	605
Barracão	638	635	683	703
Bela Vista da Caroba	35	41	37	48
Boa Esperança do Iguaçu	60	82	72	114
Bom Jesus do Sul	47	57	63	66
Capanema	1.167	1.157	1.246	1.301
Cruzeiro do Iguaçu	251	261	250	371
Dois Vizinhos	8.706	8.754	8.084	12.671
Enéas Marques	409	416	377	520
Flor da Serra do Sul	129	128	98	101
Francisco Beltrão	17.340	17.472	16.327	19.700
Manfrinópolis	186	197	116	164
Marmeleiro	923	952	966	1.038
Nova Esperança do Sudoeste	308	313	242	426
Nova Prata do Iguaçu	343	341	346	335
Pérola D'Oeste	212	203	224	190
Pinhal de São Bento	7	11	9	17
Planalto	304	303	327	372
Pranchita	134	148	153	188
Realeza	1.465	1.528	1.585	1.556
Renascença	335	369	405	420
Salgado Filho	142	135	118	143
Salto do Lontra	754	792	764	856
Santa Izabel do Oeste	2.718	2.220	1.969	1.611
Santo Antônio do Sudoeste	518	501	510	517
São Jorge D'Oeste	447	486	510	600
Verê	262	280	307	392
<b>Total</b>	<b>38.436</b>	<b>38.391</b>	<b>36.383</b>	<b>45.025</b>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

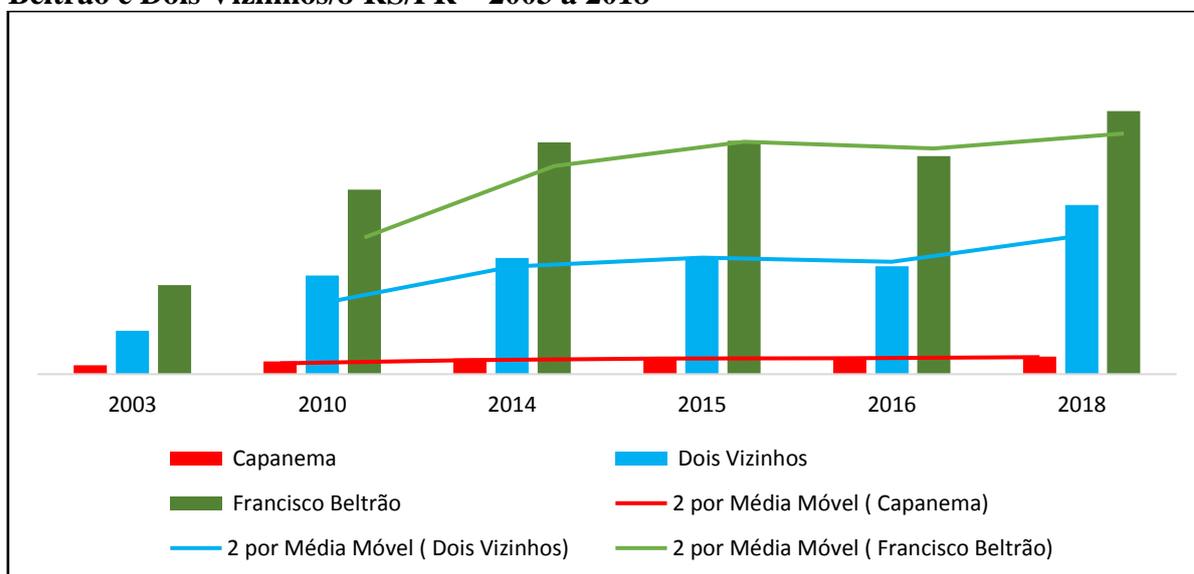
Podemos observar na tabela 44 que nos municípios da 8ªRS/PR os efeitos da crise de 2015-6 tiveram um retração no número de usuários de planos privados de saúde. Dos 27 municípios, sete (07) não tiveram redução, mas no geral, a diminuição mais significativa ocorreu em 2016. Considerando 2015 e 2016, a retração foi de 6%.

Diferente do que ocorre em geral no Brasil, que registou para o período entre 2015 a 2018 a redução de 7% no número de usuários, a 8ª RS/PR registrou um crescimento de 24% (considerando o crescimento a partir de 2016), atingindo números superiores aos registrados em 2014. Com 45.024 usuários de planos privados de saúde em 2018.

O destaque para esse crescimento foi Dois Vizinhos, com aumento de 57% (2016 a 2018), passando de 8.084 para 12.671 usuários de planos privados. O município de Francisco Beltrão também registrou um aumento de 21%, passando de 16.327 para 19.700 usuários de

planos privados. A seguir, no gráfico 13, apresentamos o comportamento desse setor para os municípios de Dois Vizinho, Francisco Beltrão e Capanema:

**Gráfico 12 – Evolução dos planos privados de saúde – municípios de Capanema, Francisco Beltrão e Dois Vizinhos/8ªRS/PR – 2003 a 2018**



Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da ANS/Municípios, 2018.

No gráfico 12 é possível observar o crescimento do mercado de saúde privada em ascendência constante entre 2003 e 2014. A partir de 2015 o mercado privado de saúde sofreu flutuações, com queda em 2015 e 2016 e se recuperando em 2018.

Em comparação com o Brasil, além da diferença no crescimento no número de usuários de planos privados de saúde, outros fatores se destacam regionalmente. A dinâmica econômica na 8ªRS/PR apresentou resultados positivos em relação à economia nacional. Enquanto o Brasil registrou PIB negativo -3,3 em 2016, e aumento de 1,1% em 2017 e 1,1% em 2018 (IBGE, 2019), a região do Sudoeste do Paraná registrou índices de crescimento do PIB superiores a nacional (considerando que a 8ªRS/PR faz parte de um recorte geográfico que fica delimitado dentro da região Sudoeste do Paraná). A região do Sudoeste do Paraná compreende a 42 municípios e abriga duas regionais de saúde, a 7ª RS de Pato Branco e a 8ªRS de Francisco Beltrão, a qual estamos estudando. Para fins de compreensão do Produto Interno Bruto, consideramos o Sudoeste com as duas regionais.

De acordo com o IBGE, em 2016 o PIB na região do Sudoeste registrou crescimento de 16,24%, e a preços correntes ultrapassou os R\$ 21.5 bilhões, com destaque para os municípios de Pato Branco com R\$ 3,3 bilhões e Francisco Beltrão com R\$ 2,8 bilhões. Em comparação a 2016, de acordo com o IBGE, o PIB do Sudoeste do Paraná em 2017 teve crescimento de 2,4

% e a preços correntes foi de R\$ 22.08 bilhões, novamente Pato Branco (R\$3.59 bilhões) e Francisco Beltrão (R\$3.06) se destacaram pelo volume acumulado no ano de 2017 (para o ano de 2018 o IBGE ainda não publicou resultados sobre a região sudoeste). O conjunto de dados em relação ao crescimento do PIB sobre a região do Sudoeste do Paraná é importante porque demonstra que a crise pode causar maior ou menor impacto na economia, a depender dos setores da economia que são mais afetados durante a fase de crise.

### 3.5. CONTRADIÇÕES DO SUS: DESAFIOS MEDIANTE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA ECONÔMICA

O SUS, não sendo o único modelo de acesso à saúde brasileiro, gera algumas distorções na oferta de serviços à saúde, das quais, talvez a que mais caracteriza essas distorções seja a relação de pagamento que ocorre na saúde complementar: quem contrata um serviço de saúde complementar ou utiliza um serviço privado de saúde (a princípio tem acesso aos melhores serviços disponíveis no mercado<sup>68</sup>) não precisa enfrentar as filas que se formam no sistema público, ainda assim, 100% dos gastos com saúde privada no Brasil são dedutíveis no Imposto de Renda, tanto a pessoa física, quanto para instituições e empresas.

A constatação acima corrobora com o que já apresentamos ao longo do texto, principalmente quando tratamos do ressarcimento que os planos privados de saúde devem realizar ao SUS, mediante o uso de procedimentos realizados pelos usuários destes planos. O modelo de saúde "dual", gera privilégios e causa desigualdades e, segundo Paim (2008), transforma o SUS em SUS para os pobres e o SUS dos privilégios.

Mostramos que do total do ressarcimento que caberia ao SUS, as operadoras privadas de saúde não efetuam 100% dos valores, além do não pagamento, o uso dos serviços do SUS por usuários privados impacta na oferta de serviços, causando enormes filas de espera por serviços a quem só tem o SUS para atender à saúde. Outro impacto é o econômico, vimos que entre 2015 a 2018, principalmente na média alta complexidade, os gastos passaram de R\$ 41 bilhões para R\$ 50 bilhões.

---

<sup>68</sup> Segundo a Receita Federal os pagamentos efetuados para o seu próprio tratamento ou o de dependentes relacionadas a: médicos de qualquer especialidade; plano de saúde; dentistas; fonoaudiólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; psicólogos; hospitais; serviços radiológicos; aparelhos ortopédicos; próteses dentárias e ortopédicas; marca-passo; cadeira de rodas; despesas com massagistas e enfermeiros; consultas médicas; e remédios comprados em farmácia. Todas as despesas de saúde do contribuinte, dependentes e alimentados podem ser descontadas integralmente do Imposto de Renda mediante apresentação de notas fiscais que comprovam a utilização dos citados.

A Nota Técnica “Discrição do Gasto Tributário em Saúde – 2003 a 2015”, publicado em 2018 pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), demonstra que entre 2003 e 2015 a União repassou em forma de renúncia de arrecadação fiscal em saúde (ao setor privado de saúde e aos contratantes dos planos de saúde) a ordem de R\$ 331,4 bilhões.

Usando os dados do Portal da Transparência e do FNS (Fundo Nacional de Saúde) para o período entre 2016 e 2018, os gastos executados pela União em saúde pública totalizaram R\$ 311 bilhões, deste total, 33.8% (R\$ 109 bilhões), foram destinados ao sistema privado de saúde, na forma de renúncia fiscal. Considerando todo o período (2003 a 2018), o governo deixou de arrecadar com renúncias fiscais sobre a saúde privada mais de R\$ 440 bilhões. Esse valor seria suficiente para financiar o SUS por quatro anos (Considerando os valores de 2014 e 2015).

Os dados comprovam que a saúde privada no Brasil se ocupa do SUS para benefício das operadoras que não fazem o ressarcimento ao SUS, refletindo esse benefício aos usuários na forma de isenções de IR. Essas renúncias fiscais poderiam fortalecer o financiamento ao SUS, em média, com algo em torno de R\$ 30 bilhões anuais. Como podemos observar, os governos passados não interferiram na relação entre saúde pública e privada, na verdade, as renúncias fiscais foram tratadas como política de governo. A seguir trataremos algumas considerações sobre o cenário político pós Dilma Rousseff e algumas propostas para a saúde.

Diante do cenário político econômico estabelecido após a eleição para o segundo governo de Dilma Rousseff (2014), na qual Dilma saiu vitoriosa e a oposição não aceitou a derrota nas urnas, colocando em dúvida as eleições, criou uma situação de crise política com o agravante da crise econômica que vinha se desenvolvendo desde a queda internacional no preço das *commodities*, com efeito da crise "imobiliária" norte americana de 2008, que lançou aos mercados internacionais seus efeitos de retração, a economia e a política brasileira passaram por mudanças nos projetos nacionais, principalmente nas mudanças tributárias que afetaram a capacidade do Estado em realizar novos investimentos.

### 3.6. AS CONTRARREFORMAS

Dilma é destituída da presidência, assumindo seu vice, Michel Temer. Temer assume a presidência em 2016 com o projeto "Ponte para o futuro". Adotando medidas de cunho liberal, optou por institucionalizar medidas de austeridade fiscal como a "Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016" (PEC DO TETO DOS GASTOS PÚBLICOS) e a "reforma do trabalho". A PEC 55 foi aprovada promulgada como Emenda Constitucional 95, se tornando lei. A EC 95 limita os gastos públicos Federais por 20 anos, atrelando os aumentos à correção

pela inflação [...] A partir de 2018, os gastos federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) [...] (Senado Notícias, 2018).

Nossa compreensão sobre a EC 95 é crítica, no que cabe ao setor de saúde, esta EC não resolve os problemas do SUS, pelo contrário, irá reduzir os repasses necessários para a manutenção e ampliação do SUS. Em um primeiro momento, a EC 95 poderá aumentar as distorções sobre o financiamento ao SUS, criando uma espécie de “privatização” dos serviços.

O efeito da EC 95 poderá aprofundar a relação de privilégios aos usuários e operadoras de planos privados de saúde. As operadoras têm aumentado o valor dos planos acima da inflação, segundo a ANS, em 2018 o aumento foi de 20%, 16,25% acima do IPCA, inflação oficial do Brasil, que fechou 2018 em 3,75, esse aumento foi para os planos coletivos, empresariais e por adesão, sendo que o grupo planos coletivos representam 80% do mercado de saúde privado. Já para os planos individuais esse aumento foi de 7,35%, 3,6% acima da inflação.

O aumento poderá criar uma forma de estratificação social entre quem pode pagar e quem não pode pagar por planos privados, aumentando o número de “privilegiados” e a taxa de lucro das operadoras. Como no SUS não há limites para o acesso de usuários privados, a tendência é que cada vez mais as operadoras encaminhem seus clientes para o setor público.

A revista *Poli*<sup>69</sup> da Fiocruz publicou uma entrevista com o economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) Carlos Ocké. Na entrevista, Carlos aponta, entre outras coisas, que para entender a relação entre o SUS, planos privados e subsídios, ele aponta que “é preciso distinguir o gasto direto – aquele aplicado no SUS – dos subsídios, que são gastos indiretos, que se destinam ao consumo das famílias, dos trabalhadores e dos empregadores.

De saída, esses gastos indiretos têm dois problemas: número um: o gasto público *per capita* fica distorcido, desigual porque todos usam o SUS, todo mundo usa vigilância em saúde e vacinação, por exemplo; número dois: E se eu tenho plano de saúde e você não tem, na média estou ganhando mais do que você já que nós dois ganhamos o gasto direto, mas eu também ganho o gasto indireto. Além disso, em tese, os subsídios retiram recursos do SUS porque o Estado patrocina o consumo de serviços privados de saúde em detrimento do fortalecimento do Sistema Único, indo de encontro aos preceitos constitucionais”, explicou.

Na continuação da entrevista, Carlos ainda afirma que é falaciosa a disseminação da ideia empresarial de que quanto mais pessoas com planos de saúde, menor será a procura pelo

---

<sup>69</sup> ” A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão”, 02/01/2020, *EPSJV/Fiocruz*.

SUS, reduzindo a demanda. “Pelo contrário, a experiência internacional ensina que o fortalecimento da saúde suplementar fragiliza politicamente a capacidade que o setor público tem de construir consenso na sociedade para ampliar os recursos destinados à saúde”, e completa o raciocínio afirmando: “Esse mercado não quer dividir com o Estado os procedimentos de alto custo, as enfermidades de alto risco. Nessa seara, ele quer socializar os custos, haja vista a figura emblemática do ressarcimento [das operadoras ao SUS, motivo de disputa durante muito tempo]. (...) Na verdade, o que existe é uma disputa ferrenha não só pelos subsídios, mas pelos recursos públicos em geral. A luta é por abocanhar cada vez mais recursos públicos porque isso faz parte da dinâmica desse setor na busca por aumentar sua escala e reduzir sua ineficiência”.

Na esteira das contradições, além da EC 95, o governo busca soluções para adequar os gastos públicos dentro do teto dos gastos e levantam-se propostas como a Proposta de Emenda à Constituição do Pacto Federativo (PEC 188/2019) com o objetivo de descentralizar, desindexar e desvincular os orçamentos obrigatórios, para o modelo SUS, a proposta visa o fim dos pisos mínimos (União: com a regra do teto de gastos, os percentuais mínimos precisam ser corrigidos pela inflação do ano anterior; Estados: 12%; Municípios: 15%). Vimos ao longo do texto, que o SUS da Constituição só é possível com desenvolvimento e crescimento econômico.

Mostramos através dos dados e com a afirmação do Ocké que, realmente, a saúde privada se utiliza do SUS, principalmente utilizando de procedimentos de alto custo. Talvez as medidas políticas necessárias para o fortalecimento do SUS não fosse a EC, mais sim, uma mudança na legislação que obrigue o pagamento de 100% dos procedimentos privados no SUS, acabe com os subsídios no IR, ou crie mecanismos de controle de acesso.

### 3.7. CONSIDERAÇÕES DO TERCEIRO CAPÍTULO

No III Capítulo buscamos estabelecer a relação entre o objeto de estudo “A Dinâmica do Sistema Único de Saúde na 8ª Regional de Saúde do Paraná” e as variáveis que determinam como este modelo de saúde está presente espacialmente na região. As variáveis que determinam a espacialização geográfica do modelo de saúde são as estruturas governamentais, entre a federação, estados e municípios, bem como as políticas no âmbito nacional e regional que são os determinantes para a organização do sistema de saúde e, ainda, garantem que as diretrizes estabelecidas na formulação do SUS sejam implantadas.

Neste capítulo apresentamos os pilares da política macroeconômica adotados a partir de 2003, sendo a distribuição de renda, o acesso ao crédito, os investimentos públicos, a demanda

internacional por *commodities* e as reformas tributárias os responsáveis pelo crescimento econômico e a transferência de recursos financeiros para o SUS. Demonstramos os efeitos positivos que o crescimento econômico causou sobre os planos privados de saúde e sua expansão pelo território nacional. Ainda, trouxemos a questão da distribuição desigual de médicos por habitantes, apresentando, principalmente, a desigualdade da cobertura médica nos municípios da 8ªRS/PR.

Analisamos os efeitos da crise imobiliária americana na economia brasileira, apresentando as medidas políticas econômicas adotadas a partir de 2011, na tentativa de superar a crise, mas que não foram suficientes para retomar o crescimento do período anterior (2003 a 2008). Ressaltamos que não foram só as medidas adotadas durante o período de crise que aprofundaram a recessão, como também as políticas anteriores foram baseadas no consumo das famílias. Esse consumo foi baseado em produtos importados, o que por sua vez, condiciona a produção industrial brasileira a estagnação.

Resgatando a análise, mostramos que a relação entre crescimento econômico e o SUS é indissociável, e as consequências da estagnação do crescimento trouxeram mudanças, tanto no financiamento do SUS como em mudanças jurídicas, a exemplo da EC 95. São novos os desafios para o SUS, e a nossa análise não se esgota com a dissertação, mas no doutorado daremos sequência nos estudos sobre o modelo de saúde brasileiro, comparando com modelos e experiências internacionais, para verificar as possíveis contribuições e avançar no modelo de saúde universal brasileiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo foi buscar entender e analisar a dinâmica do SUS na 8ª Regional de Saúde do Paraná, baseando-se nas diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988: de “Universalização, Equidade e Integralidade”, e organizacional; “Regionalização, Hierarquização e a Descentralização”. Entendemos que a Geografia enquanto ciência possibilita ao pesquisador identificar e analisar como essas diretrizes se especializam na 8ª Regional de Saúde do Paraná e também, compreender como o modelo de saúde que na terminologia se diz “único”, na prática é um modelo “dual”. Buscamos relacionar a totalidade com o local, pois compreendemos que só com a compreensão da totalidade é possível explicar o local.

Temos como a totalidade o SUS e as diretrizes balizadoras do modelo de saúde brasileiro, e o local, no comprimento das diretrizes no papel da 8ª Regional de Saúde e as Secretárias Municipais de Saúde. Mostramos o papel de cada ente federativo (União, Estados e Municípios) na criação de leis e no cumprimento das Leis e Normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e da Constituição Federal no âmbito da saúde.

A criação e a institucionalização de um modelo de saúde brasileiro surgem no período da história conhecido como desenvolvimentismo (1930 a 1980). Passou por várias reformas até se tornar no Sistema Único de Saúde em 1988 e, mesmo sendo um modelo que convive com a oferta de serviços privados de saúde, o SUS tem se mostrado capaz de atender a demanda em saúde da população na atenção básica, de média e de alta complexidade.

A 8ª RS/PR, que compreende o conjunto de 27 municípios, responde pela organização descentralizada dos serviços de saúde a 356.656 habitantes. Vimos que a Formação socioespacial desta região é recente na história brasileira, os primeiros municípios datam de 1952 e os últimos de 1996. É uma região em pleno desenvolvimento, vide a dinâmica econômica e social que apresentamos ao longo do texto.

A origem destes 27 municípios foi conflituosa, a Revolta dos Posseiros marcou a luta entre os interesses individuais pela propriedade privada, tendo no Estado a resolubilidade da questão e da garantia privada a terra.

O modelo de saúde brasileiro que se desenvolveu com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), ainda em 1930, e perdurou até 1988, foi baseado na contribuição via caixas de pensão. O esgotamento desse modelo se deu concomitante a crise da década de 1980. Como a crise causou a redução de empregos, afetou

diretamente a base financeira do modelo, que já vinha sendo questionado por ser um modelo que atendia parte da sociedade.

As pressões populares juntamente com o Movimento Sanitarista contribuíram para a criação de um novo modelo de saúde, que fosse acessível a todos os brasileiros e, em 1988, é incluído na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde, que trouxe importantes mudanças e novos desafios.

As principais mudanças propostas no novo modelo (SUS) está no acesso que passa a ser: universal, igualitário e gratuito e dever do Estado garantir que todos os cidadãos tenham esse direito garantido. Mas para garantir o SUS da Constituição Federal de 1988, vimos ser preciso desenvolvimento econômico combinado com políticas tributárias que possibilitem o financiamento do modelo para que reflita na criação de programas de acesso e ampliem os serviços de saúde.

Outras mudanças importantes que o SUS trouxe estão na forma de organização dos serviços: Regionalização, Níveis de Atenção (Redes de Atenção) e Descentralização. A regionalização é a organização dos serviços de saúde a uma dada região geográfica, isso permite planejar as ações de saúde de acordo com a população a ser atendida. A organização do atendimento por níveis de atenção, também caracterizada por redes de atenção, se apresenta subdividida em três níveis: atenção básica, que se faz presente em todos os municípios brasileiros, atua principalmente na prevenção de doenças através da vacinação, orientação e é a porta de entrada do SUS; média e alta complexidade, presente nos municípios imediatos e é responsável por um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e custo.

Demonstramos a evolução dos serviços e os custos gerados em cada nível de atenção. Vimos que na última década, em se tratando do Brasil, o custo da média alta complexidade passou de R\$ 17,9 bilhões (2006) para 50,8 bilhões (2018). Demonstramos que vários fatores contribuíram para essa elevação, entre os quais destacamos a baixa produção industrial de produtos para a saúde e a dependência da importação desses produtos.

Em síntese, demonstramos que se tratando da 8ªRS/PR a organização dos serviços de saúde obedece aos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (SUS). A “regionalização e a descentralização” se dão através da organização e fiscalização feitas pela 8ª RS/PR que atua como órgão descentralizado da Secretária Estadual de Saúde do Paraná, que segue as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e aplica as normas aos municípios.

Os 27 municípios da 8ª RS/PR organizam suas demandas de acordo com os níveis de atenção, ficando principalmente com a atenção básica (primária) e o que não é atendido no município segue as normas estabelecidas no atendimento fornecido através das redes de

atenção, tendo no município de Francisco Beltrão/PR as principais referências no atendimento, se destacando na média complexidade o Centro Regional de Especialidades (CRE), organizado e financiado pelos 27 municípios que compõem a Associação Regional de Saúde do Sudoeste do Paraná (ARSS).

Na alta complexidade, os 27 municípios da 8ª RS/PR tem como referência o Hospital Regional do Sudoeste do Paraná. As demandas não atendidas na região por falta de alguma especialidade são encaminhadas, geralmente para a Capital do Paraná, Curitiba, e para Cascavel/PR.

Se tratando de recursos humanos, apresentamos os dados referentes ao número de médicos por habitante em relação ao Brasil, que em termos gerais, a relação médicos/habitantes foi de 1,93 méd./1000 hab. ou 517 hab./1 méd., acima do recomendado pela OMS, de um médico por 1000 habitantes.

Porém, esta relação se mostrou baixa na 8ªRS/PR, quando analisamos os dados individuais de cada município. Dos 27 municípios, apenas três registraram para 2018 o número de médicos por habitantes acima do indicado pela OMS (1 méd./1000hab.), na média de 1,57 méd./1000 hab., ou 450 hab./1 méd. Os outros 24 municípios, a média foi de 0,55 méd./1000 hab. ou 1.686 hab./1 méd., bem abaixo da indicação da OMS e da média nacional. Com isso, mostramos que a realidade brasileira quanto ao atendimento médico apresenta disparidades regionais, e destacamos a importância do Programa Mais médicos, para cobrir a falta destes profissionais, principalmente na atenção básica.

Considerado na definição como Sistema Único de Saúde, o modelo de saúde brasileiro na prática tem formas distintas de ofertar serviços de saúde: o SUS, público e gratuito, e os planos privados de saúde. Demonstramos que no mesmo período que o SUS foi impulsionado pelas reformas políticas econômicas, os planos privados de saúde tiveram os maiores aumentos no número de usuários da história, com 50 milhões de contratos de planos de saúde, também em proporção ao total de habitantes chegou a 25 %.

Com os efeitos da crise econômica desencadeada a partir de 2015, esse setor foi afetado, sendo que entre 2015 e 2018, mais de 3,3 milhões de pessoas deixaram de poder pagar por planos privados. Esse resultado, atribuímos ao fraco desempenho do mercado de trabalho, que em termos de desemprego, passou de 6,5% em 2014 para 12,6 % em 2018.

A análise sobre os planos privados de saúde demonstrou que esse sistema explora o SUS, pois não cumpre com a totalidade do ressarcimento entaltecido no Art. 28, que trata sobre o ressarcimento ao SUS quando utilizado por usuários de planos privados de saúde. Esse setor tem gerado, de maneira generalizada, duas formas específicas de lesar o modelo de saúde.

A primeira forma está vinculada ao não ressarcimento pelo uso de serviços do SUS. Os dados que apresentamos demonstram que somente em 2018, do total de 980 mil procedimentos realizados no SUS por usuários privados, apenas 728 mil foram ressarcidos, o valor que deveria ser pago ao SUS seria da ordem de R\$ 1,024 bilhões, mas, deste valor, o ressarcimento realizado foi de R\$ 728 milhões. A segunda causa pela qual os planos privados lesam o SUS está vinculada às desonerações fiscais sobre o Imposto de Renda da pessoa física. Mostramos que entre 2003 e 2018 com o total de desonerações sobre usuários de planos privados de saúde e operadoras de planos, o governo deixou de arrecadar mais de R\$ 444 bilhões.

Enfim, demonstramos que a crise de 2015 afetou o financiamento do SUS, e para cumprir as metas do governo, foi criado a EC 95, que limita os investimentos para a saúde por 20 anos fiscais. Apresentamos que, além dessa proposta, na busca de cumprir com as metas fiscais, surgem no horizonte novas propostas como a do Pacto Federativo.

Pensamos ter cumprido com a proposta da pesquisa e esperamos que nossa colaboração possa contribuir para compreensão da complexidade do SUS, principalmente colaborando na compreensão da organização dos serviços de saúde nos municípios da 8ª Regional de Saúde do Paraná.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Usos e abusos da categoria “paradigma” no campo da Saúde Coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5, 1997, Águas de Lindóia. **Caderno de resumos**. Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997.

BANDEIRA, L. A. M. **As Relações Perigosas: Brasil-Estados Unidos (De Collor A Lula, 1990 – 2004)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

BARBOSA, N. Dez anos de política econômica. In: SADER, E. **Lula e Dilma: dez anos de governos pós-neoliberais no Brasil**. São Paulo: Boitempo; Flacso, 2013.

BASTOS, P.; FONSECA, P. (Org.). **A Era Vargas: desenvolvimentismo, Economia e Sociedade**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BENSAÏD, D. **Trotskismos**. Associação Política Socialista Revolucionária. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/bensaid/2002/trotskismos/index.htm>. Acesso em: 14 maio 2019.

BIELSCHOWSKY, R. **Pensamento Econômico Brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Complementar. Dados do setor. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Diretoria de Desenvolvimento Setorial Gerência de Integração e Ressarcimento. Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde. 2018. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa\\_Ressarcimento\\_3ed.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Ressarcimento_3ed.pdf). Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Diretoria de Desenvolvimento Setorial Gerência de Integração e Ressarcimento. Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS 2018. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Boletim\\_ressarcimento\\_07ed\\_2018.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Boletim_ressarcimento_07ed_2018.pdf). Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: [s. n.], 5 out. 1988.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 out. 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal; Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Decreto 84.106, de 22 de outubro de 1979. Altera a redação do art. 7º do Decreto nº 81.384, de 22 de fevereiro de 1978, que dispõe sobre a concessão das vantagens previstas na Lei n. 1.234, de 14 de novembro de 1950.

BRASIL. Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930. Cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19433-26-novembro-1930-517354-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Comparativos. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937', Diário Oficial da União 1 (1937) 1210. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 2 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca [7-11 dez. 2003]. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde, recursos humanos para as atividades de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**: anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Concepção do SIOPS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/concepcao-do-siops>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde [15-19 dez. 2000]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Diário Oficial da União, 6/11/96. p. 22.932-22.940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 546, 25 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida – políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde com Transparência. Repasses financeiros. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: anos 2007 e 2008. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Política de Desenvolvimento de Coleções da Biblioteca do Ministério da Saúde 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos – SIOPS. Indicadores Municipais. 2019. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>. Acesso em: 29 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Evolução de Emprego do CAGED/EEC. 2019. Disponível em: <http://bi.mte.gov.br/eec/pages/consultas/evolucaoEmprego/consultaEvolucaoEmprego.xhtml#relatorioSetor>. Acesso em: 08 jan. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho. RAIS, 2018. 2019. Disponível em: [www.pdet.mte.gov.br/rais](http://www.pdet.mte.gov.br/rais). Acesso em: 08 jan. 2019.

BRASIL. Portal da Saúde. Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php?S=1&UF=41;&Municipio=412035;&Ano=2017&Periodo=2>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Receita Federal do Brasil. Grandes números das Declarações do Imposto de Renda das Pessoas Físicas. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-eaduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/grandesnumeros-dirpf-capa>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CARVALHO, C. V. de. **A Situação das Santas Casas de Misericórdia**. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema19/2005\\_6602.pdf](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema19/2005_6602.pdf). Acesso em: 22 abr. 2019.

CARVALHO, L. **Valsa Brasileira: do Boom ao Caos Econômico**. São Paulo, Todavia, 2018.

CARVALHO, R. B. de; SANTOS, T. dos. O Direito à Saúde no Brasil: uma Análise dos Impactos do Golpe Militar no Debate Sobre Universalização da Saúde. **Revista Eletrônica Diálogos Acadêmicos**, v. 6, n. 1, p. 23-37, nov., 2005.

CASARIL, C. C. Interações Espaciais do Setor Terciário na Rede Urbana de Francisco Beltrão-Paraná. **Akrópolis**, Umuarama, v. 1, n. 23, p.29-48, jan./jun., 2015.

DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintpr.def>. Acesso em: 20 março 2019.

DATASUS. CNES. Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2019.

DATASUS. CNES. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2019.

DATASUS. CNES. Estabelecimentos por Tipo – Paraná. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabpr.def>. Acesso em: 20 maio 2019.

DATASUS. CNES. Pesquisa Assistência Médico-sanitária, Paraná. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ams/cnv/namsarj.def>. Acesso em: 20 maio 2019.

SCOREL, S. NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 59-81.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FGV/CPDOC – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS/CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Acervo do CPDOC. [200-?]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FLORES, E. L. **Industrialização e Desenvolvimento do Sudoeste do Paraná**. Francisco Beltrão: Edunioeste, 2009.

GADELHA, C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

GONÇALVES, J. S. A Taxa de Imobilização e o Preço da Terra: Especulação Financeira e Defesa Patrimonial, **Revista Informações Econômicas**, v. 23, n. 5, p. 9-18, 1993.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Evolução da Divisão Territorial do Brasil 1872-2010. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default\\_evolucao.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_evolucao.shtm). Acesso em: 14 abr. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. WebCart Beta. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/webcart>. Acesso em: 27 nov. 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Comitê de Estatísticas Sociais: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-dados/links-base-de-dados.html>. Acesso em: 02 jun. 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?=&t=resultados>. Acesso em: maio de 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Radiografia do gasto tributário em saúde 2003-2015. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/180326\\_NT\\_48\\_Disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180326_NT_48_Disoc.pdf). Acesso em: 15 dez. 2019.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. da UNESP. 1994.

KOIKE, B. NotreDame Intermédica compra grupo Cruzeiro do Sul, de Osasco (SP). 2017. Disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/5109068/notredame-intermedica-compra-grupo-cruzeiro-do-sul-de-osasco-sp>. Acesso em: 10 out. 2017.

LAZIER, H. **A estrutura Agrária no Sudoeste do Paraná**. Curitiba: [s. n.], 1983.

LEME, R. C. **Expansão Urbana e Verticalização: o mercado imobiliário de Francisco Beltrão-PR (1998 a 2012)**. 2015. 364 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2015.

LEONTIEV, A. N. O Plano Marshall à Luz dos Fatos. **Problemas – Revista Mensal de Cultura Política**, n. 21, out., 1949. Disponível em: [https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev\\_prob/21/plano/index.htm](https://www.marxists.org/portugues/tematica/rev_prob/21/plano/index.htm). Acesso em: 1 abr. 2019.

MAMIGONIAN, A. Tecnologia e Desenvolvimento Desigual no Centro do Sistema Capitalista. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 38-48, jan. 1982.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Brasiliense, 1983. 3 v.

MEDEIROS, M. C. **A Geografia Econômica do Setor Agroalimentar Brasileiro: Investimentos, Recursos Ociosos e Dinâmica Cíclica (1990 – 2007)**. 2009. 262 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

OCKÉ, C. Entrevista sobre: A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão. EPSJV/Fiocruz: 02/01/2020. Entrevista concedida a Maíra Mathias.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, i. 9779, p. 11-31, may, 2011.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. **Texto para Discussão 2439**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

PORTALJNN. Projeto de lei pode acabar com 11 municípios da região. 2019. Disponível em: <https://www.portaljnn.com/post/projeto-de-lei-pode-acabar-com-11-munic%C3%ADpios-da-regi%C3%A3o>. Acesso em: 4 jan. 2020.

RANGEL, I. **Ciclo Tecnologia e Crescimento**. Rio de Janeiro: Civ. Brasileira, 1982.

RANGEL, I. **Obras Reunidas**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. 2 v.

ROMERO, L. C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal**. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/96829>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SANTOS, L. A. de C.; BARBOSA, I. da C.; GOMES, M. de L. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade Institucional de um Bem Público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

SANTOS, M. Sociedade e Espaço: A Formação Social como Teoria e como Método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, p. 81-100, jun., 1977.

SILVA, W. W. **Do Vagabundo ao Cidadão: uma discussão sobre a construção da proteção social na Inglaterra**. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Economia, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

VIANNA S. M., PIOLA S. F., REIS C. O. O. **Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento**. Brasília: IPEA, 1998.

VIZENTINI, P. G. F. O Sistema de Yalta como condicionante da política internacional do Brasil e dos países do terceiro mundo. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 5-17, jan./jun., 1997.

WACHOWICZ, R. C. **Paraná, Sudoeste: Ocupação e Colonização**. Curitiba: Litero Técnico, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde 2010:** Financiamentos dos Sistemas de Saúde. Relatório com indicações práticas sobre modos de financiamento dos cuidados de saúde com ênfase no caminho para a cobertura universal. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.