



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**DANIELLI NUNES DE OLIVEIRA COSTA**

**ANÁLISE DA OFERTA E DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA DE  
ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DOS  
MUNICÍPIOS DE ITABUNA E ILHÉUS EM MARÇO DE 2008**

**SALVADOR**

**2008**

**DANIELLI NUNES DE OLIVEIRA COSTA**

**ANÁLISE DA OFERTA E DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA DE  
ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DOS  
MUNICÍPIOS DE ITABUNA E ILHÉUS EM MARÇO DE 2008**

Trabalho de Conclusão de curso em sua versão final apresentado no curso de Ciência Econômicas da Universidade Federal de Bahia como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Henrique Tomé da Costa Mata

**SALVADOR**

**2008**

Ficha catalográfica elaborada por Joana Barbosa Guedes CRB 5-707

C837	<p>Costa, Danielli Nunes de Oliveira</p> <p>Análise da oferta e do perfil socioeconômico da demanda de atendimento médico-hospitalar nas unidades de saúde dos municípios de Itabuna e Ilhéus em março de 2008/ Danielli Nunes de Oliveira Costa. – Salvador, 2008.</p> <p>65 f. il.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal da Bahia.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata.</p> <p>1. Economia da Saúde. 2. Políticas públicas – Economia da saúde. 3. Saúde pública – administração. 4. Saúde pública – Equidade. I. Costa, Danielli Nunes de Oliveira. II. Título.</p> <p>CDD – 338.433621</p>
------	--

DANIELLI NUNES DE OLIVEIRA COSTA

ANÁLISE DA OFERTA E DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA DEMANDA DE  
ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR NAS UNIDADES DE SAÚDE DOS  
MUNICÍPIOS DE ITABUNA E ILHÉUS EM MARÇO DE 2008

Aprovada em                julho de 2008.

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata  
Faculdade de Ciências Econômicas da UFBA

\_\_\_\_\_  
Prof. Antônio de Pádua de Melo Neto  
Faculdade de Ciências Econômicas da UFBA

\_\_\_\_\_  
Fábio Batista Mota  
Mestre em Economia (CME/UFBA)  
Pesquisador na Unidade de Estudos Setoriais (UNES/FCE/UFBA)  
Programa Economia da Saúde (PECS/ISC/UFBA)

Dedico esse trabalho a meus pais, Reginaldo e Maria Isabel, e aos meus irmãos Gustavo e Yuri. Que incentivaram e me deram ânimo para conclusão desse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Tenho muito a agradecer, primeiramente à minha família, meus pais, Reginaldo e Maria Isabel, a meus irmãos, Gustavo, Yuri e Aleksandra, e a meus sobrinhos. A meus tios Eduarda e Diógenes que me acolheram nos momentos difíceis, a meus primos, Rafaela, Francisco e Ana Líbia.

A Marcos Vinícius, o leitor mais freqüente dessa obra, pela paciência e o carinho.

A meus amigos, George, Rogério, Aline, Rosana, André, Joilson, Luciana, Nilton, Washigton, Daniela, Josiane, Cledson, Taíse, Adriana, França e Patrícia e às turmas de 2002, 2003 e 2004. Pela dedicação e o carinho durante esses anos de faculdade.

Por fim agradeço a Deus e a Virgem Maria, que está em todos os momentos na minha vida.

Quanto mais incluso for o alcance da educação básica e dos serviços de saúde, maior será a probabilidade de que mesmo os potencialmente pobres tenham uma chance maior de superar a penúria.

Amartya Sen.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>11</b>
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
<b>2.1.1</b>	<b>Os Três princípios do Sistema: Equidade, Universalidade e Integralidade</b>	<b>12</b>
2.2	OS CONCEITOS DE OFERTA E DEMANDA NA ECONOMIA DOS SERVIÇOS DA SAÚDE	15
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NA BAHIA	17
<b>2.3.1</b>	<b>Saúde e Desenvolvimento</b>	<b>17</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Alguns Elementos Sobre a Emenda Constitucional Nº 29/ 2000 e o Plano Nacional de Saúde de 2003</b>	<b>20</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Políticas Públicas de Saúde com Relação ao Estado da Bahia e os municípios de Itabuna e Ilhéus</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
3.1	UNIVERSO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	27
3.2	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	28
<b>4</b>	<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA BAHIA</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>63</b>

## RESUMO

Este trabalho monográfico tem por finalidade fazer uma análise do perfil socioeconômico dos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS em unidades médico-hospitalares, tipo hospital geral, das cidades de Itabuna e Ilhéus no período de março 2008. Além do mais, se presta a examinar a qualidade do sistema nestes municípios, como base em seus princípios: a equidade, a universalidade e integralidade. Tal objetivo atende ao propósito de responder a uma problemática que afeta a estas cidades. Seus Hospitais atendem não somente à população destas, mas também a toda a Região Sul e Extremo-sul da Bahia. Sabe-se que o fluxo de demanda nesses municípios vai além da sua capacidade. A unidade tipo hospital geral foi utilizada para pesquisa por prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas: clínicas médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica. Tendo por finalidade identificar, registrar e avaliar os fenômenos levantados, para observação tanto do perfil socioeconômico quanto para a análise dos princípios do SUS, se os benefícios dados pelo sistema, justo e igualitário, estão sendo garantidos, foi utilizadas coletas de dados primários por meio de aplicação de questionários e dados secundários, provenientes das bases de dados estatísticos dos serviços gerais de saúde, DATASUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), Secretaria Municipal de Saúde, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) suplemento saúde, IBGE, dentre outros. A intenção é possibilitar para os gestores, através dos conhecimentos dos dados, uma possibilidade de integralidade do atendimento e uma maior equidade na saúde.

Palavras Chave: Saúde pública. Hospitais gerais. Oferta. Demanda. Iniquidade. Itabuna. Ilhéus.

## 1 INTRODUÇÃO

Analisar a economia de um país é falar também sobre sua política social e principalmente na área de saúde. Não se pode discutir um aspecto sem o outro. Existe certa determinação do aspecto econômico sobre todos os outros acontecimentos do sistema. Já que o econômico está intimamente ligado à produção de bens e serviços de que necessitamos.

(...) acredita-se que o progresso econômico de um país está diretamente relacionado ao seu desenvolvimento social e isto significa, em parte (a outra parte estaria voltada para a educação), à qualidade de saúde de sua população, que por sua vez, envolve programas de assistência integral e de prevenção, através de seus serviços e sistemas de saúde (...) (SILVA, apud, SILVA, 2001, p. 15, 16).

A constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando princípios tais como: equidade, universalidade e integralidade. Trouxe, de certa forma, uma perspectiva quanto ao atendimento das necessidades de saúde da população. Entretanto não se conseguiu eliminar as exclusões. O atual modelo do setor de saúde está baseado no atendimento hospitalar e de emergência com suporte no cuidado básico que é precário, mesmo que havendo ações de promoção do setor. Assim, o modelo é caracterizado de tipo hospitalocêntrico, fragmentado em especialidades, de alto custo e pouco resolutivo em certos momentos. Deixando a desejar no que diz respeito à qualidade do serviço prestado à população.

Segundo o pesquisador Hudson Pacífico da Silva, do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), da Unicamp, o processo de descentralização da saúde nos últimos doze anos tem apresentado resultados positivos. Mas, devido à heterogeneidade dos estados e municípios brasileiros, muitos não apresentam condições financeiras e humanas para assumir todos os compromissos requeridos nesse novo processo (Descentralização e a municipalização da saúde, 2002).

Porém o que ocorre ainda mesmo com resultados positivos, em determinadas regiões é que,

[...] na maioria dos estados ainda é ausente. A grande maioria oferece pouco ou nenhum empenho na organização e no desenvolvimento de áreas supramunicipais de saúde, e usam a prática de levar "seus doentes" para serem atendidos em cidades vizinhas, que acabam ficando sobrecarregadas, uma prática que prejudica o atendimento dos moradores locais (Descentralização e a municipalização da saúde, 2002).

Com base nisso, faz-se necessário uma análise do perfil dos demandantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Pois, para que se avance numa abordagem de planejamento dos serviços

respeitando a real demanda, ou pelo menos, próxima dela, é necessário equilíbrio sobre a estrutura de demanda e características populacionais dentro do escopo do setor de saúde.

O objetivo geral do trabalho monográfico consiste em analisar o perfil sócio econômico dos demandantes do Sistema Único de Saúde - SUS, por amostragem, em unidades de saúde do tipo hospital geral, de natureza pública, nos municípios de Itabuna e Ilhéus, atentando para os princípios consagrados do sistema: a equidade, universalidade e a integralidade.

A escolha dos municípios de Itabuna e Ilhéus se deve à localização geográfica, pois os dois fazem parte da Região sul da Bahia, onde existem problemas graves de saúde pública, em relação à surtos de doenças, como por exemplo a dengue. A região possui delimitações em relação à qualidade do serviço prestado pelo sistema de atendimento às necessidades de saúde da sua população. Três Hospitais Gerais Público dos dois municípios são responsáveis pelo atendimento a pacientes de toda a região Sul e extremo Sul da Bahia além de parte da região Norte do estado de Minas Gerais.

## **2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Os serviços sociais de saúde, educação e saneamento básico se incluem na categoria de bens meritórios ou semipúblicos que embora possam ser provido pelo setor privado, são frequentemente produzidos pelo setor público devido ao seu elevado conteúdo de externalidades.

Sabe-se que a melhoria das condições de saúde tem uma forte influência no desenvolvimento econômico, pois os serviços de saúde produzem benefícios diretos e indiretos ao desenvolvimento. Assim, foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde, designado de SUS.

Ao longo das décadas de 70 e 80 várias medidas foram tomadas no sentido de tentar responder à crescente demanda por ampliação dos serviços de saúde em âmbito nacional. As análises revelam que até 1988, ao mesmo tempo em que o poder decisório e financeiro estava centralizado em um único órgão do nível central (INAMPS), as atribuições competentes a cada esfera de governo na área de saúde não estavam claramente definidas (SEI, 2001, p. 17).

O SUS foi implantado com a constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de diminuir as desigualdades existentes nos serviços de saúde à população brasileira. Visava o atendimento público obrigatório a qualquer cidadão, sendo proibidas qualquer formas de pagamentos, resultando em:

[...] um avanço de demandas políticas e sociais dos anos 80, propondo um sistema de proteção social que reformulava e transformava toda a organização do setor saúde. Este sistema especificado na Constituição foi denominado Sistema Único de Saúde - SUS. O modelo de atenção à saúde, de acordo com os preceitos constitucionais, passaria a ser universalista, prevendo uma maior equidade na distribuição dos serviços e na atenção a toda a população (MANSUR, 2001, p.14).

A infra-estrutura institucional do Sistema Único de Saúde é composta de centros e postos de saúde, hospitais, hemocentros, fundações e instituições de pesquisa.

De quatro em quatro anos desde o início da implantação do sistema SUS ocorre uma Conferência Nacional na qual são discutidos os assuntos pertinentes à melhoria do sistema.

Através dessa conferência, os cidadãos, usuários do sistema, podem participar da execução e fiscalização das ações de saúde nas esferas de governo federal, estadual e municipal. “Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros” (SESPA - PA). Assim se definem os rumos para o desenvolvimento do SUS no país.

Segundo dados da Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006, o SUS tem hoje uma organização com mais de 63 mil unidades ambulatoriais, 6 mil unidades hospitalares e aproximadamente 440 mil leitos.

### **2.1.1 Os Três princípios do Sistema: Equidade, Universalidade e Integralidade**

Três são os princípios, chamados de doutrinários, que conduzem a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil. São eles: a equidade, a universalidade e a integralidade.

A equidade, enquanto conceito pode ter diversas abordagens. Uma abordagem mais genérica trata a equidade como justiça social. “Essa concepção sobre equidade, embora antiga, foi formulada e sistematizada por John Rawls, em 1971” (BRAZ, 2005, p.18). A outra proposição foi concebida pelo indiano Amartya Sen. Ele trata equidade como capacidade. O proveito individual da equidade deve ser avaliado através das oportunidades que as pessoas têm para o ganho de bem-estar. Desta maneira deve-se observar a capacidade de escolha entre diferentes tipos de vida.

Dentro da teoria econômica a equidade é a distribuição justa da prosperidade econômica e social. “Equidade implica que os benefícios derivados de tais recursos estão distribuídos justamente entre os membros da sociedade” (MANKIW, 2001, p.5). Segundo Mankiw (2001) a sociedade enfrenta um *tradeoff* entre eficiência e equidade em mais decisões de escolha.

Existem duas formas de equidade, a horizontal e a vertical. A horizontal propõe o tratamento igual para iguais e a vertical, sugere que se devem dar tratamentos desiguais para desiguais. “O princípio da equidade reconhece diferenças entre os indivíduos entre si e, portanto, merece tratamento diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes” (PIOLA;VIANA, 1995, p.16). Entende-se por equidade como o tratamento desigual dos desiguais que decorre na intervenção de ações justas.

Supõe-se que os segmentos populacionais de mais baixa renda são desfavorecidos e enfrentam uma discriminação, no sentido do atendimento às suas necessidades de saúde. A imposição de normas gerais para um país tão desigual termina por deixar a desejar na qualidade do serviço prestado, daí a necessidade de reformas urgentes. Acredita-se que os problemas existentes no sistema de saúde são reflexos do sistema político-econômico vigente no país.

A quantidade de serviço ofertado pelo governo é planejada observando-se o custo – benefício de produção desses serviços. Deve haver imparcialidade a análise de bem-estar na sociedade. O critério de análise dos benefícios tenta tornar os bens públicos próximos aos bens privados. O padrão de equidade depende de um conjunto de valores socioeconômicos predominantes na sociedade.

Quanto a questão de saúde em si, alguns autores tratam o conceito de equidade como sendo diferente da equidade no acesso ao serviço de saúde. O consumo ou uso dos serviços de saúde são importantes fatores na desigualdade. Para Travassos (1997), a equidade é um princípio de justiça social.

As injustiças sociais refletem a existência de estratificação da sociedade, que se caracteriza pelo fato de os indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais (TRAVASSOS, 1997, p.2).

Em se tratando de equidade, não se pode deixar de falar no processo de financiamento, ele deve ser equânime na distribuição de recursos *per capita* em cada área ou rede de saúde.

No Brasil a política de financiamento do setor está orientada pelo raciocínio de que o maior aporte de recursos deve ser destinado a municípios com maior e mais complexa capacidade instalada e melhor competência técnica e política para a captação de recursos através de mecanismos ordinários de incentivo (FREITAS, 2001, p.6).

Amartya Sen parte do princípio de que as pessoas são diferentes. Ele trata equidade como capacidade que corresponde às ações de escolhas livres das pessoas.

A capacidade da sociedade de interagir com o estado de direitos, governos e instituições, forma as bases da justiça e democracia. O indivíduo é um agente ativo para mudanças e não deve ser passivo na absorção de benefícios sociais.

A liberdade em Sen (2000) é algo amplo tem haver com direito a escolhas. Essas escolhas somente podem ocorrer mediante chances, oportunidades individuais de participação econômica e política complementares às oportunidades sociais de educação e assistência médica, o que requer ações públicas no sentido.

“Sen acredita que os bens primários rawlsianos (inclua aí a renda) não constituem um parâmetro apropriado de distribuição equitativa desde que não se dê atenção à “liberdade substantiva” das pessoas”. (BRAZ, 2005, p. 28).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, a equidade em saúde é um princípio básico para o desenvolvimento humano.

O sistema deve fornecer todos os serviços disponíveis a todos que precisem e, portanto, deve haver um mecanismo que dê conta de financiar todas as demandas. Em uma sociedade tão heterogênea e desigual como a nossa, na qual diferentes doutrinas, valores e princípios morais se fazem presentes, as necessidades são obviamente diferenciadas e, por conseguinte, a alocação de recursos ou a justiça sanitária do direito à saúde deve ser balizada por outros critérios, como o de poder decidir o que fornecer e para quem (VERAS, 2004).

Já a universalidade é garantida pelo SUS através da gratuidade. O Estado ao garantir o princípio igualitário assume o compromisso de monitorar o desempenho do sistema para que não haja injustiças sociais, permitindo que as pessoas não tenham acesso desigual aos recursos do sistema de saúde. Indivíduos com as mesmas necessidades de saúde devem ter iguais oportunidades no sistema de saúde.

Ela é um outro conceito de acesso aos serviços de saúde. Universalidade é condição fundamental para a equidade. Segundo Medeiros (1999) citado por Piola; Vianna (1995), igualdade e equidade se fundamentam respectivamente nas estratégias de universalização e focalização. “No sistema SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se assim, que barreiras econômicas restrinjam o consumo” (TRAVASSOS, 1997, p. 6).

A universalidade do sistema é garantida pela lei orgânica 8.080/90. O Problema da universalidade na saúde no Brasil e nos municípios de Itabuna e Ilhéus diz respeito às leis "universalistas" frente à escassez de recursos disponíveis. Com isso, se deve priorizar, ou "focalizar" políticas setoriais na área.

O princípio da integralidade, nada mais é do que a garantia do atendimento integral aos pacientes tendo como prioridade a prevenção, sem esquecer dos serviços assistenciais.

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (O SISTEMA ... , 2006, p.3).

Se tratando do âmbito hospitalar a questão da integralidade é mais complexa, ela vista por dois ângulos a integralidade em relação ao atendimento hospitalar em si e a integralidade tendo como inserção o hospital no SUS. O atendimento integral a um pacientes dentro do âmbito hospitalar requer o trabalho de vários profissionais e de um conjunto de tecnologias. Dentro do sistema o hospital contribui para uma maior integralidade.

Se pensamos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel do "contra-referência", mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico (CECÍLIO; MERHY, 2003)

## 2.2 OS CONCEITOS DE OFERTA E DEMANDA NA ECONOMIA DOS SERVIÇOS DA SAÚDE

A oferta e a demanda são forças determinantes do mercado. Segundo Mankiw (2001), os termos oferta e demanda se referem ao comportamento das pessoas que se interagem no mercado. Quantidade de demanda é a "quantidade do bem que os compradores desejam e podem comprar" (MANKIW, 2001, p.67).

"Nos serviços de saúde, o bem-estar das pessoas é o principal objeto de demanda e oferta desses serviços ou os cuidados à saúde dos indivíduos são os principais bens de consumo" (SILVA, 2001, p.16).

Os serviços de saúde, segundo a literatura econômica, são tratados como bens públicos. Os bens públicos ou bens meritórios são aqueles que têm como característica a impossibilidade de excluir o consumidor no processo de consumo. “A não-exclusão implica que o consumo de bens-públicos é exercido de forma coletiva e não individualmente” (SILVA, 1981, p. 86). É com base nesta característica que os benefícios advindos do consumo desses bens não são totalmente internalizados pelo consumidor, mas se estende para toda a sociedade.

“A demanda por um bem ou serviço pode ser definido como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir num determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias” (PIOLA; VIANNA, 1995, p. 99). No caso do bem público, supondo que se podem obter curvas individuais de demanda, a demanda total só pode ser obtida através da soma horizontal das demandas individuais, devido à indivisibilidade do consumo.

Vários são os fatores que afetam a demanda por um bem. Podem ser preferência dos consumidores, a qualidade do produto, o preço do bem ou serviço, o preço de outros produtos ou serviços e a renda disponível do consumidor.

“Do ponto de vista de um indivíduo, a demanda por serviço de saúde é irregular e imprevisível. (...) não se sabe quando e com que frequência ele vai necessitar de atenção médica” (PIOLA; VIANNA, 1995, p. 111). Essa imprevisão compromete a racionalidade de decisão do consumidor em relação aos serviços de saúde. As características próprias do setor de saúde afetam tanto o lado da demanda quanto o lado da oferta. O conceito de demanda, no setor saúde, coincide diretamente com o conceito de necessidade de um indivíduo.

A demanda por saúde indica as necessidades de assistência médico-hospitalar da população. Ela é determinada por fatores sociais, econômicos e culturais. É de grande relevância o conhecimento da formação da demanda para que as soluções alocativas sejam realizadas.

A influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviço quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime (TRAVASSOS, 1997, p.4).

O conhecimento do perfil dos usuários indica qual deve ser a necessidade no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde. Indivíduos com mesmas necessidades de saúde devem ter iguais oportunidades no sistema de saúde.

Desigualdades geográficas no consumo de saúde decorrem das desigualdades existentes no nível social e econômico do país. As desigualdades em saúde não são somente reflexos de uma política de saúde, refletem as desigualdades sociais na sociedade, principalmente no tocante à renda.

Os acordos sociais, inclusive a distribuição de renda, exercem uma forte pressão sobre a saúde de uma população. Isto porque um indivíduo pode não ter acesso a melhores condições de saúde por uma decisão particular sua ou por não se preocupar com sua saúde, mas sim por haver acordos sociais que impeçam este indivíduo de obter uma boa saúde (SOUZA, 2006, p. 14).

## 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NA BAHIA

### 2.3.1 Saúde e Desenvolvimento

Um país possui em dois tipos de ativos sociais, o capital humano e o capital físico que é a riqueza de qualquer sociedade. O capital humano é definido como capacidade das pessoas para a produção e ela pode ser acrescida mediante o consumo de serviços sociais como saúde e educação. Para Amartya Sen, melhorias na saúde pública e nutrição fazem com que a força de trabalho seja mais produtiva, o que leva a um desenvolvimento econômico social mais efetivo.

A liberdade, segundo Sen, é um ponto central para o desenvolvimento por duas razões:

1. A razão avaliatória: a avaliação do progresso tem de ser feita verificando-se primordialmente se houve aumento das liberdades das pessoas;
2. A razão da eficácia: a realização do desenvolvimento depende inteiramente da livre condição de agente das pessoas (SEN, 2000, p.18)

Sen examina a desigualdade com base na maior ou menor capacidade de escolha do indivíduo, ou seja, de oportunidades reais, que permita uma maior liberdade de ações e decisões, acesso a serviços públicos eficientes e assistência social.

Às vezes a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso a água tratada ou saneamento básico. ... a privação da liberdade vincula-se estritamente a carência de serviços públicos e assistência social,... (SEN, 2007, p.18).

A análise da eficiência ou eficácia das instituições é válida como instrumento para medir a efetividade das políticas de saúde, quando não se tem políticas adequadas às necessidades e ao perfil epidemiológico da população.

O IDH do Brasil melhorou consideravelmente segundo o relatório das Nações Unidas para 2007. Saiu de 69º em 2006 para 70º no ranking do IDH em 2007. O IDH (índice de desenvolvimento humano) foi desenvolvido por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, para contestar um outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto - PIB. O IDH é calculado a partir da renda média, da expectativa de vida e da educação dos cidadãos acima de 15 anos (leva em conta apenas o número de matrículas, desprezando indicadores de relevância, como a evasão e os desníveis de aprendizagem). A escala de avaliação varia de 0 a 1, e quanto maior o índice, maior o desenvolvimento humano no país.

Segundo o relatório das Nações Unidas países com desenvolvimento humano elevado têm IDH maior ou superior a 0,800, desenvolvimento humano médio entre 0,500 e 0,799 e desenvolvimento humano baixo, abaixo de 0,500.

Em relação aos estados brasileiros a região nordeste é a que tem municípios com os menores índices de desenvolvimento humano. Segundo o Atlas do Desenvolvimento do Brasil de 2002, os cinco municípios brasileiros com menores índices de desenvolvimento humano são: Airaioses (MA) com 0,486, Traipu (AL) com 0,479, Guaribas (PI) com 0,478, Jordão (AC) com 0,476 e Manari (PE) com 0,467. Segundo dados de 2006 Itabuna possui o terceiro (3º) IDH do Estado da Bahia com 0,748 e Ilhéus o vigésimo segundo (22º) com 0,703. A capital, Salvador, possui o maior índice, com 0,805.

Segundo Ligia Maria Vieira da Silva (2000), dois grandes problemas podem ser encontrados na Região Nordeste na área de saúde: a polarização epidemiológica e as desigualdades na

saúde todos reflexo de uma má distribuição de renda e das desigualdades econômicas e sociais explicita na região.

Em pesquisa realizada pela PNAD (2003), pesquisa domiciliar feita por amostragem, para o Estado da Bahia, entre 1998 e 2003 foi identificado que houve um aumento na procura por serviços de saúde para todas as classes de renda. Esse aumento na demanda estava dirigido para tratamento de doenças em vez de prevenção, principalmente para os de menor renda.

Existe uma relação intrínseca entre o nível de desenvolvimento das cidades e a saúde de seus habitantes. A pobreza segundo Amartya Sen leva à privação da liberdade de se alimentar adequadamente, de se ter uma assistência à saúde adequada, a falta de saneamento básico, etc. Ele observa a pobreza na perspectiva da capacidade e não sob a ótica da renda, ou seja como privação da capacidade.

Para se analisar e avaliar a ação pública destinada a reduzir a desigualdade ou pobreza deve-se olhar à prática política.

[...] a relação entre renda e capacidade seria acentuadamente afetada pela idade da pessoa (por exemplo, as responsabilidades especiais da maternidade e também as obrigações familiares determinadas pelo costume), pela localização (por exemplo, propensão a inundações ou secas, ou insegurança e violência em alguns bairros pobres e muito populosos), pelas condições epidemiológicas (por exemplo, doenças endêmicas em uma região) e por outras variações sobre as quais uma pessoa pode não ter controle ou ter um controle apenas limitado (SEN, 2000, p.110).

Segundo Beatriz Paiva, professora Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, a definição do percentual de recursos financeiros federais, previstos na Constituição Federal para o sistema SUS, foi descumprida pela política econômica nos últimos anos. Em comparação com países da América Latina, como Bolívia, e países como a África do Sul, a porcentagem do PIB destinado à saúde é muito menor no Brasil.

O quadro de desfinanciamento da saúde pública gera o inevitável: intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, precarização da atenção básica preventiva e o predomínio de intervenções tardias, com suas doenças preveníveis não prevenidas, com doenças agravadas não atendidas precocemente, mortes inevitáveis não evitadas, e expansão da saúde privada, via planos de saúde para classe média (PAIVA, 2006, P.5).

O percentual do PIB destinado à saúde vem caindo desde 1999, com a promulgação da Emenda constitucional N° 29. “Em 1999, antes de sua entrada em vigor, se aplicou no sistema de saúde R\$ 18,35 bilhões, o que equivalia a 8,42% da receita corrente da administração federal. Em 2007, o gasto atingiu R\$ 44,29 bilhões, mas a fração da arrecadação tinha caído para 6,72% ” (Última Hora *News*, 03 de junho de 2008).

De acordo com uma matéria do jornal *Última Hora News* (2008), a queda se deve ao reajuste diferenciado disposto na emenda, que terminou elevando as despesas em relação a receita dos municípios e estados. Enquanto o PIB de 1999 a 2007 subiu cerca de 140% as despesas se elevaram para 202%. Assim, a parcela da União destinada ao sistema de saúde cai drasticamente ao longo dos anos.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (2008), a gestão em vigor traçou como diretriz principal a descentralização e democratização da saúde para todo estado da Bahia, através da reordenação do perfil de oferta de saúde baseado no perfil epidemiológico da população. Esta descentralização somente passa a ocorrer com destinação à gestão municipal, de unidades de atenção básica e unidades hospitalares, pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Esta concessão foi dada com base no instrumento legal denominado contrato de cessão de uso.

### **2.3.2 Alguns Elementos Sobre a Emenda Constitucional N° 29/ 2000 e o Plano Nacional de Saúde de 2003**

A divisão de recursos entre as áreas de saúde, previdência e assistência foram pensadas de acordo com as necessidades de cada setor. Ficou estabelecido na constituição de 1988, que a área de saúde ficaria com no mínimo de 30% dos recursos da seguridade social. A cada ano este financiamento seria discutido e analisado.

Para Faveret (2001), o primeiro grande problema enfrentado pelo setor saúde, no que diz respeito ao financiamento é a instabilidade dos recursos disponíveis. Com a vinculação das contribuições dos trabalhadores para Previdência em 1993, o setor de saúde ficou desvinculado do financiamento. O governo resolveu então vincular o recurso do INSS – exclusivamente para a cobertura de gastos com a Previdência. A área de saúde perdeu, dessa forma, uma importante fonte de cobertura de suas necessidades orçamentárias.

Para resolver o problema do financiamento foi promulgada em 13 de setembro de 2000,

[...] a Emenda Constitucional nº 29/2000 com o propósito de dar início ao processo de construção das condições necessárias para alcançar o equilíbrio desejável entre as demandas sociais por serviços de saúde e os recursos necessários ao seu funcionamento, com vistas a diminuir as disparidades regionais. (FAVERET, 2001, p.112).

Ainda segundo Feveret (2001), ficou estabelecido que, de 12% a 15% da receita em impostos fossem transferidos para Estados e Municípios como financiamento à saúde. Esse percentual deveria elevar gradualmente até ao quinto ano após a aprovação.

“A Emenda determina a vinculação dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo – União, estados e municípios - para a saúde,...” (FAVERET. et al. 2001. p.111). No ano da entrada em vigor ficou estabelecido que deveriam ser aplicados à saúde 7% de recursos de base nas receitas, pelos Estados, Municípios e o Distrito Federal.

Apenas com a aprovação da emenda é que ficou explícito qual o papel dos estados e municípios com relação ao financiamento.

Como se pode observar atualmente, entre 2000 - 2008, houve uma queda na destinação de recursos da União para os Estados e Município, pois se previa que a transição da emenda se daria em seis anos e depois disso o Congresso regulamentaria uma nova fórmula de correção de despesas da União, tal não ocorreu. Para os Estados e Municípios, a Emenda fez com que aumentasse suas despesas com saúde. “O gasto dos municípios com saúde subiu de 13,4% das receitas em 2000 para 19,4% em 2007, segundo o Ministério da Saúde. O dos Estados foi de 7,2% em 2000 para 10,6% em 2006” (PERCENTUAL ...2008).

Em 2001, continuando o processo de aperfeiçoamento do sistema SUS foi criada a Norma Operacional da Assistência a Saúde - NOAS, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência médico-hospitalar.

Segundo estudos da SEI publicado em 2000, no Estado da Bahia foi observado um volume maior de recursos para saúde em decorrência da descentralização. Os municípios aumentaram seus gastos com saúde e educação. O quadro sobre intensidade de recursos é bastante

diferente entre municípios por causa da arrecadação, e dotação orçamentária em cada um deles.

O Plano Nacional de Saúde foi construído em 2003 tendo como referência as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde e suas diretrizes foram aprovadas em 2004.

A identificação da ineficácia, no que diz respeito ao acesso a saúde, à melhoria da assistência médico-hospitalar e problemas de todas as ordens ligados ao sistema de saúde brasileiro é o que conduziu à criação de tal plano nacional para o setor.

Considerou-se na aprovação do plano, a necessidade da redução das desigualdades na área de saúde; a melhoria das condições de saúde da população; a participação e o controle social das ações e serviços de saúde, tudo se forma a responder as demandas e necessidades prioritárias do País em matéria de saúde.

A operacionalização do Plano Nacional de Saúde (PNS) só ocorre em consonância com os programas e projetos de saúde. As metas e diretrizes do Plano Nacional de Saúde se distribuem entre as linhas seguintes: a melhoria das condições de saúde, gestão, saúde e investimento. O intuito de reorganizar todas as estruturas relativas à saúde. No que tange aos hospitais, o objetivo do Plano é redefinir o papel destes no campo assistencial, de modo a possibilitar a integralidade e equidade no sistema. Faz parte do conjunto de estratégias, a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira – hospitais universitários e políticas específicas para os hospitais de pequeno porte. “A reorganização hospitalar preconizada compreende (...) a identificação e implementação de modalidades alternativas à atenção hospitalar, tais como, a internação domiciliar ou hospital em casa” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE. 2005. p.48).

O que se busca no plano, é melhorar, reorganizar a atenção ambulatorial e os atendimentos de urgência e emergência, organizar a rede local de atenção hospitalar ao nível de assistência e atenção a urgências. Para isso fez-se necessário identificar os déficits de assistência em cada região do país.

Segundo dados de julho de 2007 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES existem no Brasil, um total geral de 504.128 leitos hospitalares, sendo que destes 73,72% são

leitos destinados ao SUS e 26,28% não são do sistema SUS. Dados 2003, do CNES, 70% dos leitos são procedentes de hospitais gerais.

### **2.3.3 Políticas Públicas de Saúde com Relação ao Estado da Bahia e os Municípios de Itabuna e Ilhéus**

Artigo do blog Jacarandá da Bahia (2007), diz que o estado da Bahia possui um dos piores índices de saúde do Brasil,

Segundo o secretário, entre 2000 e 2006, a Bahia foi o estado do Nordeste brasileiro que teve o menor índice de cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF); ostenta um dos piores índices em relação à oferta de leitos hospitalares; é o estado com maior índice de mortalidade materna da região nordestina; tem a mais baixa oferta de transplantes entre os estados do Nordeste e também lidera os casos de tuberculose da região (SECRETÁRIO..., 2007).

A partir de 2007 o governo formulou alguns princípios que devem reger a gestão do setor de saúde. Considerou-se que: a defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser universal, humanizado e de qualidade; o compromisso do governo com a geração de emprego, distribuição de renda e garantia de direitos da cidadania; ampliação da esfera pública, inclusão social e redução das desigualdades; superação da precarização das relações e condições de trabalho e remuneração dos trabalhadores de saúde, com destaque para os agentes comunitários de saúde; efetivação da integralidade da atenção mediante mudança do modelo de atenção à saúde; intervenção nos determinantes sociais da saúde, melhorando a coesão social, as redes de proteção social, a cultura da paz e a justiça social, ao tempo em que se procura reduzir o número de mortes e doenças, o sofrimento mental, os riscos sócio-ambientais, os acidentes e as violências; reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas de saúde; dentre outros.

Ao nível dos municípios, os problemas enfrentados podem ser relativos ao estado de saúde da população, quanto às práticas de serviços no sistema. O quadro de problemas de saúde nos municípios de Itabuna e Ilhéus podem variar em função de pontos de vista dos diversos atores envolvidos. Uma visão é o financiamento de saúde, que é oneroso para municípios que não conseguem arcar com despesas referentes à gestão do setor. Um outro aspecto é a ineficiência na gestão do sistema como um todo.

O município de Itabuna possui uma área de 444Km<sup>2</sup>, com população de 206.339 habitantes segundo dados do IBGE para 2007. Localizada na macro região do Sul da Bahia. Trata-se de um pólo macro e micro regional em relação à saúde. O município de Ilhéus com uma área de 1847Km<sup>2</sup> tem 220.750 de habitantes. Faz parte também da macro região Sul da Bahia. Não é um pólo de referência macro regional, mas sim micro regional.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB (2008), Itabuna é um dos pólos em que deve ser reforçada a prestação de saúde à população, principalmente na assistência de serviços de média e alta complexidade de forma a evitar o deslocamento de pacientes para redes hospitalares da capital do Estado, Salvador, o que garantiria o atendimento no próprio local, mais próximo da residência do paciente.

Segundo Jorge Solla, ex-secretário de saúde do município de Itabuna, e atual secretário Estadual de Saúde, em entrevista para o jornal “A Região” em 16 de fevereiro de 2008, os problemas enfrentados pelo setor saúde no município de Itabuna não estão vinculados à falta de recursos, mas sim a ineficiência de gestão. De acordo com Solla, houve um aumento no repasse de recursos de cerca de 30% em 2007, destinados somente para os serviços de alta e média complexidade local.

Nas palavras do Secretário de Saúde do Estado,

Só para alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, o município recebeu R\$44.978.876,65 (quarenta e quatro milhões novecentos e setenta e oito milhões oitocentos e setenta e seis reais e sessenta e cinco centavos) o ano passado (SOLLA, 2008).

A prefeitura de Itabuna deixou de repassar em 2007, cerca de R\$6,9 milhões para a fundação que mantém a administração do Hospital de Base, fazendo com que atendimentos caíssem em 60%.

Uma auditoria realizada pela SESAB em 2007 (segundo o jornal a Região) apurou que era ilusória a falácia de que o município de Itabuna não recebia pelos pacientes dos outros municípios. 66% da verba destinada à alta e média complexidades e repassadas pelo governo federal servem para atender os pacientes não residentes.

Para ano de 2008 algumas medidas foram planejadas ao nível do governo estadual, em relação aos municípios de Itabuna e Ilhéus.

Para uma melhor qualidade na prestação dos serviços de saúde nestas cidades, as medidas adotadas foram divididas em linhas gerais de planejamento tais como: assistência farmacêutica, atenção básica à saúde, atenção especializada e segurança transfusional, educação em saúde, financiamento da saúde, gestão do trabalho em saúde, investimento na rede física de saúde, participação de controle social, promoção da saúde, saúde dos idosos, vigilância da saúde, etc. E também por linhas de ação: gestão democrática; solidária e efetiva do SUS; gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; vigilância de riscos e agravos à saúde individual e coletiva; atenção à saúde com equidade e integralidade; expansão, intervenção e inovação tecnológica em saúde, segundo dados da SESAB – 2008.

Em linhas gerais o que pode ser observado dos dois quadros a seguir, dizem respeito ao planejamento de linhas de ação, onde se estabelecem propostas através da secretaria de saúde para maior eficiência e equidade nos serviços prestados nos municípios de Itabuna e Ilhéus, com destaque para as Áreas de Regulação da Assistência em Saúde, Gestão do Trabalho em Saúde e Investimentos em Saúde. As linhas de ação foram definidas como, Atenção da Saúde com Equidade e Integralidade, que condicionam uma melhor eficiência e equidade nos serviços prestados principalmente em relação aos serviços hospitalares.

Das propostas aí dispostas tanto para Itabuna quanto para Ilhéus, deve se destacar o investimento na área física, o que proporcionará atendimento a um maior número de pessoas, pois se sabe que há uma demanda por atendimento no SUS maior que sua oferta. E em Ilhéus, especificamente, a reativação do Hospital Santa Isabel, poderá contribuir para uma maior integralidade do sistema e uma maior equidade.

Área de Planejamento -- Itabuna	
Áreas de Planejamento	Propostas
Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecimento contínuo de medicamentos para tratamento de agravos.</li> <li>• Manter estoque constante de medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde.</li> </ul>
Regulação da Assistência à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturar as instâncias e conscientizar os profissionais de saúde para a necessidade de agilizar o encaminhamento dos pacientes.</li> </ul>
Vigilância da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer parceria entre secretaria municipal de saúde, secretaria de infra-estrutura e obras, através das associações de moradores e população, no sentido de identificar e resolver os problemas locais de saneamento.</li> </ul>
Investimento na Rede Física de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prover recursos materiais suficientes para atendimento adequado nas unidades da rede municipal de saúde.</li> </ul>
Participação e Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar ou Implementar e avaliar as políticas de saúde direcionadas aos princípios e diretrizes do SUS, com a participação dos usuários gestores e prestadores.</li> </ul>
Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer parcerias para desenvolver de um plano de capacitações em programas da atenção básica para os profissionais da rede.</li> </ul>
Financiamento da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o teto financeiro para realização de procedimentos de média e alta complexidade, com base em critérios populacionais e epidemiológicos.</li> </ul>
Regionalização/Programação de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer a macro regional, através de reuniões mensais entre os municípios, em busca e novos serviços e recursos.</li> </ul>

Quadro 1. Área de Planejamento – Itabuna.

FONTE: Adaptada de Mapa da Bahia – Proposta Área de Planejamento – SESAB. 2008.

Área de Planejamento -- Ilhéus	
Áreas de Planejamento	Propostas
Vigilância da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetivar, pelos órgãos públicos competentes ações e práticas integradas e sinérgicas em saúde, rompendo as barreiras da realização da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.</li> </ul>
Investimento na Rede Física de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reativação do hospital Santa Isabel</li> </ul>
Saúde de Populações Estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação das ofertas de necessidades especiais a título de medicamentos aparelhos dessas necessidades.</li> </ul>

Quadro 2. Área Planejamento – Ilhéus.

FONTE: Adaptada de Mapa da Bahia – Proposta Área de Planejamento – SESAB. 2008.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 UNIVERSO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Especificamente, a monografia visa, analisar o perfil socioeconômico da população que demanda assistência médico-hospitalar nas cidades de Itabuna e Ilhéus, usuários de unidades tipo Hospital-Geral Público, observando-se as variáveis: sexo, renda média familiar, cor de pele, localização geográfica, idade, escolaridade, estado civil, ocupação (desempregado ou empregado). Pelo lado da oferta observar a taxa de cirurgias, a taxa de ocupação de leitos e outras utilidades médicas atendidas nas unidades hospitalares; outros serviços atendidos e com base neste perfil da demanda diagnosticar as necessidades de saúde da população nos municípios de Itabuna e Ilhéus.

Com relação à metodologia, o trabalho trata de uma pesquisa que combinará o enfoque de pesquisa empírica (trabalho de campo) e teórica. O estudo consta de uma pesquisa exploratória e descritiva, que tem por finalidade identificar, e analisar os fenômenos na área de saúde nos dois municípios, tendo como referencial teórico elementos da economia de saúde. Serão utilizados dados secundários disponíveis e primários obtidos com a aplicação de questionários juntos aos pacientes de unidades municipais de saúde.

Alguns conceitos serão utilizados como igualdade e justiça que formam a base da teoria de equidade do Amartya Sen. A sua teoria permite, associá-lo ao conceito de igualdade, trazer para a saúde conceitos que vão além da dicotomia de justiça social e igualdade.

O caminho traçado pelo autor, embora situado no campo de interfaces entre a ética, a economia e a filosofia política, constitui uma boa referência para uma mudança de foco da análise sobre as desigualdades econômicas e sociais que visem à formulação e implementação de políticas públicas orientadas à equidade no campo da saúde (LUCCHESI, Patrícia. T. R, 2003, p. 442).

O universo da pesquisa é composto de unidades hospitalares gerais na cidade de Itabuna e Ilhéus. Os hospitais gerais são aqueles destinados a prestar assistência sanitária à doentes, em especialidades básicas, como clínicas médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica. Serão utilizados na pesquisa, somente hospitais de natureza pública que fazem parte do Sistema Único de Saúde, incluindo-se o hospital Santas Casa. Na cidade de Ilhéus, o Hospital Geral Luis Viana Filho e na cidade de Itabuna, o Hospital Calixto Midlej Filho (Santa Casa de

Misericórdia de Itabuna), composto das unidades Santa Cruz e Manoel Novaes, e o Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães.

### 3.2 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Com base na amostra, o perfil socioeconômico dos usuários do sistema SUS será analisado nas unidades hospitalares consideradas. Na estatística o instrumento para o tratamento e análise de dados para a verificação do fluxo de demanda nestes hospitais em Itabuna e Ilhéus.

A análise dos princípios do SUS, definidos como, equidade, neutralidade e integralidade será realizada a partir da sistematização de dados secundários que caracterizam os dois Municípios, tendo como fonte de informação, o sistema nacional de informação do Ministério da Saúde, composto de: Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), todos os integrantes do DATASUS e da SESAB (Secretaria da Saúde da Bahia).

A análise do perfil socioeconômico dos usuários do sistema SUS nos municípios de Itabuna e Ilhéus consistirá de dados primários provenientes da aplicação de questionários nos hospitais. O emprego do questionário de demanda foi efetivado nos dias 26, 27 e 28 de março de 2008, em Itabuna, nos hospitais: Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (Hospital Santa Cruz) e em Ilhéus no Hospital Geral Luis Viana Filho.

Variáveis importantes usadas foram dados sobre a capacidade instalada dos hospitais gerais, e os agravos de notificação ocorridos. Os indicadores sobre a referência socioeconômica e demográfica dos municípios foram analisados.

No questionário, considerou-se tanto as variáveis quantitativas (renda, custo para se locomover ao hospital, custo para pernoitar nos municípios), quanto qualitativos como, sexo, idade, cor de pele, estado civil, situação empregatícia, local de residência, meios de locomoção utilizada, tipo de assistência hospitalar, satisfação com o atendimento SUS, e melhorias que podem ser feitas no hospital.

Para estimativa do tamanho amostral o Universo da pesquisa considerado, foi o número de habitantes nos municípios considerados de 206.339 em Itabuna, e 220.750 em Ilhéus, baseados em dados do IBGE para 2007.

Sendo assim de um universo total de 427.089 habitantes, observa-se que o N é finito muito grande, dessa forma não é necessário considerar o tamanho N. Nesse caso, o cálculo da primeira aproximação foi suficiente para a estimativa da amostra. O erro amostral (Eo) tolerável para 10% foi então:

$$n = \text{tamanho da amostra} = n_0 = 1/ Eo^2$$

$$n_0 = \text{primeira aproximação do tamanho da amostra} = 1/ Eo^2$$

$$Eo = \text{erro amostral tolerável} = 10\%$$

$$\text{logo, } n = 100.$$

Com referência o livro, Estatística Aplicada às Ciências Sociais, cap.3. Pedro Alberto Barbeta. Ed. UFSC, 5ª Edição, 2002.

Há de se enfatizar que a coleta dos dados para pesquisa foi restrita devido à falta de financiamento para pesquisa. Originando, desta forma, um número pequeno de amostras, o que conseqüentemente levou a resultados menos satisfatórios.

Para a análise e descrição estatística, cabe ressaltar que foi utilizado o software SPSS 10,0.

O número de amostra (100) foi dividida proporcionalmente pelo número de municípios e hospitais gerais a serem analisados, dois hospitais em Itabuna e um hospital em Ilhéus, ou seja, foram aplicados 50 questionários em Ilhéus e 50 questionários em Itabuna distribuídos entre os seus dois hospitais.

Deve-se destacar que, a geração das informações em saúde não pode conter dados considerados inteiramente confiável (tanto os secundários como os primários), em virtude de problemas que envolvem desde sua coleta, produção, compilação, até o processamento final e divulgação dos mesmos.

#### 4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA BAHIA

O problema de saúde de uma região pode ser observado de diversas formas, considerando as condições de morbidade, mortalidade e o perfil epidemiológico da população. O principal enfoque analisado neste estudo é a análise da oferta e demanda nos hospitais gerais públicos em Itabuna e Ilhéus. O perfil sócio-econômico dos usuários do Sistema Único de Saúde, e a questão da equidade.

É com base no número de habitantes e no perfil epidemiológico que é estimada a verba do Ministério da Saúde para cada município do país. A análise do perfil sócio econômico dos municípios é de importância para o diagnóstico do problema de saúde na região.

Primeiramente será descrito o perfil populacional e epidemiológico do Estado da Bahia, considerando, saneamento, morbidade hospitalar, nascimento, mortalidade e número de internações em termos de seus valores médios, essa análise serve de base para perceber as características existentes no Estado.

Conforme dados de 2007 da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Caderno de Informações de Saúde), o estado da Bahia possui uma população estimada em 14.083.710,00 de habitantes, sendo em maioria de sexo feminino (Gráfico 1).

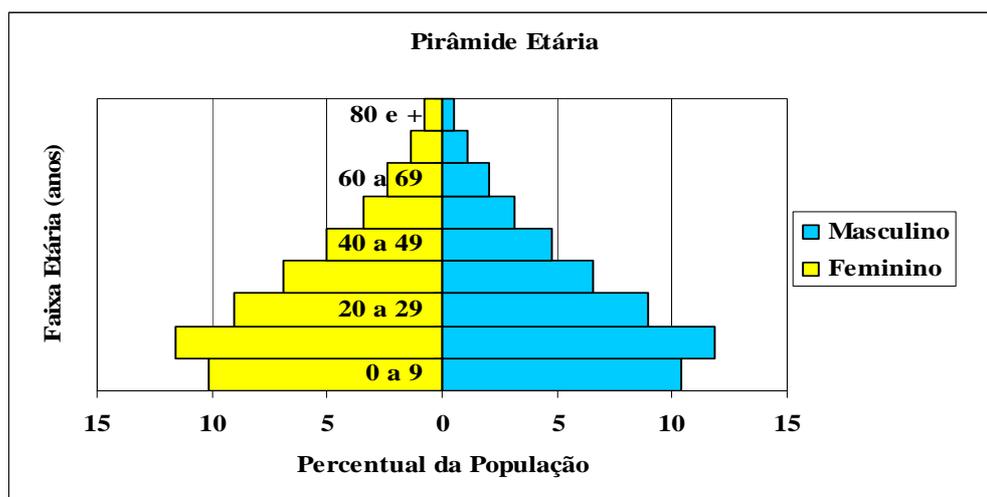


Gráfico 1. Pirâmide Etária população da Bahia.

Fonte: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – Caderno de Informações de Saúde. 2006.

Na Bahia segundo dados do Ministério da Saúde (Caderno de Informações de Saúde), até o ano 2000, aproximadamente 25,8% da população residente não tinha qualquer tipo de instalação sanitária dentro de suas casas.

Deve-se observar que a proporção de fossas rudimentares de 28,4% é bastante expressivo. Segundo a OMS 70% da mortalidade infantil no Brasil estão vinculadas a poços e fossas, os resíduos migram da fossa rudimentar para os poços, contaminando dessa forma a água. Abaixo, a tabela mostra a proporção de moradores por tipo de instalação sanitária no Estado da Bahia.

Tabela 1. Proporção de Moradores por Tipo de Instalação Sanitária na Bahia.

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	6,2	32,5
Fossa séptica	17,2	7,7
Fossa rudimentar	23,2	28,4
Vala	3,5	2,7
Rio, lago ou mar	-	1,8
Outro escoadouro	8,6	1,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,3	-
Não tem instalação sanitária	41,0	25,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos. 2006.

Outros dois indicadores importantes são a natalidade e a mortalidade. Os dados a seguir analisados fazem parte do Caderno de Informações de Saúde, das estatísticas DATASUS em 2006.

De 1996 à 2006, houve uma tendência de aumento da taxa de natalidade, em média de 17,66%. A taxa de partos é de cesáreos 27,5% e a proporção de nascidos com mães entre 10 e 19 anos é de 25,1%, registrou-se aumento significativo no número de partos cesáreos entre 1996 e 2005, de 21% para 27%, respectivamente.

Tabela 2. Natalidade – Bahia.

Condições	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de nascidos vivos	198.253	229.256	234.630	242.721	239.530	235.725	237.375	239.017	234.454	231.065
Taxa Bruta de Natalidade	15,8	18,0	18,3	18,7	18,3	17,8	17,8	17,8	17,3	16,7
% com premeturidade	4,9	3,6	4,4	3,5	7,6	6,6	6,2	5,8	5,9	5,4
% de partos cesáreos	20,9	21,6	20,2	20,0	21,4	22,7	23,0	24,1	25,9	27,5
% de mães de 10-19 anos	25,2	26,3	26,6	26,5	26,9	26,7	25,9	25,6	25,3	25,1
% de mães de 10-14 anos	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	1,1	1,0	1,1
parto-geral	8,0	7,6	7,6	7,2	7,3	7,5	7,9	8,1	8,1	7,9
- partos cesáreos	8,2	7,7	8,0	7,6	7,8	8,0	8,5	8,5	8,8	8,7
- partos vaginais	8,0	7,6	7,5	7,1	7,1	7,4	7,7	8,0	7,9	7,6

Fonte: Adaptada do SINASC 2006.

Com base na taxa bruta de mortalidade – TBM, pode-se analisar a evolução da mortalidade no estado da Bahia. A TBM representa a razão entre o número de óbitos ocorridos no período e a média do número de habitantes no mesmo período.

Tabela 3. Indicadores de Mortalidade do Estado da Bahia.

Outros Indicadores de mortalidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de óbitos	58.521	59.654	61.025	63.422	64.103	64.791	64.687
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	4,5	4,6	4,6	4,8	4,8	4,8	4,7
% óbitos por causas mal definidas	29,9	29,7	26,7	25,4	25,7	24,8	25,3
Total de óbitos infantis	5.577	6.380	5.744	5.417	5.505	5.157	5.023
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	1.006	1.792	866	510	462	377	257
% de óbitos infantis no total de óbitos *	9,5	10,7	9,4	8,5	8,6	8,0	7,8
% de óbitos infantis por causas mal definidas	18,0	28,1	15,1	9,4	8,4	7,3	5,1
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	23,0	26,6	24,4	22,8	23,0	22,0	21,7

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\* Considerando apenas os óbitos

Fonte: SIN/SINASC. 2006.

Os dados ilustrados na tabela 3 leva dedução de que houve uma queda no percentual de óbitos infantis de 1999 para 2005, de 9,5% para 7,8%. Entretanto, o número é considerado elevado. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, o número aceitável neste caso, é de 10 mortes para cada grupo de mil nascidos vivos. O estado da Bahia possui 21,7 mortes por mil, muito acima do admissível, no ano de 2005. Os números sobre a mortalidade infantil podem ser modificados com a garantia do acesso aos serviços de saúde públicos e de qualidade.

Quanto às causas da mortalidade o gráfico 2 apresenta a participação dessas causas, considerando dados de 2005 para o estado da Bahia.

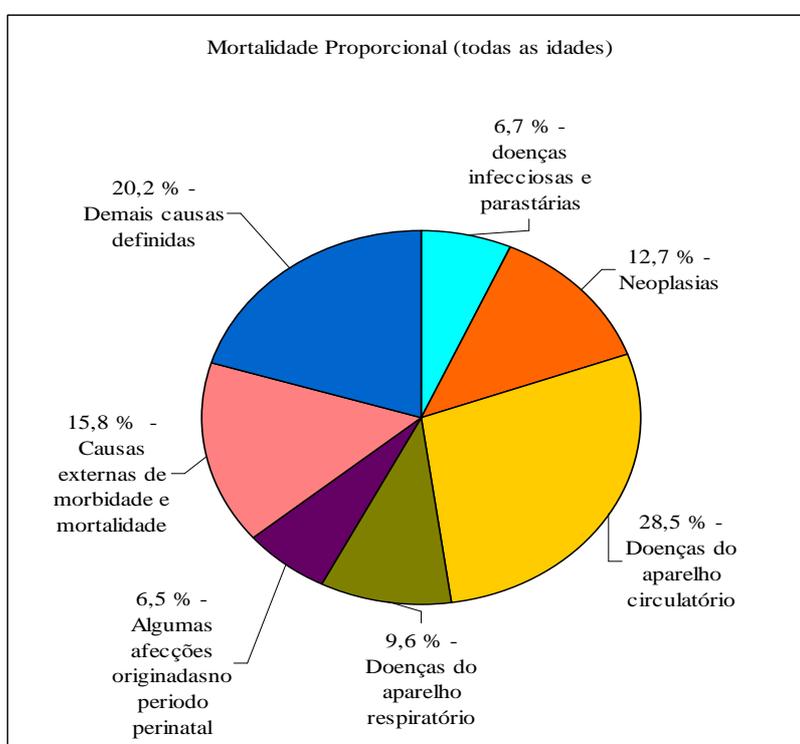


Gráfico 2. Mortalidade Proporcional por Causa no estado da Bahia.

Fonte: DATASUS – Caderno de Informações de Saúde. 2006.

O que se pode notar é a existência de um número expressivo (28,5%) de mortes causada por doenças do aparelho circulatório (diabetes, pressão alta, excesso de peso, etc.), e por causas externas (15,8 %) (mortes violentas e por acidente de trabalho) tanto de morbidade quanto de mortalidade. O número de mortes por doenças do aparelho circulatório ocorre pelo fato da má nutrição da população e pela restrição de acesso ao serviço de saúde adequado. A prevenção é a melhor forma de se evitar essas causas de mortalidade. Estes cenários se explicam por causa de um sistema de saúde pública voltado para o atendimento hospitalar, em que as pessoas acabam por buscar assistência médica quando já se entram na fase crítica da doença.

A abordagem sobre a mortalidade aqui feita levará em consideração dois grupos de doenças – as transmissíveis ou infecciosas e as doenças crônicas ou não transmissíveis.

Tabela 4. Morbidade Hospitalar por Grupo de Causas e Faixa Etária no estado da Bahia.

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2006										
Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. <sup>1</sup>	25,2	29,4	20,0	16,8	6,0	6,8	11,6	13,4	13,0	12,0
II. <sup>1</sup>	0,6	1,2	2,5	3,4	1,2	4,7	7,6	5,3	5,9	4,0
III. <sup>1</sup>	0,3	0,5	0,9	1,0	0,4	0,4	0,6	0,7	0,7	0,5
IV. <sup>1</sup>	2,3	1,9	1,4	1,3	0,5	1,3	4,9	6,0	5,7	2,2
V. <sup>1</sup>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,1	1,0	0,1	0,2	1,2
VI. <sup>1</sup>	1,1	0,8	1,2	1,3	0,5	0,9	1,6	1,7	1,6	1,1
VII. <sup>1</sup>	0,1	0,3	0,7	0,6	0,2	0,5	3,8	5,0	5,0	1,2
VIII. <sup>1</sup>	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
IX. <sup>1</sup>	0,2	0,2	0,5	1,2	0,9	5,5	22,7	26,5	26,1	7,8
X. <sup>1</sup>	32,8	44,5	34,3	24,1	6,7	6,8	14,0	18,1	17,2	15,6
XI. <sup>1</sup>	3,3	7,3	11,7	9,6	4,0	9,4	13,6	8,7	9,5	8,9
XII. <sup>1</sup>	1,2	1,7	2,2	2,2	0,8	1,1	1,6	1,5	1,5	1,3
XIII. <sup>1</sup>	0,1	0,4	2,1	3,6	1,2	2,1	2,9	2,3	2,3	1,9
XIV. <sup>1</sup>	1,0	2,6	4,9	4,9	3,4	9,5	6,4	4,5	4,7	6,7
XV. <sup>1</sup>	0,0	-	-	10,1	66,9	39,9	0,3	0,2	0,2	25,4
XVI. <sup>1</sup>	27,8	3,7	1,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
XVII. <sup>1</sup>	2,2	1,7	2,4	2,1	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	0,9
XVIII. <sup>1</sup>	0,6	0,5	0,7	0,8	0,4	1,0	1,9	2,2	2,2	1,1
XIX. <sup>1</sup>	0,9	3,0	10,7	13,6	5,4	6,4	4,8	3,6	3,7	5,7
XX. <sup>1</sup>	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. <sup>1</sup>	0,1	0,3	1,6	2,0	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	0,7
CID 10 <sup>a</sup> <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. 2006.

1

I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II – Neoplasia (Tumores); III – Doenças sangue órgãos hemat. e transtornos imunitários; IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V – Transtornos mentais e comportamentais; VI – Doenças do sistema nervoso; VII – Doenças do olho e anexos; VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide; IX – Doenças do aparelho circulatório; X – Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XII-Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII-Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV-Doenças do aparelho geniturinário; XV- Gravidez parto e puerpério; XVI. Algumas afec originadas no período perinatal; XVII - Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII- Sintomas, sinais e achados anorm. exemplo clínico e laboratório; XIX. Lesões eventuais e algumas outras conseqüências, causas externas; XX-Causas externas de morbidade e mortalidade; XXI. Contatos com serviços de saúde; CID 10<sup>a</sup> Revisão não disponível ou não preenchido.

Nota-se que, na faixa de idade compreendida entre menos de um ano até os catorze anos há uma maior incidência de doenças de causa parasitária, infecciosa e doenças do aparelho respiratório. Já as doenças do aparelho circulatório têm maior incidência na faixa de idade a partir dos cinquenta anos.

No plano da Assistência Hospitalar pode-se ressaltar que é enorme o número de mortes por clínica médica, cuidados prolongados (crônicos) e fisiologia (doenças pulmonares) no estado da Bahia, como pode ser notado na tabela abaixo.

Tabela 5. Número de Internações e Valores – Bahia.

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade.								
(por local de internação)								
2006								
Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	231.146	25,9	152..221.724,90	37,5	658,55	3,2	2.967	1,3
Obstetrícia	225.741	25,3	82..356.216,65	20,3	364,83	2,0	59	0,0
Clínica médica	275.707	30,9	94.358.443,04	23,2	342,24	4,6	12.932	4,7
Cuidados prolongados (Crônicos)	1.442	0,2	7.425.040,62	1,8	5.149,13	85,9	284	19,7
Psiquiatria	9.144	1,0	12.861.140,78	3,2	1.406,51	47,1	25	0,3
Fisiologia	1.166	0,1	1.046.404,20	0,3	897,43	26,3	126	10,8
Pediatria	146.760	16,4	53.699.661,19	13,2	365,90	4,1	2.027	1,4
Reabilitação	1.967	0,2	2.086.856,45	0,5	1.060,93	24,0	24	1,2
Psiquiatria - hospital dia	387	0,0	269.343,74	0,1	695,98	28,2	-	-
<b>Total</b>	<b>893.460</b>	<b>100,0</b>	<b>406..324.831,57</b>	<b>100,0</b>	<b>454,78</b>	<b>4,1</b>	<b>18.444</b>	<b>2,1</b>

Fonte: SIH/SUS apud. Caderno de Informações de Saúde – DATASUS. 2006.

Se gasta muito com as internações por clínica cirúrgica e clínica médica, sendo que boa parte dessas internações poderia ser evitada, se existisse um plano ou programas de prevenção.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será discutido primeiramente nesse capítulo o resultado dos dados referentes a Ilhéus e logo após os resultados de Itabuna.

Em Ilhéus existem cinco estabelecimentos do tipo de unidade hospitalar geral, discriminadas como, A Casa de Saúde São Jorge PS. José Maria de Magalhães, Hospital de Ilhéus, Hospital e Maternidade Santa Isabel, Hospital Geral Luis Viana Filho e o Hospital São José Maternidade Santa Helena. O Hospital Geral Luis Viana Filho foi escolhido intencionalmente para efeito de realização desta pesquisa, pelo fato ser o único hospital público local.

O Hospital Geral Luis Viana Filho se localiza no bairro Conquista em Ilhéus, é considerado um tipo de unidade hospitalar geral, de esfera administrativa e gestão estadual. A natureza da sua organização é do tipo administração direta da saúde (MS, SES e SMS). Segundo dados obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, no Luís Viana Filho tem 85 profissionais funcionários ligados ao SUS sendo que deste total 48 são médicos. Profissionais que não pertencem ao SUS são 76 funcionários. O hospital atende serviços ambulatoriais, de internação, SADT e urgência médica, todos conveniados pelo sistema SUS.

Com referência à quantidade de leitos o hospital oferece 33 leitos para Cirurgia Geral, todos conveniados ao SUS; dos leitos clínicos são ofertados 4 leitos para AIDS e 61 para Clínica Geral, sendo todos os leitos do SUS. Em relação a leitos complementares são oferecidos aos usuários do SUS um número 8 a Unidade de Isolamento e 3 para Unidade Intermediária. Para a pediatria clínica são em número de 23. Para a psiquiatria, 30 e para Tisiologia (doenças do aparelho respiratório). Ao todo são 162 leitos ofertados aos usuários do SUS. Cabe ressaltar que os outros estabelecimentos de saúde já citados apesar de serem possuírem a esfera administrativa privada, possuem também leitos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Ao todo o município de Ilhéus possui 587 leitos destinados aos pacientes do sistema SUS distribuídos entre as diversas especialidades e 103 leitos particulares, resultando num total de 690 leitos, para atender a demanda de uma população de 220.750 habitantes (fonte IBGE). A OMS recomenda que se tenha cerca de 4 leitos por mil habitantes. Nesse caso, Ilhéus tem um

índice aproximado de 3,13 leitos por habitantes, ou seja, deveriam haver por volta de 883 leitos para a demanda populacional existente. O método para o cálculo é baseado em:

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares}}{\text{População total residente, ajustada para o meio ano.}} \times 100$$

Observando-se apenas os leitos do SUS, esse índice é de 2,66 leitos por habitantes, muito abaixo do desejável.

Cabe ressaltar que esses índices não faz referência à população não residente, que utiliza também o sistema de saúde local. Conforme dados do Caderno de Informações de Saúde – DATASUS, de 2006 ocorreram um total de 16.298 internações nas várias especialidades.

Dados da pesquisa realizada junto de 50 entrevistados no fundo desta monografia, indicam o seguinte: sendo 100% usuários do SUS, 78% estão satisfeitos com o atendimento no Hospital Geral Luis Viana Filho. Dos 22% que não estão satisfeitos, 45% culpam a demora no atendimento como fator preponderante á insatisfação. O que pode ser observado com base nas entrevistas é que essa demora se dá pelo fato principal de não haver funcionários em número suficientes para atender à demanda. No momento em que a pesquisa foi realizada, o Hospital Luis Viana Filho era o único local que tinha serviços médico-pediatra de acesso aos usuários do SUS. Para atendimento ambulatorial básico (pronto-socorro).

Estas cinquenta pessoas questionadas durante a pesquisa se encontravam na sala de emergência do pronto-atendimento entre as sete horas às onze da manhã, ou seja, não havia chegado à metade do dia e já havia um número elevado de pessoas no atendimento. Muito mais pessoas estavam à espera de assistência e não quiseram responder aos questionários.

Questionando sobre se o hospital poderia oferecer um atendimento melhor, 90% disseram que sim, como pode ser observado no gráfico abaixo.

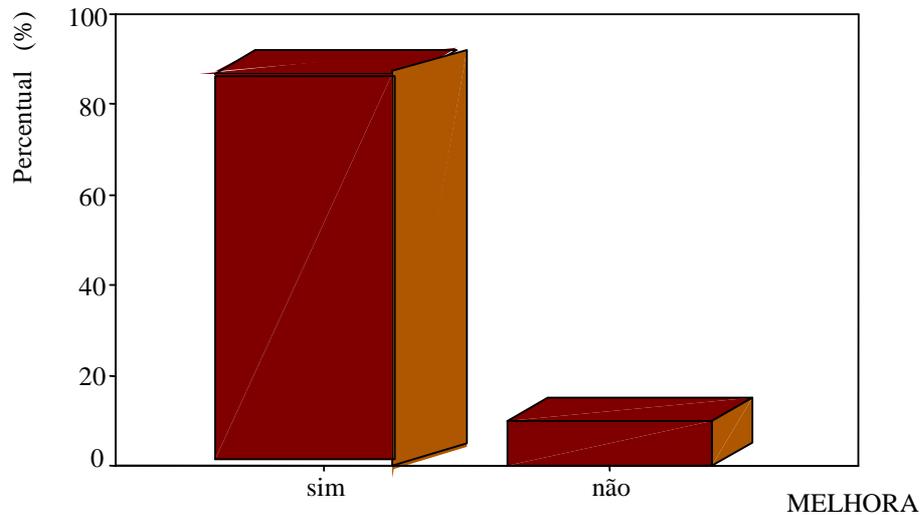


Gráfico 3. Resposta dos usuários sobre a melhoria no atendimento.  
Fonte: Elaboração Própria.

Dos usuários que são de opinião de que deveriam ter um melhor atendimento, 38% acham que o atendimento poderia ser mais rápido, 14% que deveriam ter mais médicos, seguidos por melhor atendimento interpessoal (médico com o paciente) e a limpeza do hospital, com 6%.

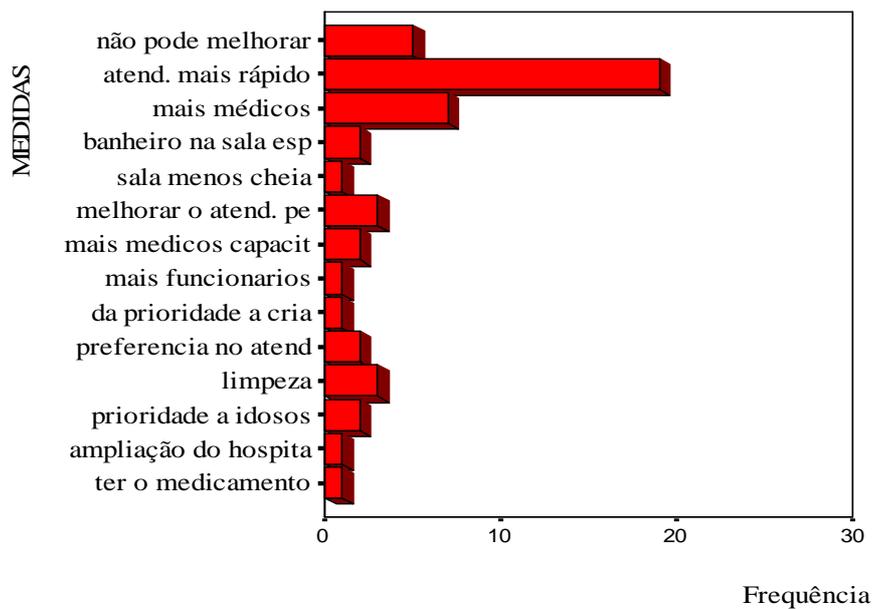


Gráfico 4. Distribuição da preferência dos usuários do Sistema SUS.  
Fonte: Elaboração Própria.

A tabela abaixo apresenta o número de internações realizadas no município de Ilhéus durante 2006:

Tabela 6. Número de Internações e Valores – Ilhéus.

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade.								
(por local de internação)								
2006								
Especialidade	Número de Internações.	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	4.728	29,0	2.225.364,38	36,2	470,68	2,7	24	0,5
Obstetrícia	3.335	20,5	1.205.857,72	19,6	361,58	1,7	1	0,0
Clínica médica	5.719	35,1	1.859.341,72	30,3	325,12	5,3	362	6,3
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	263	1,6	143.932,25	2,3	547,27	16,4	1	0,4
Tisiologia	40	0,2	21.809,82	0,4	545,25	9,9	6	15,0
Pediatria	2.213	13,6	687.600,31	11,2	310,71	4,5	28	1,3
Reabilitação Psiquiatria - hospital dia	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>16.298</b>	<b>100,0</b>	<b>6.143.906,20</b>	<b>100,0</b>	<b>376,97</b>	<b>3,9</b>	<b>422</b>	<b>2,6</b>

Fonte: SIH/SUS. 2006.

Pode ser observado na tabela 6, que há um número elevado de mortes (15%) por problemas tisiológicos (doenças do aparelho respiratório), dos que demandam esta especialidade de tratamento. São números bem próximos com os observados para o estado da Bahia como um todo. Grande parte das internações no município de Ilhéus ocorre na área clínica médica, numa proporção de 35%, seguido da área clínica cirúrgica com 29%. A média de permanência em dias dos pacientes é de 3,9 dias em 2006. Os gastos com internações no município foi de R\$ 6.143.906,20 pelas estimativas do SIH/SUS. Ocorrem em 2006, 2,6% de óbitos, resultantes destas internações.

Tabela 7. Valores per capita de transferências federais para Ilhéus.

Valores per capita (R\$)					
Ano	Remuneração por serviços produzidos	Transferências			Total
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	-	71,72	24,22	10,19	106,13
2005	-	75,58	28,20	11,74	115,52
2006	-	74,51	30,34	9,59	114,44

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Tabela 8. Valores Médios de Procedimentos Ambulatoriais em Ilhéus.

Valores Médios Anuais (R\$)	
2006	
Nº de Procedimentos básicos por habitante:	8,5
Valor Procedimentos Especializados/habitante	24,94
Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante	28,48

Fonte: SIA/SUS

Os gastos com internações poderiam ser menores, se houvesse ações de precaução. Os valores das ações estratégicas e atenção básica nas áreas de vigilância sanitária, ações médicas básicas, etc. foram bem menores que os de alta e média complexidade, como Terapia Renal Substitutiva, Hemoterapia, Acompanhamento de pacientes, Quimioterapia, etc. Um atendimento de melhor qualidade extenso a um número maior de pessoas, diminuiria dessa forma, o número de óbitos.

No caso do município de Itabuna existem três unidades de saúde de tipo hospital geral o Hospital Calixto Midlej Filho, Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães e o Hospital São Lucas. Para realização da pesquisa foram aplicados questionários, junto aos pacientes, nestes hospitais: Calixto Midlej Filho (ou Santa Casa de Itabuna) – que conta com dois hospitais, o Hospital Santa Cruz e o Hospital Manoel Novais; e de Base Luís Eduardo Magalhães.

O Hospital Calixto Midlej Filho (Santa Casa de Misericórdia de Itabuna), é uma entidade beneficente sem fins lucrativos que se localiza no bairro do Pontalzinho na cidade. Sua esfera administrativa é particular e a gestão é municipal. Consta no seu quadro SUS 437 profissionais, entre os quais 219 são médicos.. O hospital presta serviço de atendimento ambulatorial, particular e do SUS. Além do atendimento ambulatorial, os usuários podem

contar com o atendimento SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia), internações e urgência emergência, tanto convênio particular, quanto SUS. Porém, é de ressaltar que o pronto-socorro SUS nesse estabelecimento encontra-se desativado.

Reivindicações dos pacientes para uma maior rapidez no atendimento, estão intimamente ligadas à falta de médicos e profissionais de saúde no Hospital Calixto Midlej Filho, com referência tanto para atendimentos particulares, quanto para atendimentos SUS.

Com relação ao número de leitos, o hospital possui cinquenta e nove leitos SUS na especialidade cirúrgica de oncologia e cirurgia geral e cento e três leitos não SUS. Para leitos na especialidade clínica é destinado 43 aos pacientes SUS, 55 aos não SUS. Os leitos complementares para (UTI adulto) são 7 para não SUS, e não existem leitos complementares para usuários do Sistema Único de Saúde. Ao todo são disponibilizados 107 leitos para usuários do SUS e cento e setenta e cinco para pacientes não conveniados ao SUS.

A falta de leitos e a falta de médicos são as reivindicações constantes dos pacientes, tanto usuários do SUS, quanto dos conveniados não SUS, o município.

O Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães, fundação pública de administração indireta da saúde, tem esfera administrativa e gestão municipais. O hospital se localiza na Avenida Fernando Gomes e tem 239 profissionais todos do SUS, entre os quais 93 médicos. Neles são prestados atendimentos ambulatorial, internação, SADT e Urgência Emergência, todos conveniados ao sistema SUS.

Em relação ao número de leitos, o hospital possui 144 leitos cirúrgicos (cirurgia geral) todos conveniados ao SUS, 73 leitos clínico geral (leitos SUS), 6 leitos complementares SUS (Unidade de Isolamento), 21 leitos não SUS complementares sendo 15 para UTI adulto e 6 Unidades de Isolamento. Além destes, possui um leito de obstetrícia clínica, um de pediatria clínica, um de fisiologia e seis de psiquiatria, todos conveniados ao Sistema.

Ao todo Itabuna detém 745 leitos, conveniados ao SUS e 284 leitos não SUS. Portanto são 1029 leitos para uma população total de 206.339 de acordo com o IBGE.

A OMS recomenda que se tenha cerca de 4 leitos por mil habitantes. Nesse caso, Itabuna possui um índice aproximado de 4,9 leitos por habitantes, ou seja, a cidade possui um indicador aceitável de leitos por habitantes.

Cabe ressaltar que Itabuna é um pólo regional e micro regional em saúde, o que equivale a dizer que o número de leitos apesar de ser recomendado, não condiz à realidade. Dos 50 pacientes que responderam ao questionário, 26% eram de outras cidades. As cidades pelas quais essas pessoas vieram são: Caravelas, Iguai, Eunápolis, Itororó, Itajuípe, Ibicaraí, Gandú, Ferradas, Ubaitaba, Ilhéus e Porto Seguro; geograficamente localidades ou municípios próximos. Entretanto, a maior parte dos pacientes eram de Itororó e Ibicaraí, dois municípios vizinhos.

Os fatores que levam essas pessoas a utilizarem o sistema de saúde em Itabuna são diversos, contudo a maioria apontou que a cidade tem mais recursos (médicos em maior número e mais competentes e melhores instalações físicas) e que fica mais próxima de mais localidades. Alguns desses pacientes foram atendidos pelo convênio não SUS, então o fator preponderante para essas pessoas é o fato do convênio cobrir apenas na cidade de Itabuna. O custo de locomoção e estadia no local é alto, pois de acordo com a pesquisa, estes custos variam entre R\$ 2,30 e R\$ 25 para viagens de ônibus e de R\$ 25 a R\$ 300 de carro, a depender da distância, entre as cidades.

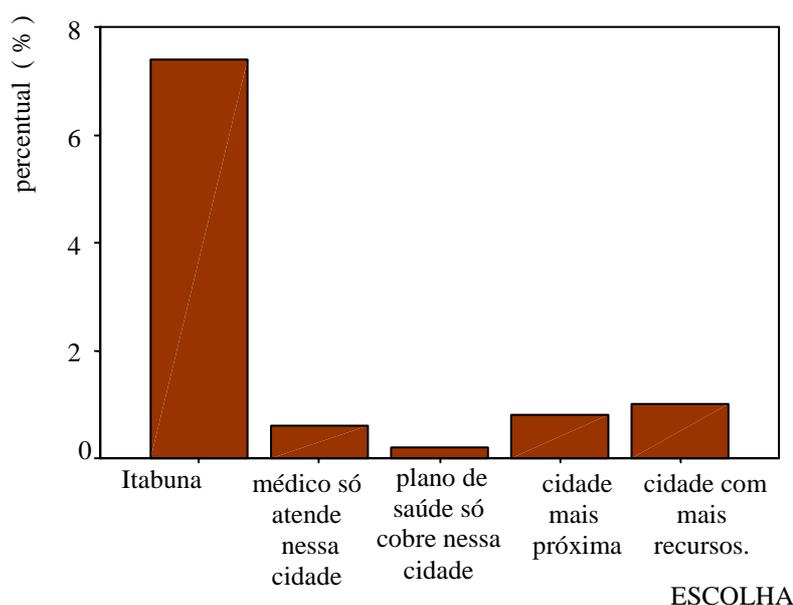


Gráfico 5. Motivo pelos quais os pacientes escolheram o local de atendimento.

Fonte: Elaboração Própria.

O SUS foi criado em 1988 para garantir uma boa assistência de saúde da população. Mas como o passar dos anos, o modelo foi se tornando obsoleto e baseado no atendimento hospitalar e de emergência. O suporte no cuidado básico é extremamente precário. Dados comprovam que os hospitais estão fragmentados em especialidades, desumanizado e de alto custo, portanto, o sistema não é equitativo.

Para avaliar a qualidade do sistema nos hospitais públicos do município de Itabuna, foram entrevistados 50 pacientes nos Hospitais Calixto Midlej Filho e Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães. Questionou-se a eles se estavam satisfeitos com os serviços prestados nessas unidades. 56% disseram que estavam satisfeitos com atendimento e 44% não estavam satisfeitos.

Dos que estavam insatisfeitos, 44% têm como principal motivo a demora no atendimento. O atendimento para eles é ruim, os usuários ficam muito tempo esperando atendimento.

Tabela 9. Principais Causas de Insatisfação dos pacientes no atendimento SUS.

		FREQUÊNCIA	%
válidos	se está satisfeito	28	56,0
	demora no atendimento	8	16,0
	não tem médico	3	6,0
	o atendimento é ruim	6	12,0
	não atende	2	4,0
	funcionarios são grossos - atendem mal	2	4,0
	falta leito	1	2,0
	Total	50	100,0

Fonte: Elaboração Própria.

Foi perguntado aos entrevistados, se o atendimento poderia ser melhorado. 94% disseram que sim e a maioria gostaria que aumentassem o número de médicos para uma maior rapidez no atendimento.

O gráfico abaixo mostra os pontos que precisam ser melhorados nos hospitais públicos de Itabuna para uma melhor qualidade nos serviços prestados e diminua a iniquidade no sistema.

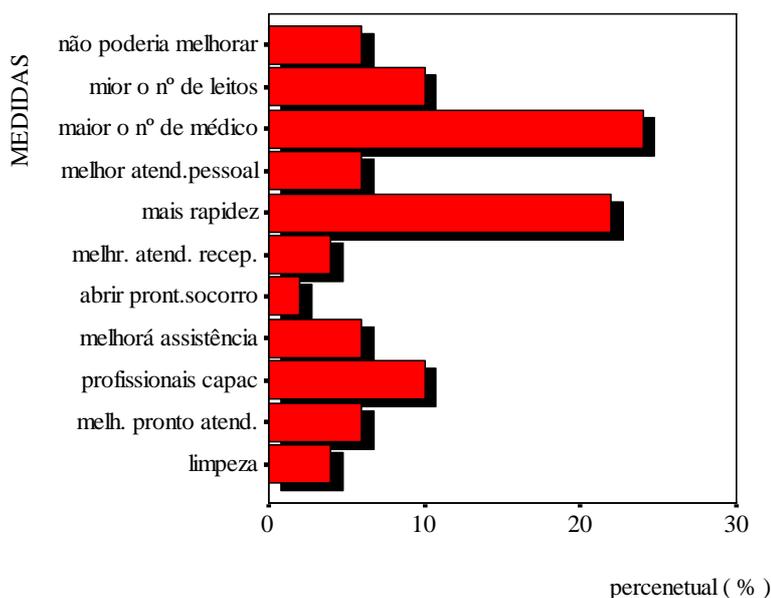


Gráfico 6. O que poderia melhorar no atendimento nos hospitais de Itabuna.  
Fonte: Elaboração Própria.

Além de maior rapidez e exigência de maior número de médicos, os pacientes reivindicaram melhoria em relação ao aumento no número de leitos, profissionais capacitados, aprimoramento do pronto atendimento (qualidade), atendimento interpessoal (médico paciente) e a limpeza. No caso do Hospital Calixto Midlej Filho, ocorrem à reivindicação para a abertura do pronto-socorro da unidade.

Tabela 10. Número de Internações e Valores – Itabuna.

Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade								
(por local de internação)								
2006								
Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	8.996	32,3	8.392.507,36	46,2	932,92	5,3	333	3,7
Obstetrícia	7.597	27,3	3.146.597,14	17,3	414,19	1,6	5	0,1
Clínica médica	5.679	20,4	3.061.208,23	16,9	539,04	7,7	849	14,9
Cuidados prolongados (Crônicos)	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	1.563	5,6	1.475.593,48	8,1	944,08	28,6	1	0,1
Tisiologia	23	0,1	13.161,77	0,1	572,25	8,3	5	21,7
Pediatria	3.959	14,2	2.060.191,84	11,4	520,38	6,0	221	5,6
Total	27.817	100,0	18.149.259,82	100,0	652,45	6,2	1.414	5,1

Fonte: Adaptado de SIH/SUS. 2006.

A maior parte das internações em Itabuna é por clínica cirúrgica e obstetrícia diferentemente de Ilhéus, que tal como a Bahia, há maior prevalência de internações por clínica médica.

Tabela 11. Valores Médios de Procedimentos Ambulatoriais – Itabuna.

Valores Médios Anuais (R\$)	
2006	
Nº de Procedimentos básicos por habitante:	9,7
Valor Procedimentos Especializados/habitante	70,12
Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante	54,45

Fonte: SIA/SUS. 2006.

Gasta-se mais com os procedimentos especializados (Cirurgias Ambulatoriais, Terapia Especializada, Fisioterapia, Patologia Clínica, etc.) diferentemente de Ilhéus. O número de procedimentos básicos de menores custos é bem maior em relação à Bahia e à Ilhéus.

Tabela 12. Valores per capita de transferências federais para Ilhéus.

Valores per capita (R\$)					
Ano	Remuneração por serviços produzidos	Transferências			Total
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	-	225,84	30,00	12,64	268,48
2005	-	232,54	30,12	14,17	276,83
2006	-	215,45	33,89	11,66	261,00

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde. 2006.

A partir dos dados da tabela 12 pode-se notar que os gastos federais com alta e média complexidade em Itabuna diminuíram na medida em que aumentaram os gastos com atenção básica entre 2004 e 2006, as transferências federais diminuíram.

Comparando os dois municípios, o número de internações em Itabuna é relativamente maior que em Ilhéus. Os hospitais de Itabuna atendem a um maior número de pessoas não residentes nesse município em relação a Ilhéus, ou seja, a uma proporção considerada de cidades vizinhas, ela é considerada um pólo regional de saúde. A proporção de pessoas atendidas em Ilhéus que são de outra cidade é mínima, em relação à Itabuna, apenas 16%, sendo que a maioria é de distritos de Ilhéus (Banco da Vitória, Salobrinho, etc.); diferentemente de Itabuna na qual 26% de seus pacientes são de cidades vizinhas como Ubaitaba, Ibicaraí, etc.

O financiamento de saúde deve ser equânime, iguais recursos *per capita* para áreas com mesmas necessidades de saúde, principalmente no caso da rede hospitalar. As necessidades de

saúde são peculiares a cada região, não se deve financiar a saúde observando apenas o número de habitantes, deve-se considerar também, fatores como desenvolvimento social e o perfil dos demandantes de cada tipo de serviço.

O proveito individual deve ser avaliado através das oportunidades que uma pessoa possui para alcançar o bem-estar, desta maneira deve-se observar a capacidade de escolher (liberdade) entre distintos tipos de vida que as pessoas têm. Não se pode tratar o sistema de saúde apenas observando a análise da oferta.

Sabe-se que existe uma relação entre o nível de desenvolvimento das cidades e a saúde de seus habitantes. A pobreza segundo Amartya Sen leva à privação da liberdade de se alimentar adequadamente, de se ter uma assistência à saúde adequada, à falta de saneamento básico, etc.

Visto isso, o questionário aplicado nos municípios de Itabuna e Ilhéus, além de conter dados referentes à qualidade do serviço, se ateve também a analisar o perfil de demanda dos usuários do sistema público de saúde. Variáveis como, sexo, cor de pele, idade, situação civil, ocupação e renda foram analisadas.

Primeiramente será analisados dados de Ilhéus e posteriormente os de Itabuna. Dos que responderam ao questionário 54% eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino. A média de idade dos entrevistados foi de aproximadamente 25 anos, portanto grande parte de gente ainda jovem.

Tabela 13. Distribuição de Sexo entre os entrevistados ao SUS em Ilhéus.

Sexo	Casos		
	Frequência	%	
válidos	masculino	27	54,0
	feminino	23	46,0
	Total	50	100,0

Fonte: Elaboração Própria.

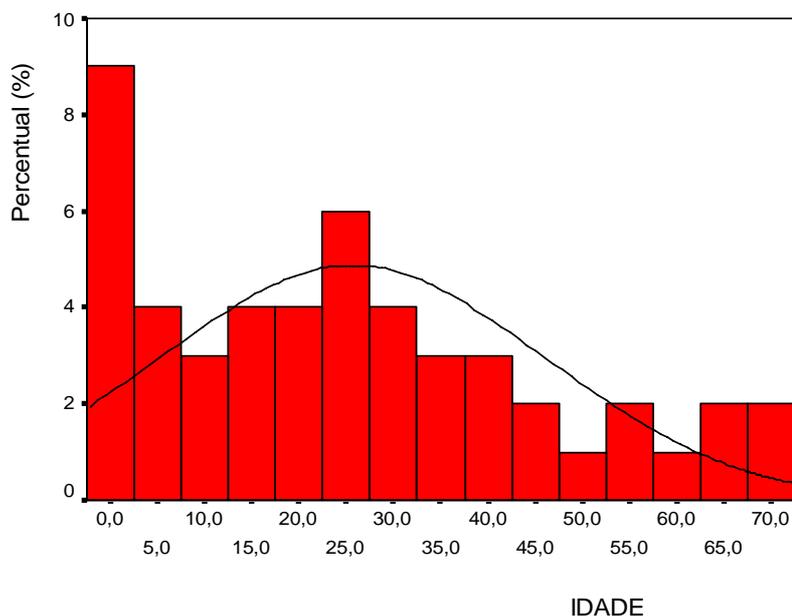


Gráfico 7. Distribuição etária entre os entrevistados no sistema SUS em Ilhéus.

Fonte: Elaboração Própria.

Segundo dados do IBGE, a população residente em Ilhéus em sua maioria é composta por mulheres, na faixa etária de 20 a 29 anos.

Tabela 14. População Residente por Faixa Etária e Sexo – Ilhéus.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2007			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	2.098	2.179	4.277
1 a 4	8.763	8.816	17.579
5 a 9	11.409	10.739	22.148
10 a 14	12.918	12.969	25.887
15 a 19	13.409	13.610	27.019
20 a 29	19.575	20.277	39.852
30 a 39	15.109	16.082	31.191
40 a 49	11.513	11.338	22.851
50 a 59	7.031	6.683	13.714
60 a 69	4.613	4.694	9.307
70 a 79	2.368	2.426	4.794
80 e +	954	1.177	2.131
Ignorada	-	-	-
Total	109.760	110.990	220.750

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2007.

A diferença entre a pesquisa realizada no Hospital Geral Luis Viana Filho, e os dados do IBGE reside no fato de que, no momento de realização da pesquisa haviam muitas mães com

crianças, de forma que a contabilização se fez pelo número de pacientes e não pelo acompanhante. Se de fato a pesquisa tivesse contabilizado não somente os pacientes, mas também os acompanhantes, o resultado seria diferente.

Em relação à cútis, dos cinquenta entrevistados, a maioria eram pardos, cerca de 62%, seguidos de negros em 28% e em sua grande minoria, brancos com 10%. Em relação à renda a maior parte dos pacientes possuíam renda inferior a um salário mínimo, ou seja, 62%. A relação da cor de pele com a renda se apresentou da seguinte maneira: 82% dos negros têm renda inferior a um salário mínimo, enquanto pardos em 55% e dos brancos, 20%.

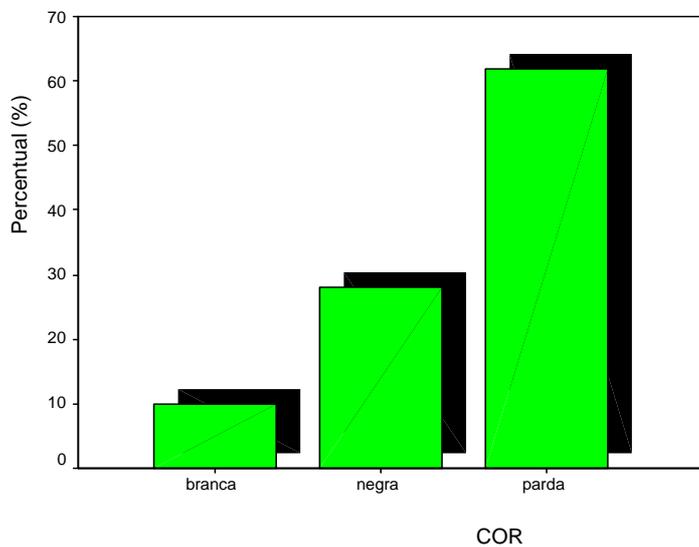


Gráfico 8. Distribuição de cor de pele na demanda por atendimento do SUS em Ilhéus.  
Fonte: Elaboração Própria.

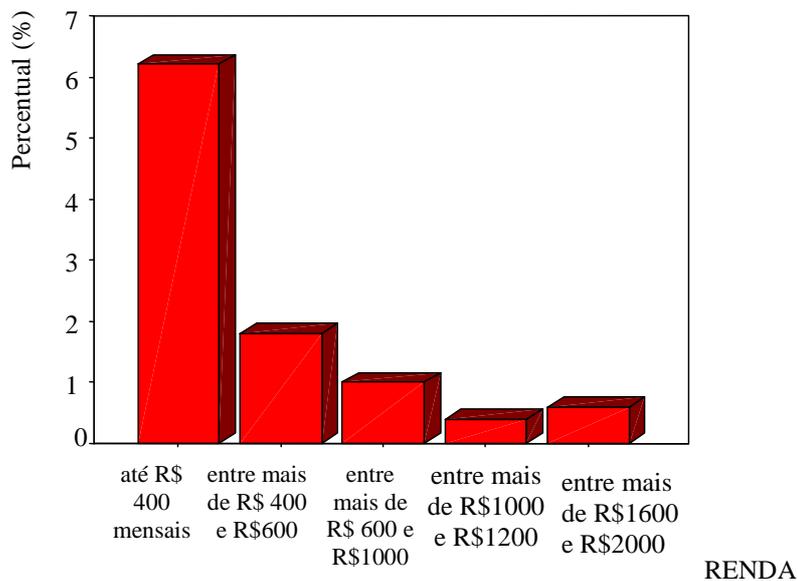


Gráfico 9. Distribuição de renda entre os entrevistados na demanda por serviço do SUS em Ilhéus.  
Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 15. Correlação entre Renda e Cor de Pele na demanda por atendimento SUS em Ilhéus.

		COR			Total	
		branca	negra	parda		
RENDA	até 400 reais mensais	n°	2	12	17	31
		% dentro de Cor	40,0%	85,7%	54,8%	62,0%
		% do Total	4,0%	24,0%	34,0%	62,0%
	entre mais de 400 e 600 reais	n°	1	1	7	9
		% dentro de Cor	20,0%	7,1%	22,6%	18,0%
		% do Total	2,0%	2,0%	14,0%	18,0%
	entre mais de 600 e 1000 reais	n°			5	5
		% dentro de Cor			16,1%	10,0%
		% do Total			10,0%	10,0%
	entre mais de 1000 e 1200 reais	n°	1		1	2
		% dentro de Cor	20,0%		3,2%	4,0%
		% do Total	2,0%		2,0%	4,0%
	entre mais de 1600 e 2000 reais	n°	1	1	1	3
		% dentro de Cor	20,0%	7,1%	3,2%	6,0%
		% do Total	2,0%	2,0%	2,0%	6,0%
Total		n°	5	14	31	50
		% dentro de Cor	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	28,0%	62,0%	100,0%

Fonte: Elaboração Própria.

Os estudos de correlações foram realizados segundo os coeficientes de Pearson e de Spearman (BUNCHAFT; KELLNER, 2001). O índice de correlação de Pearson quantifica o quão linearmente associado estão dois conjuntos de dados. Já o índice de Spearman é o índice de Pearson sobre o posto dos conjuntos de dados, sendo mais indicado quando os dados não seguem distribuição normal, quando existem valores discrepantes nos dados ou em casos onde a associação entre os dois conjuntos de dados não é linear (DYTHAM, 2003). Como a correlação de postos de Spearman é positiva pode-se dizer que há uma relação direta, mínima entre a renda e a cor de pele.

Em relação à ocupação, a maior parte dos entrevistados estavam empregados, numa proporção de 40%, sendo que 585 deles não informaram que tipo de emprego e dos que comunicaram a maioria eram trabalhadores rurais.

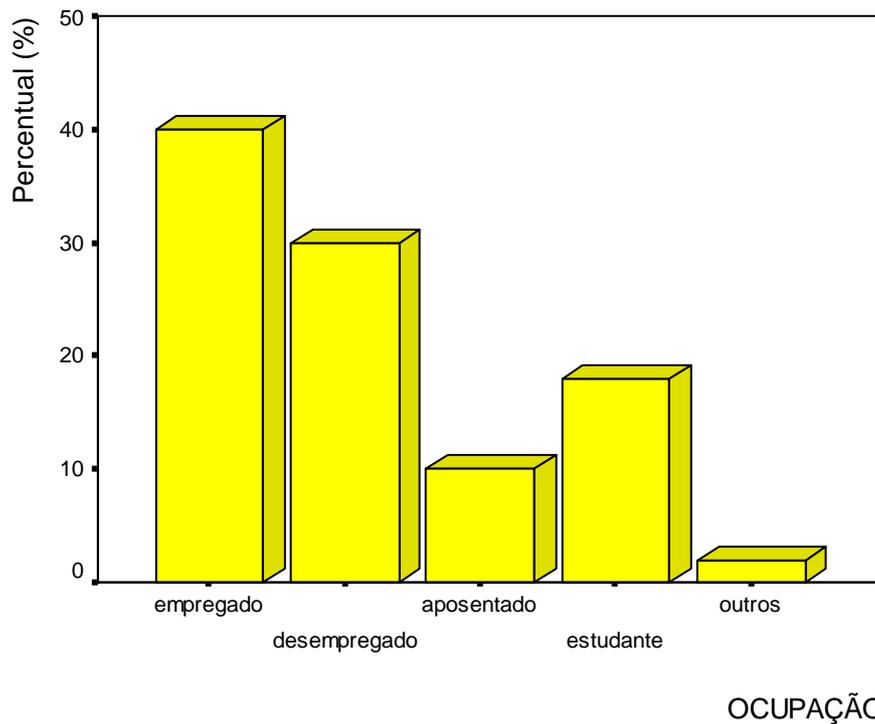


Gráfico 10. Distribuição da Ocupação dos entrevistados demandantes do sistema SUS em Ilhéus.

Fonte: Elaboração Própria.

Em relação ao bairro, estado civil, e a assistência do serviço de saúde pode se dizer que a maioria dos entrevistados era do bairro Malhado, seguido por Conquista, Basílio e Barra de Taípe. Grande maioria dos entrevistados, 68% disseram que sua situação civil era de solteiros e 100% eram pacientes do sistema SUS.

Quanto à causa do internamento ou atendimento hospitalar, a maioria demandava consulta do tipo clínico geral, o que corresponde aos dados do DATASUS, já descrito, na qual os pacientes em Ilhéus buscam o hospital para procedimentos clínicos em geral. Das doenças a mais citada foi a gripe e seus sintomas (febre, dor de cabeça, vômito, etc).

Já em Itabuna, o perfil dos pacientes foi a seguinte: dos cinquenta entrevistados, 56% eram do sexo feminino e 44% do sexo masculino, pertencentes à população residente no município, na maioria do sexo feminino. A média de idade foi de 40 anos, acima da média para população residente na cidade, que é de 20 a 29 anos.

A grande maioria em Itabuna possuía a cutis parda (56%), seguidos de brancos com 24% e negros com 20% do total. Em comparação a Ilhéus, existe uma relação na porcentagem de

pardos e negros, em sua grande maioria, porém o número de brancos em Itabuna foi mais elevado.

Tabela 16. Sexo – Itabuna.

Sexo		Casos	
		Frequência	%
Válido	Masculino	22	44,0
	Feminino	28	56,0
Total		50	100,0

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 17. População residente por faixa etária – Itabuna.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2007			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.831	1.756	3.587
1 a 4	7.465	7.151	14.616
5 a 9	9.543	9.289	18.832
10 a 14	11.010	11.149	22.159
15 a 19	12.085	12.766	24.851
20 a 29	17.945	19.697	37.642
30 a 39	13.736	15.964	29.700
40 a 49	10.918	12.232	23.150
50 a 59	6.685	7.559	14.244
60 a 69	4.395	5.404	9.799
70 a 79	2.332	2.884	5.216
80 e +	1.080	1.463	2.543
Ignorada	-	-	-
Total	99.025	107.314	206.339

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2007.

Em relação à renda a maioria auferiam renda entre mais de R\$ 400 e R\$ 600. Em relação à cor da pele, 70% dos negros possuíam renda inferior a um salário mínimo, 58% dos brancos com renda acima de R\$ 400 e os pardos apresentaram maior diversidade, em sua maioria 42%, tinham renda entre R\$ 400 e R\$ 600.

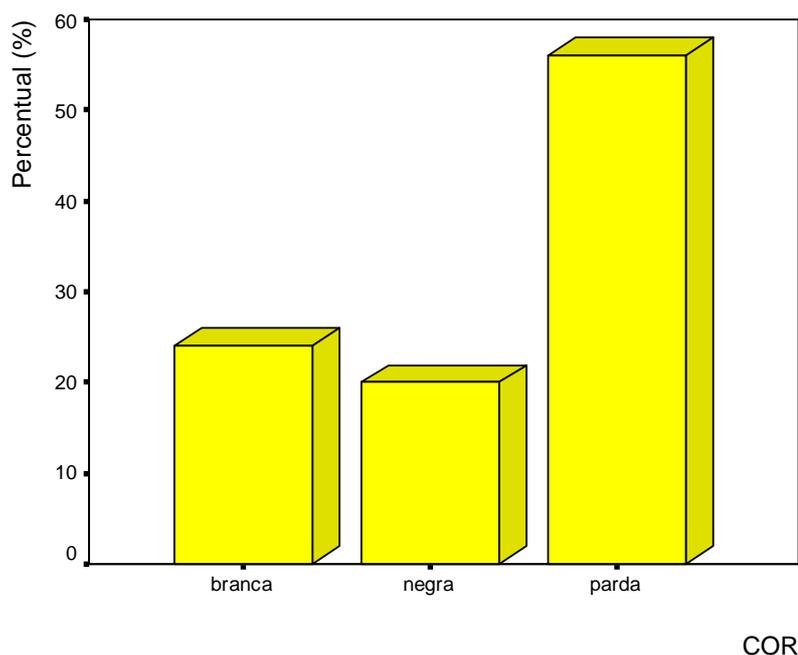


Gráfico 11. Distribuição de cor de pele na demanda por atendimento do SUS em Itabuna.

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 18. Correlação Entre Renda e Cor de Pele.

			COR			Total
RENDA			branca	negra	parda	
até 400 reais mensais	Nº			7	7	14
	% dentro de COR			70,0%	25,0%	28,0%
entre mais de 400 e 600 reais	Nº		7	2	12	21
	% dentro de COR		58,3%	20,0%	42,9%	42,0%
entre mais de 600 e 1000 reais	Nº		2	1	3	6
	% dentro de COR		16,7%	10,0%	10,7%	12,0%
entre mais de 1000 e 1200 reais	Nº		2		5	7
	% dentro de COR		16,7%		17,9%	14,0%
entre mais de 1200 e 1600 reais	Nº		1		1	2
	% dentro de COR		8,3%		3,6%	4,0%
Total	Nº		12	10	28	50
	% dentro de COR		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração Própria.

Os testes de correlação de Pearson e de Spearman apontaram uma correlação negativa entre cor de pele e renda, para os usuários que responderam ao questionário.

Tabela 19. Correlação de Pearson e Spearman – Renda em relação à Cor de Pele – Itabuna.

Medidas Simétricas					
		Valor	Erro Padrão Assintótico	Aproximação T	Aproximação da Significância
Intervalo por Intervalo Ordinal por Ordinal	Pearson's R	-,082	,140	-,569	,572
	Spearman Correlation	-,045	,139	-,313	,756
Nº de Casos Válidos		50			

Fonte: Elaboração Própria

A maior parte dos pacientes entrevistados, 44%, eram solteiros, seguido de casados 36% do total. Os bairros mais frequentes foram Mangabinha, São Caetano e Jaçanã. Os dois primeiros bairros são os mais populosos da cidade, e naturalmente a maioria dos entrevistados eram de lá. Dos 50 entrevistados, 52% estavam empregados e 28% desempregados. Ressalta-se que boa parte dos desempregados eram do sexo feminino (dona de casa), e os empregados em sua maioria eram comerciantes e professores.

Em Itabuna 72% dos entrevistados eram usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), e 28% outros convênios. Em relação à causa do internamento ou atendimento hospitalar a maioria estava naquele estabelecimento para fazer uma intervenção cirúrgica, o que está em consonância com o número de internações por especialidade descrita anteriormente, para o ano de 2006 no município de Itabuna.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os dados da pesquisa empírica, dados primários e dados secundários, dentro dos limites da investigação e com base na teoria econômica é fato que há uma iniquidade, em relação ao no sistema de saúde prestado à população de Itabuna e Ilhéus.

A quantidade de serviço planejada pelo governo na qual se observa o custo - benefício. É imparcial no que diz respeito ao bem-estar da sociedade.

O modelo praticado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) não está esgotado, mas devido a vários fatores aqui observados, pode-se dizer que precisa de certas mudanças, como uma melhor observação do perfil populacional. Existe uma dificuldade de se impor normas gerais a um país tão grande e desigual como o Brasil. Se ter uma lei universalista, quando se há escassez de recursos disponíveis é complexo, pois pode levar a uma priorização ou focalização das ações.

Existe uma heterogeneidade na população que não se pode abandonar no momento que se fazem políticas públicas. Isso foi comprovado pelos dados socioeconômicos e epidemiológicos dos municípios de Itabuna e Ilhéus. Duas cidades separadas por a uma distância mínima de 31,9 Km, que se encontra no mesmo estado (Bahia), mas possuem diferenças em relação às considerações socioeconômicas e epidemiológicas. Não pode ser tratada da mesma maneira. Certas normas gerais como a fixação do financiamento federal com relação ao número populacional, devem ser reavaliadas. Tomando Itabuna como exemplo, já que 26% do total de entrevistados eram de outra cidade, o valor previsto de leitos e médicos( a serem contratados) devem ser feito não só com base na população deste município, mas sim com base também das cidades vizinhas. Uma proporção que se diminua a iniquidade.

Percebe-se que parte dos problemas enfrentados pelo setor saúde no município de Itabuna, não está somente vinculado ao repasse de verbas, mas também à gestão. Com base nos dados de demanda e oferta, foi possível observar, mesmo com certos limites, que as verbas não são suficientes para o número de pacientes atendidos na região. Existe uma população demandante maior que a oferta dada pelo sistema.

A abordagem epidemiológica da administração dos serviços de saúde requer mais do que uma simples contabilidade dos serviços oferecidos. Uma análise epidemiológica dessa utilização e da evidência de satisfação da demanda de hospitalização deve ser relacionada à população em risco de precisar dos serviços, analisando sempre os possíveis fatores que permeiam a relação oferta/demanda (MONTERO D'OLEO; FÁVERO, 1992, 262).

Tratar sobre a saúde da população é complexo, pois perpassa por todos os setores e atores da sociedade. Se pensarmos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, isso é ainda mais complicado. O Sistema Único de Saúde hoje possui diversas dificuldades no que diz respeito a obtenção de uma maior integralidade e maior eficiência. Mas, existe um empenho por parte dos Governos (União, Estado e Município), gestores, e a sociedade como um todo para que se isso se modifique.

Pois se sabe que há uma relação intrínseca entre a renda, a idade, a localização (bairro), as condições epidemiológicas e a saúde da população. A relação é íntima entre o nível de desenvolvimento dessas cidades e o a saúde de seus habitantes, e vice versa. A melhoria na saúde e na nutrição dessa população faz com que a força de trabalho seja mais produtiva, isso leva a um desenvolvimento econômico e social.

## REFERÊNCIAS

A DESCENTRALIZAÇÃO das políticas sociais de educação e saúde em municípios baianos: uma análise do processo na década de 90. Disponível em:

<[http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes/publicacoes\\_sei/bahia\\_analise/sep/pdf/sep\\_55/pag\\_11.pdf](http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes/publicacoes_sei/bahia_analise/sep/pdf/sep_55/pag_11.pdf). > Acesso em: 20 de julho. 2008.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 3, p. 455-479, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br.pdf>.> Acesso em: 13 junho. 2008.

BAHIENSE, Daniela Azeredo; **Impactos da descentralização fiscal no financiamento das áreas sociais: Saúde e Educação**; SEI, 2000.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**, Sed. Florianópolis: UFSC, 5ª Edição, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília, 2005, 142p.

BRASIL. CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA\\_Itabuna\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA_Itabuna_Geral.xls)> Acesso em: 28 de junho. 2008

BRASIL. CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm>> Acesso em: 29 de junho. 2008.

BRASIL. CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA\\_Itabuna\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA_Itabuna_Geral.xls)> Acesso em: 29 de junho. 2008.

BRASIL. CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA\\_Ilheus\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BA/BA_Ilheus_Geral.xls)> Acesso em: 29 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2913602415844](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2913602415844)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291360](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291360)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2914802772280](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2914802772280)>  
Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2914802385171](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2914802385171)>  
Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=2<9&VMun=291480](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=2<9&VMun=291480)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291360](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291360)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2914802772280](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2914802772280)>  
Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2914802385171](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2914802385171)>  
Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. CNES. DATASUS. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291480](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=291480)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

BRASIL. SESAB. Plano Estadual de Saúde. 2008. Disponível em:  
<[http://www.saude.ba.gov.br/int\\_plan\\_plano.html](http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_plano.html)> Acesso em: 03 de agosto de 2008.

BRASIL. SUS – Sistema Único de Saúde. Disponível Em:  
[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus\\_oquee.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm).

BRAZ, Marlene. Curso para capacitação de comitês de ética em pesquisa/ 2005. Conceitos fundamentais. **Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina**. 2005. 45.p. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/comite\\_etica/Marlene\\_Braz\\_ModuloI/Justi%E7a%2001.ppt](http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica/Marlene_Braz_ModuloI/Justi%E7a%2001.ppt)> - >  
Acesso em: 3 de agosto de 2008.

BUNCHAFT, Guenia; KELLER, Sheilah Rubino de O. **Estatística sem Mistérios**. São Paulo: Vozes, 2001. 230p. v.4.

CECLLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março 2003. Disponível em:

<<http://64.233.169.104/search?q=cache:-2ItZVx9EUKJ:www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc+integralidade&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=8&gl=br>> Acesso em: 04 de agosto. 2008.

DESCENTRALIZAÇÃO e a municipalização da saúde. **Políticas Públicas: proteção e emancipação**. 10 de outubro de 2002. Disponível em:

<<http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp06.htm>> Acesso em: 01 de agosto de 2008.

DYTHAM, Calvim. *Choosing and using statistics: a biologist's guide*. 2ª edição. Blackwell Publishing. 248p.

FAVERET, Ana C. et al. **Estimativas do Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde**: Ementa Constitucional Nº 29/2000. In: BRASIL/ Ministério da Saúde, Gestão Municipal de Saúde: Textos Básico. Rio de Janeiro, 2001. p.111 – 142.

FREITAS, Sergio F. Torres de; KUPEK, Emil et al. Distribuição de recursos de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil: um subsídio para discussões sobre o financiamento em saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.10, n.2, aug. 2001.

FORTUNA, Affonso de Aragão Peixoto. Especificidades da participação do Município no Sistema Único de Saúde. Jus Navigandi. Teresina, a.8, n.297, 30 abr. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5133>> Acesso em: 13 de outubro. 2007.

INDICADORES CNES. 2007. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=&VMun=](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=&VMun=)> Acessado em: 20 de junho. 2008.

LUCCHESI, Patrícia. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo, 2002.

Disponível em: <[http://www.saudepublica.bvs.br/itd/polit/polit\\_intro.pdf](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/polit/polit_intro.pdf)> Acesso em: 13 de outubro 2007.

LUCCHESI, Patrícia. T. R. **Eqüidade na gestão descentralizada do SUS**: desafios para a redução de desigualdades em saúde. p.439 – 447, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>> Acesso em: 01 de agosto de 2008.

MANSUR, Marília Coser. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil**: Tendências da Década de 1990. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2001.

MANKIWI, N. Gregory. **Introdução a Economia**: princípios de micro e macroeconomia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001. 831p.

MAPA DA BAHIA. SESAB. Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/municipio.asp?cidade=291480&nome=ITABUNA>> Acesso em: 13 de julho. 2008.

MAPA DA BAHIA. SESAB. Disponível em:

<[http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas\\_area.asp?MUNICIPIO\\_ID\\_SUS=291480&AREA\\_PLANEJAMENTO\\_ID=>](http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas_area.asp?MUNICIPIO_ID_SUS=291480&AREA_PLANEJAMENTO_ID=>)> Acesso em: 13 de julho. 2008.

MAPA DA BAHIA. SESAB. Disponível em:

<[http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas\\_linha.asp?MUNICIPIO\\_ID\\_SUS=291480&LINHA\\_ACAO\\_ID=>](http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas_linha.asp?MUNICIPIO_ID_SUS=291480&LINHA_ACAO_ID=>)> Acesso em: 13 de julho. 2008.

MAPA DA BAHIA. SESAB. Disponível em:

<[http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas\\_area.asp?MUNICIPIO\\_ID\\_SUS=291360&AREA\\_PLANEJAMENTO\\_ID=>](http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas_area.asp?MUNICIPIO_ID_SUS=291360&AREA_PLANEJAMENTO_ID=>)> Acesso em: 13 de julho. 2008.

MAPA DA BAHIA. SESAB. Disponível em:

<[http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas\\_linha.asp?MUNICIPIO\\_ID\\_SUS=291360&LINHA\\_ACAO\\_ID=>](http://www.saude.ba.gov.br/mapa%5Fbahia/propostas_linha.asp?MUNICIPIO_ID_SUS=291360&LINHA_ACAO_ID=>)> Acesso em: 13 de julho. 2008.

MONTERO D'OLEO, R.de J; FÁVERO, M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. **Rev. Saúde pública**, S.Paulo: n.26, p.256-63, 1992.

NORONHA, Kenya V. M. S. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde**. 2001. 121 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D.; MACHADO; C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília: 2004. p. 45- 94.

O SISTEMA único de saúde: princípios doutrinários e organizativos. Minas Gerais, 2006, 5p. Disponível em: <[www.smmfc.org.br/sp01.ppt](http://www.smmfc.org.br/sp01.ppt)> Acesso em: 04 de agosto. 2008.

PAIVA, Beatriz. **A timidez das políticas sociais no governo Lula**: “Quando o fundo do poço tornou-se nossa morada”. Disponível em:

<[http://www.ola.cse.ufsc.br/analise/20060306\\_timidez.pdf](http://www.ola.cse.ufsc.br/analise/20060306_timidez.pdf)> Acesso em: 22 de junho 2008.

PECS – PROGRAMA ECONOMIA DA SAÚDE. **As diferentes faces da desigualdade em saúde**: iniquidade, discriminação e exclusão. Salvador: Universidade Federal da Bahia - UFBA. Instituto de Saúde Coletiva – ISC, 2005.

PERCENTUAL destinado à saúde caiu desde 99. **Ultima Hora News**. 03 jun. 2008. Disponível em: <[http://www.ultimahoraneews.com/not\\_ler.asp?codigo=78397](http://www.ultimahoraneews.com/not_ler.asp?codigo=78397)> Acesso em: 03 de junho. 2008.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. n° 149. Brasília: IPEA, 1995. 99p.

PORTARIA N° 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 09 de agosto. 2007.

PRINCÍPIOS e proposições gerais para a saúde no governo Wagner. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Arquivos/Apresenta%20Pol%20ticas%20e%20Programas%20SA%20DE%20Wagner%2010%2012%2006.doc>> Acesso em: 23 junho. 2008.

SECRETÁRIO Jorge Sola, apresenta diagnóstico alarmante a saúde na Bahia. **Jacarandá da Bahia**. 2007. Disponível em: <<http://jacarandabahia.blogspot.com/2007/03/secretario-jorge-sola-apresenta.html>> Acesso em: 03 de agosto. 2008.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das letras, 2000. 409p.

SILVA, Fernando Antônio Rezende da. **Finanças Públicas**. São Paulo: Atlas, 1981. 366p.

SILVA, Marcelo. G. C. da. **Economia da Saúde: Alguns Aspectos Conceituais e Metodológicos**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 2001. 365.p. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará” n°7).

SILVA, Marcelo. G. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE/ Expressão, 2004, 152p. Coleção “Saúde Coletiva”, n. 7.

SILVA, Maria Vieira da. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16, n° 3, Rio de Janeiro. Jul/ Set. 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000300035&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300035&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 03 de agosto.2008.

SIOPS. DATASUS. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados\\_RIPSA-2008.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

SIOPS. DATASUS. Disponível em:

<[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados\\_RIPSA-09062008\\_PIB.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-09062008_PIB.pdf)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

SIOPS. Dados RIPSA. DATASUS. Disponível em:

<[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados\\_RIPSA-2008.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf)> Acesso em: 28 de junho. 2008.

SOLLA, Jorge. Não falte dinheiro para saúde em Itabuna. **A Região**. Itabuna, 16 fev. 2008.

Entrevista a A Região. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/aregiao/entrev/e-solla08.htm>> Acesso em: 19 de julho. 2008.

SOUZA, Ricardo L. S. P. **Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003**. Monografia apresentada ao curso de pós-graduação em Economia na Gestão de Sistemas de Saúde, Instituto de Saúde Coletiva,

Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <[http://www.pecs.ufba.br/edu\\_dist.asp/](http://www.pecs.ufba.br/edu_dist.asp/)> Acesso em: 12 outubro. 2007.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. v.13, n.2, Rio de Janeiro abr/jun. 1997.

VERAS, Renato. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, nº 5, set/out 2004. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500005&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500005&lng=pt)> Acesso em: 20 de julho. 2008.

## APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO DE DEMANDA.

Nº: \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO DE DEMANDA NO MUNICÍPIO

ITABUNA: ILHÉUS: 

Seção A - PERFIL DO USUÁRIO	código
<b>1. SEXO</b>	
1- MASCULINO	<input type="checkbox"/>
2- FEMININO	
<b>2. COR</b>	
1- BRANCA	
2- NEGRA	<input type="checkbox"/>
3- PARDA	
4- OUTROS	
<b>3. ESTADO CIVIL</b>	
1- SOLTEIRO	
2- CASADO	<input type="checkbox"/>
3- VIUVO	
4- DESQUITADO	
5- OUTROS	
<b>4. TIPO DE OCUPAÇÃO</b>	
1- EMPREGADO	
2- DESEMPREGADO	
3- ESTUDANTE	
4- APOSENTADO	<input type="checkbox"/>
<b>SE EMPREGADO QUAL O EMPREGO?</b>	
_____	
<b>5. LOCAL DE RESIDÊNCIA (BAIRRO, CIDADE):</b>	
_____	
<b>OBS: AS PERGUNTAS A SEGUIR DO ITENS: 6, 6.1, 6.2,</b>	
<b>6.3, 6.4 E 6.5 SÓ SERÃO RESPONDIDAS CASO A</b>	

**PESSOA TENHA VINDO DE OUTRA LOCALIDADE (CIDADE).**

**6. CASO TENHA VINDO DE OUTRA CIDADE, QUAL?**

-----

**6.1. PORQUE ESCOLHEU SER ATENDIDO EM (ITABUNA OU ILHEUS)?**

-----

**6.2. QUE TIPO DE LOCOMOÇÃO UTILIZOU?**

1. CARRO PRÓPRIO
2. ONIBUS
3. AVIÃO
4. A PÉ
5. OUTROS

**6.3. QUANTO LHE CUSTOU PARA SE LOCOMOVER?**

-----

**6.4. VAI PERNOITAR NA CIDADE? ONDE?**

-----

**6.5. QUANTO LHE CUSTARÁ A PERNOITE?**

-----

**7. CAUSA DO INTERNAMENTO OU ATENDIMENTO HOSPITALAR?**

\_\_\_\_\_

**8. IDADE: \_\_\_\_\_**

**9. FAIXA DE RENDA MENSAL:**

1. ATÉ 400 REAIS MENSAIS
2. ENTRE MAIS DE 400 E 600 REAIS
3. ENTRE MAIS DE 600 E 1000 REAIS
4. ENTRE MAIS DE 1000 E 1200 REAIS
5. ENTRE MAIS DE 1200 E 1600 REAIS
6. ENTRE MAIS DE 1600 E 2000 REAIS
7. ENTRE MAIS DE 2000 E 3000 REAIS
8. ENTRE MAIS DE 3000 E 4000 REAIS
9. ENTRE MAIS DE 4000 E 6000 REAIS
10. MAIS DE 6000 REAIS

**10. A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR FOI PAGO POR?**

**1. SUS      2. PARTICULAR      3. CONVÊNIO**

**11. ESTÁ SENDO SATISFEITO COM O ATENDIMENTO DO SERVIÇO NESTE ESTABELECIMENTO?**

**1. SIM      2. NÃO**

**12. CASO A RESPOSTA ANTERIOR SEJA NÃO. POR QUÊ?**

---

**13. ACHA QUE ESSE ESTABELECIMENTO PODERIA TER UM MELHOR ATENDIMENTO?**

**1. SIM      2. NÃO**

**14. CASO A RESPOSTA ANTERIOR SEJA SIM. QUE MEDIDAS SUGERE PARA UM MELHOR ATENDIMENTO?**

---