

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

Fernanda Barbosa de Oliveira

**Financiamento do SUS no município de Juiz de Fora (MG): uma
análise da gestão de gastos municipais**

Juiz de Fora
2023

Fernanda Barbosa de Oliveira

**Financiamento do SUS no município de Juiz de Fora (MG): uma
análise da gestão de gastos municipais**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Ciências
Econômicas da Universidade Federal de
Juiz de Fora como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Lourival Batista de Oliveira Junior

Juiz de Fora
2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Fernanda Barbosa de.

Financiamento do SUS no município de Juiz de Fora (MG) : uma análise da gestão de gastos municipais / Fernanda Barbosa de Oliveira. -- 2023.

107 f.

Orientador: Lourival Batista de Oliveira Junior

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Economia, 2023.

1. Economia da Saúde. 2. Financiamento do SUS. 3. Gastos Públicos com a Saúde. I. Oliveira Junior, Lourival Batista de, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA - FACECON - Depto. de Economia

FACULDADE DE ECONOMIA / UFJF

ATA DE APROVAÇÃO DE MONOGRAFIA II (MONO B)

Na data de 13/12/2023, a Banca Examinadora, composta pelos professores

- 1 – Lourival Batista de Oliveira Junior - orientador; e
- 2 – Alexandre Zanini,

reuniu-se para avaliar a monografia da acadêmica **Fernanda Barbosa de Oliveira**, intitulada: **Financiamento do SUS no município de Juiz de Fora (MG): uma análise da gestão de gastos municipais**.

Após primeira avaliação, resolveu a Banca sugerir alterações ao texto apresentado, conforme relatório sintetizado pelo orientador. A Banca, delegando ao orientador a observância das alterações propostas, resolveu **APROVAR** a referida monografia.

ASSINATURA ELETRÔNICA DOS PROFESSORES AVALIADORES



Documento assinado eletronicamente por **Lourival Batista de Oliveira Junior, Professor(a)**, em 13/12/2023, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Zanini, Professor(a)**, em 13/12/2023, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1626092** e o código CRC **21367972**.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e acadêmico ao longo desta jornada. À minha família, pelo amor incondicional, apoio e incentivo constante.

Sem vocês, este projeto não teria sido possível.

Aos meus amigos e colegas, que compartilharam comigo as alegrias e desafios desta jornada.

Suas amizades e parcerias tornaram esta experiência ainda mais enriquecedora por terem me acolhido fora do conforto de casa.

Aos meus professores e orientador, pelos seus ensinamentos, paciência e orientação.

Seu conhecimento e mentorship foram inestimáveis para a conclusão deste trabalho.

E, por fim, dedico este TCC a mim mesma, como um testemunho do meu compromisso com a busca do conhecimento e do crescimento pessoal.

Obrigado a todos que fizeram parte desta jornada. Este trabalho é dedicado a vocês.

AGRADECIMENTOS

Escrever estes agradecimentos é uma tarefa emocionante e gratificante, pois me dá a oportunidade de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas e instituições que desempenharam um papel fundamental na realização deste Trabalho de Conclusão de Curso. Esta jornada acadêmica foi desafiadora, porém incrivelmente enriquecedora, graças ao apoio e contribuições inestimáveis de tantos.

Primeiramente, gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha família. Meus pais, por seu amor incondicional, apoio constante e incentivo ao longo de toda a minha educação. Minha gratidão se estende aos meus avós, Apolo e demais familiares, cujo apoio moral e encorajamento foram cruciais para minha determinação em alcançar este marco.

Aos meus professores e orientadores, minha sincera gratidão por compartilhar seu conhecimento, orientação e experiência. Suas críticas construtivas, sugestões valiosas e orientação sábia foram o farol que me guiou durante esta jornada acadêmica. Suas portas sempre estiveram abertas para esclarecer minhas dúvidas e fornecer orientação precisa.

Aos meus amigos, agradeço por compartilhar comigo as alegrias e desafios desta jornada. Suas amizades, discussões estimulantes e apoio emocional tornaram cada dia mais especial. A troca de conhecimento e experiências com vocês foi inestimável.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, sou grata por proporcionar o ambiente acadêmico onde pude crescer, aprender e pesquisar. Agradeço aos bibliotecários que no início do curso foi uma segunda casa e funcionários administrativos por sua assistência constante. Também quero mencionar a importância do acesso às instalações e recursos desta instituição para a realização deste trabalho.

Agradeço também aos profissionais, colegas de trabalho e mentores que influenciaram minha trajetória acadêmica e profissional, enriquecendo minha formação e me inspirando a buscar a excelência.

A minha rede de apoio, formada por amigos, colegas, familiares e todos que de alguma forma estiveram ao meu lado, agradeço por acreditarem em mim e me incentivarem a continuar avançando, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer a mim mesma, por minha dedicação incansável, determinação e paixão por aprender e crescer academicamente. Este trabalho é o resultado de anos de esforço e compromisso.

Este TCC é um marco significativo em minha jornada acadêmica e pessoal, e a todos os mencionados acima e a todos os outros que de alguma forma desempenharam um papel na sua conclusão, minha profunda gratidão. Seu apoio foi essencial, e este trabalho é dedicado a vocês.

Muito obrigado a todos.

***“No momento em que nos comprometemos,
a providência divina também se põe em movimento.
Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor.
Como resultado da atitude,
seguem todas as formas imprevistas de coincidências,
encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado
encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode
começar.
A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia.”***

Goethe

RESUMO

Este estudo se propõe a analisar a forma como são alocados os recursos municipais de saúde no município de Juiz de Fora (MG). O objetivo geral do estudo é compreender como os recursos do SUS são alocados na gestão da saúde em Juiz de Fora, em meio aos desafios locais e à complexidade da administração pública, e os métodos do estudo são de natureza descritiva e quantitativa. Assim, considera uma ampla gama de fatores relacionados aos cuidados de saúde, incluindo o número de médicos e enfermeiros na equipe, a taxa de mortalidade infantil e o número total de hospitalizações. Adicionalmente, o estudo pretende correlacionar o financiamento do SUS com a sua efetividade em Juiz de Fora. Isto fornece informações úteis sobre como o orçamento da saúde da cidade afeta o próprio sistema, estabelecendo as bases para decisões que irão melhorar a qualidade e o alcance dos cuidados de saúde municipais. Os dados foram coletados de diversas fontes, como a Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora e órgãos governamentais federais e estaduais, e a literatura sobre economia da saúde, financiamento do SUS e gestão de políticas locais de saúde foi revisada. De acordo com as conclusões, Juiz de Fora oferece um nível de atenção básica superior à média nacional em uma ampla gama de unidades de saúde. Além disso, a cidade ofereceu alta prioridade ao investimento na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, a fim de melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados básicos. Apesar disso, o município depende fortemente de recursos federais para financiar esta infraestrutura. As doenças crônicas não transmissíveis representam uma ameaça crescente para a saúde pública e este estudo destaca a importância da sua prevenção. De acordo com os resultados, a cidade enfrenta desafios como garantir que todos tenham acesso igual aos cuidados de saúde e reduzir a sua dependência do financiamento federal. Concluindo, o estudo fornece uma análise abrangente do financiamento do SUS em Juiz de Fora, destacando a importância de políticas de gestão eficientes, transparência e colaboração entre atores governamentais e sociais na saúde pública, a fim de proteger o direito fundamental dos cidadãos à saúde.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Financiamento do SUS. Gastos Públicos com Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the way in which municipal health resources are allocated in the municipality of Juiz de Fora (MG). The general objective of the study is to understand how SUS resources are allocated to health management in Juiz de Fora, amid local challenges and the complexity of public administration, and the study methods are descriptive and quantitative in nature. Thus, it considers a wide range of factors related to health care, including the number of doctors and nurses on staff, the infant mortality rate, and the total number of hospitalizations. Additionally, the study intends to correlate SUS financing with its effectiveness in Juiz de Fora. This provides useful information about how the city's health budget affects the system itself, laying the foundation for decisions that will improve the quality and reach of city health care. Data were collected from various sources, such as the Health Department of the Municipality of Juiz de Fora and federal and state government agencies, and the literature on health economics, SUS financing and management of local health policies was reviewed. According to the conclusions, Juiz de Fora offers a level of basic care higher than the national average in a wide range of health units. Furthermore, the city offered high priority to investment in the infrastructure of Basic Health Units, in order to improve the quality and effectiveness of basic care. Despite this, the municipality depends heavily on federal resources to finance this infrastructure. Chronic non-communicable diseases represent a growing threat to public health and this study highlights the importance of their prevention. According to the results, the city faces challenges such as ensuring that everyone has equal access to health care and reducing its dependence on federal funding. In conclusion, the study provides a comprehensive analysis of SUS financing in Juiz de Fora, highlighting the importance of efficient management policies, transparency and collaboration between governmental and social actors in public health, in order to protect citizens' fundamental right to health.

Keywords: Health Economics. SUS Financing. Public Spending on Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição da população por faixa etária	54
Gráfico 2 - Taxa da relação de dependência x pessoas em idade ativa Juiz de Fora – MG no período entre 1990 e 2022 em porcentagem.....	56
Gráfico 3 - Distribuição da população ativa por setor de atividade econômica	58
Gráfico 4 - Cor/raça da população da Juiz de Fora – MG	61
Gráfico 5 - Previsão de Despesas com Saúde em 2023	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxas de crescimento da população de Juiz de Fora – MG no período entre 1990 e 2022 em porcentagem	55
Tabela 2 - Distribuição da população por gênero e local de moradia de acordo com o Censo de 2022.....	57
Tabela 3 - Valores de IDH e seus componentes distribuídos por região do município em 2020	60
Tabela 4 - Quantidade de UPAs e UBS de acordo com o Porte.....	65
Tabela 6 - Capacidade instalada da Atenção Básica: UPAs e UBS	69
Tabela 7 - Capacidade instalada de equipamentos nas UPAs e UBS.....	70
Tabela 8 - Principais indicadores de saúde de Juiz de Fora - MG.....	75
Tabela 9 - Distribuição geográfica das unidades hospitalares no município de Juiz de Fora – MG	76
Tabela 10 – Principais causas de internações no município de Juiz de Fora, no ano de 2022	78
Tabela 11 - Taxa de fecundidade total (TFT) em Juiz de Fora - MG entre 2000 e 2019	81
Tabela 12 - Distribuição dos óbitos por grupos de causas em Juiz de Fora, em 2023	82
Tabela 13 - Distribuição de doenças infecciosas e parasitárias de notificação compulsória em 2023	82
Tabela 14 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) em Juiz de Fora - MG, entre 2000 e 2020	83
Tabela 15 - Proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em Juiz de Fora, MG, entre 2000 e 2020	84
Tabela 16 - Quantidade de profissionais de saúde por categoria profissional e local de trabalho	87
Tabela 17 - Razão de Profissionais por 1000 habitantes do município de Juiz de Fora – MG, em dezembro de 2022.....	88
Tabela 18 – Comparativo entre orçamento e despesa com saúde em 2022 no município de Juiz de Fora - MG	90
Tabela 19 - Origem das Receitas direcionadas à Saúde em 2022 no município de	

Juiz de Fora - MG.....	91
Tabela 20 – Destinação das Despesas em Saúde em 2022, distribuídas por categoria, no município de Juiz de Fora - MG.....	91
Tabela 21 - Distribuição dos recursos federais na saúde de Juiz de Fora em 2021..	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão geral dos recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios	43
Quadro 2 - Financiamento da saúde do SUS na Atenção Básica	44
Quadro 3 - Financiamento da saúde do SUS na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.....	44
Quadro 4 - Financiamento da saúde do SUS na Vigilância em Saúde	45
Quadro 5 - Tipos de Serviço e composição das unidades de atendimento da rede municipal de saúde de Juiz de Fora – MG	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AMS	Auditoria Municipal de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AudSUS	Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FNS	Fundo Nacional da Saúde
HG	Hospital Geral Dr. Geraldo Mozart Teixeira
HMTJ	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
HPJV	Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz
HPS	Hospital Pronto Socorro Municipal Dr. Mozart Teixeira
HRJF	Hospital Regional Dr. João Felício
HRJP	Hospital Regional Dr. João Penido
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPI	Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTEGRASUS	Plataforma de Integração de Dados do SUS
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e do Emprego
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PAB-VISA	Piso de Atenção Básica em Vigilância Sanitária
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEVISA	Piso Estadual de Vigilância Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDI	Razão de Dependência de Idosos
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-Cov-2	Coronavírus da COVID-19
SIA	Sistema de Informações para Atendimento Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos e Notificações
SINAPA	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINVEP	Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAUD/SUS	Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde
SML	Saldo Migratório Líquido
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SS	Secretaria Municipal da Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Metas
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TFT	Taxa de Fecundidade Total
TGCA	Taxa Geométrica de Crescimento Anual
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNIVERSO	Universidade Salgado de Oliveira
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidades Regionais de Saúde
VIGISUS	Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	ECONOMIA DA SAÚDE, FINANCIAMENTO DO SUS E GESTÃO DOS GASTOS PÚBLICOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (MG)	24
2.1	A ABORDAGEM ECONÔMICA DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS ...	24
2.1.1	Integrando economia e saúde: uma análise da dinâmica do setor de saúde no Brasil	27
2.1.2	O papel essencial da Economia da Saúde na promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro	30
2.2	CONTEXTO HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO FEDERAL E DA GESTÃO LOCAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE	31
2.3	POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: A REALIDADE DOS GASTOS PÚBLICOS NA SAÚDE	39
2.4	LITERATURA PRÉVIA SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL E EM JUIZ DE FORA.....	47
3	ANÁLISE DA GESTÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS DERIVADAS DO FINANCIAMENTO DO SUS	53
3.1	ESPAÇO DE PESQUISA: O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG.....	53
3.2	INFRAESTRUTURA E COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM JUIZ DE FORA: UM DIAGNÓSTICO DAS UNIDADES DE SAÚDE	63
3.3	INDICADORES DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA: ANÁLISE DA OFERTA E DA DEMANDA POR SERVIÇOS HOSPITALARES.....	74
3.4	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE.....	79
3.5	RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM JUIZ DE FORA: PERFIL, DISTRIBUIÇÃO E ADEQUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	85
3.6	ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÔMICA DE JUIZ DE FORA E SEU IMPACTO NO FINANCIAMENTO E NA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE.....	89
3.7	FINANCIAMENTO E GESTÃO DO SUS EM JUIZ DE FORA: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS E DA AUDITORIA DO SISTEMA	92

CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	98

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel integral na oferta de serviços de saúde no Brasil, representando um compromisso com a equidade e a acessibilidade aos cuidados médicos para toda a população (BRASIL, 2000). Ao ser estabelecido pela Constituição de 1988, o SUS se tornou a espinha dorsal da política de saúde do país, confirmando a saúde como um direito social fundamental. No entanto, a materialização dessa visão implica desafios consideráveis, sendo que um dos principais diz respeito à gestão e ao financiamento dos serviços de saúde.

A natureza tripartite do SUS, envolvendo os níveis federal, estadual e municipal de governo, reflete a ideia de descentralização e compartilhamento de responsabilidades na administração da saúde pública (BRASIL, 2000). Os municípios, nesse contexto, têm um papel crucial na implementação das políticas de saúde e na alocação de recursos financeiros. É exatamente nesse ponto que surge uma complexidade: garantir que os recursos sejam distribuídos de forma justa e estratégica para abranger a diversidade de necessidades da população.

O município de Juiz de Fora, localizado no estado de Minas Gerais, se insere nesse cenário necessário para o financiamento do SUS. O contexto local apresenta uma série de particularidades que influenciam diretamente a gestão dos recursos de saúde. A demanda por serviços de saúde é crescente, em meio a uma realidade econômica e social complexa. Para Andrade (2002), a eficiência na utilização de recursos se torna vital, com o objetivo de atender às demandas de saúde da população de forma acessível e de qualidade.

Vale ressaltar que a gestão do financiamento do SUS vai além da mera distribuição de recursos financeiros. Envolver a identificação de áreas prioritárias para investimento, a otimização dos gastos e a busca por uma alocação eficaz que impacte especificamente a saúde da população (DIAS, 2011). A compreensão dos mecanismos de financiamento e de como eles são traduzidos em serviços de saúde tangíveis é essencial para aprimorar a eficiência e a eficácia do sistema.

Em vista desses desafios e considerando a importância do financiamento adequado para a realização dos objetivos do SUS, este estudo tem como propósito investigar a dinâmica do financiamento do SUS no município de Juiz de Fora. Dadas estas considerações, pretende-se analisar a distribuição dos recursos destinados à saúde e compreender como eles são utilizados na administração dos serviços de

saúde locais. Isso permitirá não apenas uma compreensão mais abrangente do funcionamento do sistema, mas também a identificação de oportunidades de melhoria na gestão dos recursos, atualmente atendendo de forma mais eficaz às necessidades da população.

Neste contexto, o objetivo central deste estudo é investigar a distribuição dos gastos com saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, e compreender como o financiamento do SUS é utilizado na administração municipal da saúde. Em meio aos desafios da realidade local e à complexidade da gestão pública, esse objetivo visa lançar luz sobre a maneira pela qual os recursos são alocados e como essa alocação se traduz em serviços e atendimento à população. Mediante essa análise, busca-se contribuir para a otimização da eficácia e eficiência dos serviços de saúde oferecidos, promovendo uma gestão mais alinhada às necessidades e demandas da comunidade.

Dentro desse contexto, desenvolveu-se os objetivos específicos deste estudo, delineando uma abordagem investigativa mais específica. Inicialmente, visa-se a análise da disponibilidade de recursos financeiros nas Unidades de Saúde do município de Juiz de Fora, com o objetivo de quantificar o alcance da população atendida e avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde. Em consequência, busca-se quantificar o contingente de profissionais de saúde envolvidos, além de avaliar a capacidade dos leitos sob gestão municipal e examinar indicadores-chave de saúde, como a mortalidade infantil e o número de internações, proporcionando um panorama abrangente da infraestrutura e dos serviços realizados. Paralelamente, o estudo também apresenta parâmetros analíticos que permitirão correlacionar o financiamento do SUS com sua efetivação em Juiz de Fora, contribuindo para a compreensão do impacto direto dos recursos no sistema de saúde municipal. Por fim, a investigação visa constatar as reais necessidades de atendimento da população do município, fornecendo uma base sólida para a tomada de decisões que visem aprimorar a qualidade e a abrangência dos serviços prestados.

Em um panorama em que a eficiência e eficácia dos serviços de saúde são imperativas, a justificativa para a investigação do financiamento do SUS em Juiz de Fora se torna ainda mais evidente. A falta de recursos muitas vezes implica em dificuldades para melhorar a infraestrutura de atendimento e garantir a disponibilidade de profissionais envolvidos, o que pode resultar em lacunas no

acesso e na qualidade do cuidado (DIAS, 2011; SILVA, 2012). Além disso, as demandas da população são dinâmicas e multifacetadas, exigindo uma abordagem estratégica na alocação de recursos disponíveis. A partir dessa perspectiva, uma investigação detalhada da distribuição dos gastos em saúde em Juiz de Fora é essencial para identificar áreas prioritárias de investimento e implementar medidas que otimizem o atendimento.

A complexidade do financiamento do SUS não se restringe apenas à escassez de recursos, mas também à necessidade de garantir uma gestão eficaz desses recursos (ANDRADE, 2002). A alocação econômica de recursos pode resultar em ineficiências e desperdício de recursos públicos, comprometendo a capacidade de atendimento às necessidades da população de forma equitativa. Além disso, a falta de transparência na distribuição dos recursos pode gerar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, aprofundando as disparidades existentes na sociedade. Assim, a investigação da dinâmica do financiamento do SUS em Juiz de Fora não apenas contribui para o aprimoramento da gestão local, mas também para a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde.

Por fim, a relevância deste estudo sobre o financiamento do SUS na cidade de Juiz de Fora (MG), também reside no fato de que a compreensão da dinâmica do financiamento do SUS em um município específico pode ter implicações mais amplas para o sistema de saúde como um todo. Os desafios enfrentados por Juiz de Fora refletem questões enfrentadas por muitos outros municípios no Brasil. De acordo com Silva (2012), a análise das estratégias adotadas para alocar recursos e enfrentar as limitações pode fornecer *insights* importantes para aprimorar as políticas de saúde em nível nacional, contribuindo para a construção de um sistema mais resiliente e eficiente.

Para atender aos objetivos propostos e abordar a relevância do tema de forma abrangente, este trabalho seguiu uma estrutura organizada que permitiu uma análise detalhada do financiamento do SUS no município de Juiz de Fora. Além desta Introdução, (Capítulo 1), este trabalho monográfico, está composto de outros 3 capítulos. O Capítulo 2 compreende um estudo bibliográfico abrangente sobre a economia da saúde, o financiamento do SUS e a gestão local de políticas de saúde, a partir da revisão da literatura que aborda os desafios e as oportunidades relacionadas à alocação de recursos na saúde pública, além de explorar estudos já realizados no âmbito municipal sobre a distribuição de gastos em saúde, com

abordagem especial em Juiz de Fora.

No Capítulo 3 é apresentada uma pesquisa empírica conduzida a partir de dados secundários, dentro deste panorama a atenção se volta para a distribuição dos gastos em saúde no município de Juiz de Fora. Por meio da análise quantitativa e qualitativa dos recursos alocados em diferentes áreas da saúde, será possível compreender como o financiamento do SUS é utilizado na prática pela administração municipal. Serão explorados aspectos como a disponibilidade de recursos financeiros nas Unidades de Saúde, o número de profissionais de saúde envolvidos, a capacidade de leitos sob gestão municipal e indicadores-chave de saúde.

Por fim, o Capítulo 4, apresenta as Considerações Finais, que se constituiu em um espaço para avaliar a compreensão do financiamento do SUS em Juiz de Fora. Foram considerados os principais achados da pesquisa em relação à distribuição dos recursos e à efetividade da alocação dos gastos em saúde. Além disso, foi realizada uma reflexão sobre as implicações desses resultados para a gestão local de políticas de saúde e para o contexto mais amplo do sistema de saúde brasileiro. Mediante essa estrutura, espera-se contribuir para a compreensão aprofundada do tema e para a busca de soluções que otimizem o financiamento e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

2 ECONOMIA DA SAÚDE, FINANCIAMENTO DO SUS E GESTÃO DOS GASTOS PÚBLICOS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (MG)

Este capítulo apresenta o referencial teórico que fundamenta a pesquisa, explorando diversas abordagens relacionadas ao tema. Inicia-se com uma análise da economia da saúde, se aprofundando nas nuances que permitem a alocação de recursos dentro do setor. Posteriormente, contempla-se a gestão dos gastos em saúde nas esferas federal, estadual e municipal, abrangendo as complexas interações entre esses níveis de governo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Paralelamente, é oferecida uma contextualização histórica sobre o financiamento da saúde no Brasil, delineando uma trajetória das políticas e estratégias ao longo do tempo.

Dentro deste panorama, uma atenção se volta para estudos que exploraram o tema tanto no âmbito municipal de forma mais geral quanto com foco específico no município de Juiz de Fora (MG). A contribuição dessas pesquisas é examinada, destacando-se seu papel na compreensão das particularidades relacionadas ao financiamento da saúde a nível local.

Por meio deste referencial teórico, busca-se construir uma estrutura conceitual que embasa o caminho para a análise a ser conduzida no próximo capítulo.

2.1 A ABORDAGEM ECONÔMICA DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A ciência econômica é um campo de estudo dentro das ciências humanas que se presta a estudar várias áreas, dentre elas, pode ser utilizada como uma ferramenta útil de gerenciamento e tomada de decisão para administradores de saúde pública que buscam atender melhor o público e alocar recursos insuficientes.

Para Samuelson (1976, p. 3) a economia é o estudo

... de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos.

Especificamente para o campo da economia e gestão da saúde, Del Nero (2002) afirma que, é importante desenhar uma ampla gama de disciplinas acadêmicas para compreender totalmente as ramificações da dinâmica de oferta e demanda sobre o setor de saúde. Isso ocorre porque as perspectivas dos indivíduos sobre os processos de doença variam amplamente, dependendo de seu grupo social, e por sua vez são afetadas pelas ações de seus pares. O autor define que “a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo para a administração dos serviços de saúde” (p. 19). Igualmente, a Economia da Saúde abrange uma ampla gama de temas e métodos. No entanto, este autor também considera uma definição de foco mais restrito de definição economia da saúde foi proposta anteriormente no desenvolvimento do campo.

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados (DEL NERO, 2002, p. 19).

Em vários países como os Estados Unidos, Europa, Canadá e Austrália, a Economia da Saúde é um campo de pesquisa e intervenção bem estabelecida, com programas de pós-graduação dedicados e associações profissionais ativas, juntamente com revistas eletrônicas (LUCCHESI, 2003).

A Economia da Saúde nesses países tem desempenhado um papel crucial na graduação e aperfeiçoamento de profissionais para esse campo multidisciplinar. É reconhecido que sua informação é fundamental para pessoas que trabalham no planejamento, administração e gestão de serviços de saúde (SAES, 2000).

Saes (2000) enfatiza que a integração da Economia da Saúde é vital para definir as prioridades de gestão em saúde. Isso fornece métodos e instrumentos de avaliação econômica, incluindo estudos de oferta e demanda de saúde, análises de saúde suplementar, organização de provedores de serviços, avaliação de tecnologias médicas e diagnósticas, análise de sistemas de saúde, regulação e competição no mercado de serviços de saúde, entre outros aspectos.

O presente trabalho está em linha com as proposições adotadas por SAES (2000) ao defender que a economia da saúde deve ser incorporada como um auxílio indispensável na definição das diretrizes da gestão em saúde. Do mesmo modo, a integração exige metodologias e/ou instrumentos de avaliação econômica, que

podem incluir os estudos de oferta e demanda em saúde, a medicina complementar e coordenação de prestadores de serviços, a avaliação médica e tecnologias de diagnóstico, e, os exames de identificadores de provisão de cuidados de saúde, regulamentação e concorrência de mercado.

Desta forma, segundo Medeiros (1998) *apud* SAES (2000, p. 7)

A escassez de recursos para a saúde restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos e, portanto, exige uma série de decisões alocativas que consistem fundamentalmente, em selecionar quais serão os beneficiários do sistema público de saúde e quais serviços serão oferecidos. Em um país como o Brasil onde há pobreza massiva, grande demanda por saúde e a impossibilidade de vasta parcela da população obter serviços fora do sistema público, a responsabilidade dessas decisões é extremamente grande.

Mais do que apenas uma coleção de ferramentas, como assegura Campos (1986), a economia da saúde é uma forma de refletir sobre a compreensão da escassez. a urgência das decisões e a demanda de as escolhas serem precedidas de uma análise dos custos e das consequências das várias opções para melhorar os resultados. Desta forma, Piola e Vianna (1995) afirmam que o dinheiro gasto na saúde é um investimento em capital humano, em vez de um desembolso de dinheiro. Em outras palavras, investir nas pessoas faz sentido porque o crescimento econômico deve ser direcionado para o avanço da qualidade de vida das pessoas, e a saúde é essencial para uma sociedade justa e imparcial.

A contribuição da economia para o campo da assistência à saúde é amplamente reconhecida e decorre da natureza dos bens e serviços fornecidos pelo sistema de saúde, bem como da estrutura dos mercados relacionados. Muitos desses bens e serviços podem ser considerados bens públicos, de acordo com a teoria econômica. Por exemplo, programas para erradicação de doenças infecciosas e vacinação. A teoria econômica fornece uma justificativa importante para a intervenção governamental na produção desses bens (DEL NERO, 2002).

Essa perspectiva é compartilhada por Culyer e Wright (1978), que afirmam que muitos conceitos econômicos se aplicam ao setor de saúde. Portanto, a Economia da Saúde não existe isoladamente da economia convencional. Os autores ainda defendem que a Economia da Saúde emprega teorias econômicas tradicionais, como as estruturas econômicas e indicadores macroeconômicos, o orçamento governamental, déficits e dívida pública, os conceitos de consumo, a teoria da produção e custos, o comportamento de empresas e famílias, o sistema de

preços de mercado, a demanda e oferta de bens e serviços, a avaliação econômica de projetos, com análise de custo, benefício, eficácia, efetividade e utilidade, para tomar decisões mais acertadas.

Além disso, de acordo com Del Nero (2002), a economia da saúde explora tópicos da economia convencional relevantes para sua aplicação, incluindo o papel dos serviços de saúde na economia, o sistema de produção e distribuição de serviços de saúde, a medição do impacto dos investimentos em saúde, os indicadores de saúde correlacionados com variáveis econômicas, o emprego e salários de profissionais de saúde e oferta de mão de obra, o comportamento de prestadores de serviços e suas relações com os consumidores, a análise de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade de serviços específicos, além de análise de políticas de saúde em vários níveis.

Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como resposta à necessidade de mitigar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, oferecendo assistência pública a todos os cidadãos de forma indiscriminada (BRASIL, 1988). Princípios fundamentais como a universalidade e equidade refletem o compromisso de enfrentar o desafio intrínseco de gerenciar uma demanda potencialmente limitada de recursos diante de uma oferta finita (MACHADO et al., 2017). Para Baltar et al (2020) nesse contexto, a Economia da Saúde desempenha um papel crucial, atuando como uma ferramenta estratégica para otimização dos recursos do SUS. Portanto, considerar o papel da Economia da Saúde no contexto do SUS é essencial para aprimorar a eficiência, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Integrar princípios econômicos à tomada de decisões de posicionamento em saúde o SUS de maneira resiliente para atender às necessidades em constante evolução de uma sociedade diversa e dinâmica.

2.1.1 Integrando economia e saúde: uma análise da dinâmica do setor de saúde no Brasil

No contexto atual, é evidente que a economia e a saúde estão intrinsecamente entrelaçadas em praticamente todas as dimensões da sociedade. Essa conexão é igualmente saliente quando for considerada a saúde pública, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. A interação

complexa entre esses dois domínios tem dado origem a uma disciplina interdisciplinar vital: a Economia da Saúde.

A Economia da Saúde é uma abordagem que aplica os princípios econômicos à análise dos sistemas de saúde, visando entender as implicações financeiras e operacionais das decisões de saúde, pois para Piola e Vianna (1995, p. 6), “Economia e saúde estão interligadas de várias formas, seu estudo e a aplicação de instrumentos econômicos ligados tanto a questões estratégicas como operacionais do setor saúde deram origem à economia da saúde”.

Considerando a Economia da Saúde Brasileira, sabe-se que ela cumpre um papel essencial na avaliação e concretização de políticas de saúde pública. A discussão sobre a responsabilidade pelo setor de saúde - entre o governo e as empresas privadas - é um tema recorrente e complexo. Del Nero (2002) observa que, apesar das diferentes perspectivas ideológicas, ainda não existem evidências substanciais de que a promoção do setor privado de saúde resulte em ganhos significativos de eficiência em todos os níveis do sistema de saúde.

O SUS, criado em 1988, representa um marco crucial na busca pela equidade e universalidade na prestação de serviços de saúde no Brasil. O SUS abrange um amplo espectro de serviços de saúde, desde centros e postos de saúde até hospitais e laboratórios. A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que aumentou os investimentos em saúde, trouxe uma esperança renovada para o progresso dos trabalhos de saúde pública (BRASIL, 2009).

A interligação entre economia e saúde no contexto do SUS é especialmente evidente na discussão sobre a eficiência alocativa dos recursos. A destinação competente dos recursos financeiros e humanos é uma preocupação crítica para avaliar a qualidade e a equidade na prestação de serviços de saúde. A crescente elevação dos custos na área de saúde, particularmente em relação às tecnologias médicas avançadas, tem gerado desafios significativos para os gestores do sistema (MARINHO et al., 2009).

A busca pela equidade na saúde é um desafio complexo e multifacetado. As disparidades na saúde são frequentemente resultado das desigualdades socioeconômicas existentes na sociedade. Indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e a expectativa de vida, estão intimamente ligados ao *status* socioeconômico, ressaltando a importância de abordar as desigualdades sociais para alcançar uma saúde mais equitativa (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA

E APLICADA, 2009).

A descentralização do SUS, preconizada pela Norma Operacional Básica (NOB), conferiu maior autonomia aos estados e municípios na gestão dos serviços de saúde. No entanto, essa descentralização também trouxe desafios na distribuição eficaz de recursos e na avaliação da eficiência do sistema em diferentes regiões do país. A apreciação de indicadores e o monitoramento do desempenho são fundamentais para afiançar que os recursos sejam direcionados de forma eficaz para atender às necessidades da população (SANTANA e CASTRO, 1999).

A equidade na saúde é um objetivo central das políticas de saúde pública brasileiras. No entanto, a definição e operacionalização desse conceito são complexas e estão sujeitas a diferentes interpretações. Travassos et al. (2000) enfatizam que as teorias normativas de equidade podem variar considerando os valores predominantes na sociedade e no momento histórico, pois

... não existe uma teoria de equidade consensualmente aceita da qual se possam retirar critérios operacionais. Estes serão sempre reflexo dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico. Diferentes teorias normativas sobre equidade apontam para diferentes formas de organização dos sistemas de saúde. Assim, a formulação de políticas de saúde voltadas para equidade exige a definição desse princípio (p. 94).

A busca por uma saúde mais equitativa no contexto do SUS também envolve o estabelecimento de políticas que promovam a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A Política Nacional de Saúde busca garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, abordando as necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros em todos os níveis (BRASIL, 1988).

Em conclusão, a interligação entre a economia e a saúde no contexto do SUS é um tema complexo e crucial que afeta diretamente a qualidade dos serviços de saúde prestados à população brasileira. A Economia da Saúde exerce um papel essencial na análise dos desafios econômicos e operacionais do sistema de saúde, possibilitando a tomada de decisões de maneira mais acertada. A equidade na saúde, a distribuição adequada de recursos, a descentralização e a aferição de indicadores são componentes essenciais para construir um sistema de saúde inclusivo e equitativo para todos os cidadãos brasileiros.

2.1.2 O papel essencial da Economia da Saúde na promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro

A análise histórica revela a influência significativa dos serviços sanitários no bem-estar da sociedade ao longo do tempo. A redução da mortalidade por doenças infecciosas a partir da segunda metade do século XIX atesta a relevância desses serviços, porém, é essencial reconhecer que não se pode atribuir exclusivamente a eles todos os avanços no estado de saúde. Além do progresso na área da saúde, o desenvolvimento econômico também desempenhou um papel determinante, marcado por inovações tecnológicas, avanços agrários, melhorias nutricionais e implementações cruciais, como redes de esgoto, tratamento de água, coleta de lixo e campanhas de vacinação (LÓPEZ CASASNOVAS e ORTÚN RUBIO, 1998).

De acordo com Brasil (2008), a ligação entre saúde e desenvolvimento socioeconômico é inegável e multifacetada. Para além do aprimoramento da qualidade de vida da população, a promoção do crescimento econômico, a expansão das oportunidades de emprego e educação também figuram como metas intrinsecamente ligadas. Portanto, conquistar um desenvolvimento econômico pleno demanda aperfeiçoamentos tanto na saúde quanto na educação, entre outros fatores.

A Pesquisa Macroeconômica para a Saúde, realizada pelo IBGE, indica a relevância do setor de saúde no fomento ao desenvolvimento econômico, ao gerar oportunidades de trabalho e absorver mão de obra local para a construção de instalações de saúde. Essa dinâmica não apenas injeta recursos nas comunidades, impulsionando o desenvolvimento local, como também estimula a elevação da renda *per capita* (BRASIL, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), personifica o engajamento dos profissionais de saúde nos municípios, onde a ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população assume um papel central. Esse modelo não somente alinha-se com o objetivo de aprimorar a saúde pública, mas também atua como um agente catalisador do desenvolvimento local (BRASIL, 2008).

A saúde não apenas fomenta o crescimento econômico, mas também exerce uma influência negativa sobre a produtividade econômica quando a incidência de doenças afeta a força de trabalho. Adicionalmente, uma melhoria no nível de saúde

da população traduz-se em benefícios econômicos consideráveis (BRASIL, 2008).

O círculo vicioso da pobreza e doença, apresentado Cruz-Vargas, Correa-López e Indacochea (2018) descreve um cenário em que as doenças contribuem para a perpetuação da pobreza, minando a capacidade produtiva e a produção. Em contrapartida, o círculo da saúde do bem-estar, proposto por Campos e Tinoco (1986), propaga a ideia de que a saúde promove a riqueza, estimulando a capacidade produtiva e elevando a produção de bens e serviços.

Piola e Vianna (1995) afirmam que os investimentos em saúde transcendem o mero conceito de despesas de consumo e desempenham um papel crucial como investimentos em capital humano. A saúde emerge como um pilar fundamental para a construção de uma sociedade justa e próspera, na qual o desenvolvimento econômico se orienta para o aprimoramento da qualidade de vida individual.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a alocação eficaz de recursos deve se pautar nos princípios da universalidade e integralidade, buscando equidade e eficiência. No entanto, o processo de descentralização da gestão do sistema impõe desafios, englobando conflitos distributivos e a necessidade de projetos embasados em informações regionais. A atuação dos profissionais de saúde nos municípios constitui um componente crucial para fomentar o desenvolvimento local e prevenir doenças. A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um exemplo de modelo de atenção que prioriza a prevenção e o aprimoramento da saúde (BRASIL, 2008).

Diante desse quadro interdependente entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, torna-se fundamental apontar abordagens integradas e sustentáveis para impulsionar tanto a saúde quanto o crescimento econômico. O fortalecimento dos sistemas de saúde, o aprimoramento das condições de vida e o fomento à educação emergem como pilares fundamentais para consolidar uma sociedade mais saudável e próspera, onde a saúde e o desenvolvimento atuam em harmonia, impulsionando um futuro promissor.

2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO FEDERAL E DA GESTÃO LOCAL DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Ao se aprofundar no estudo do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se um cenário que reflete não apenas avanços e reformulações administrativas, mas

também uma jornada marcada por normativas, decretos e leis que moldaram a trajetória da saúde pública no Brasil. Desde os primórdios da colonização, surgiram sistemas de saúde voltado a um caráter equivalente ao atual, porém, estavam destinados a beneficiar exclusivamente os estratos e indivíduos privilegiados pela coroa. Em 1923, um marco histórico se estabeleceu com a promulgação da Lei Elói Chaves, inaugurando a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), que assinalou o nascedouro da previdência no país. Essa entidade visava salvaguardar os trabalhadores ao oferecer pensões, licenças por enfermidades e, em certos casos, a aposentadoria. A administração dos fundos, nesse arranjo denominado CAPs, recaía sobre a esfera privada, enquanto o governo detinha o encargo de criar, regular e supervisionar essas instituições. No entanto, esse sistema negligenciava a abrangência e restringia seus benefícios aos trabalhadores formalmente empregados (BATICH, 2004).

Na esteira desse contexto, em 1932, Getúlio Vargas substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), inaugurando um paradigma de assistência médica mais organizada, amparada nas reclamações dos empregados. Entretanto, a maioria da população permaneceu à margem desse sistema, uma vez que não eram contribuintes desses institutos. Os serviços de saúde do governo, centrados principalmente na prevenção e profilaxia de doenças endêmicas, apresentavam-se incipientes e a parcela desfavorecida da sociedade dependia dos hospitais beneficentes e Santas Casas de Misericórdia para atendimento médico (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

O panorama evoluiu em 1965, com a consolidação dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Contudo, a transformação mais impactante ocorreu em 1977, com a instituição do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e o subsequente Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esses órgãos governamentais surgiram com o propósito de oferecer assistência médica no decurso da aquisição de serviços hospitalares do setor privado (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

Nos anos 80, revelou-se um período de marcos significativos no campo da saúde pública brasileira. Em 1982, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) entrou em vigor, direcionando suas energias para a atenção primária e a busca pela conexão das instituições governamentais em redes regionais e

hierarquizadas. Esse cenário culminou na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que estabeleceu os fundamentos do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Pautado em diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, o SUS emergiu como resposta aos anseios da população por uma abordagem mais inclusiva e abrangente (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2010).

Segundo Mendes (2012), a gênese do SUS reflete o contexto político e social vivenciado pelo Brasil durante um período de transição democrática. Seu desenho buscou resgatar o compromisso estatal com o bem-estar do povo, conferindo um significado mais amplo à saúde e oferecendo respostas sociais às demandas por cuidados médicos (MENDES, 2012).

Já Paiva e Teixeira (2014) apontam que as raízes dessa concepção transparecem nas diretrizes fundamentais do SUS. A universalidade, por exemplo, emerge como um princípio que garante o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, sem distinção de raça, cor, etnia ou religião. A integralidade, por sua vez, preconiza a abordagem do indivíduo de maneira holística, considerando todos os aspectos de sua saúde. Além disso, a equidade estabelece a premissa de tratamento igualitário em todos os níveis de atenção.

Ao imergir na cronologia do SUS, encontra-se um cenário onde sua implementação, por razões socioeconômicas e regionais desequilibradas, não foi uniforme em todos os estados e cidades do Brasil. Essa disparidade poderia ter sido atenuada caso os recursos financeiros tivessem sido alocados oportunamente. É notório salientar que o SUS, desde sua concepção, sempre enfrentou a constante escassez de financiamento (POLIGNANO, 2001).

O alicerce financeiro do SUS é traçado por leis específicas, notadamente as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), nas quais estão entrelaçadas as diretrizes que norteiam o financiamento das atividades e serviços de saúde pública. As leis, como a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), fundamentam a arquitetura das transferências de recursos financeiros no âmbito do SUS. Esses fundamentos também continuam como apoio para todas as atualizações e adaptações que regem o financiamento da saúde até os dias contemporâneos. No entanto, os critérios estabelecidos por essas legislações não se mostraram suficientes para assegurar uma utilização eficaz dos recursos. Como já abordado, até 1990, os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde

eram vinculados a pagamentos por serviços prestados, mantendo suas raízes ligadas à Previdência Social, tal como previsto na Constituição Federal de 1988. A normatização das transferências de recursos do Ministério da Saúde para as diversas esferas governamentais foi solidificada pela Lei nº 8.142/90, que concebeu o Fundo Nacional de Saúde e delineou os destinos dos recursos da saúde (FIGUEIREDO, 2009).

A trajetória do SUS é marcada por uma incrível capacidade de resiliência, superando inúmeros desafios ao longo de sua trajetória. Um desses momentos críticos ocorreu entre 1990 e 1992, durante a presidência de Fernando Collor de Melo. Sob o véu de uma política neoliberal, houve uma drástica redução nos gastos públicos em todas as áreas, incluindo a saúde, culminando em um desmantelamento e enfraquecimento notório do sistema de saúde (POLIGNANO, 2001). Com o término do mandato de Collor, Itamar Franco assumiu a presidência em 1993, herança um país imerso em crises multidimensionais, desprovido de projetos sólidos e mergulhado em um marasmo persistente. Nesse cenário de desafios, o SUS enfraquecia a cada dia (IANONI, 2009). Foi nesse cenário turbulento da história política do Brasil que surgiram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), instrumentos normativos que regiam a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios (POLIGNANO, 2001).

A primeira das NOBs, estabelecida em 1991 (NOB/91), instituiu um sistema de repasses para estados e cidades baseado na produção de serviços, medido pela quantidade de procedimentos realizados, sem considerar a qualidade ou resultados alcançados. Em 1993, a NOB/93 trouxe consigo critérios de classificação para distribuição dos recursos financeiros. A harmonização entre os desiguais setores de governo era mediada pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB). Estados e municípios eram classificados com base no tipo de gestão adotada, seja ela incipiente, parcial ou semiplena, levando em conta o grau de organização e comprometimento com o SUS. Os estados poderiam ser classificados como tendo gestão parcial ou semiplena (PIOLA, 2017).

Desta forma, a classificação em termos de gestão parcial ou semiplena, representava um nível distinto e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Aqueles com classificação semiplena recebiam recursos por meio do mecanismo de transferência fundo a fundo, conforme previsto na Lei 8.080/90. Para os que não se enquadravam nessa modalidade, foram estabelecidos

tetos financeiros para cada estado, bem como um teto global para assistência ambulatorial e hospitalar (MANSUR, 2001).

Durante o governo do Presidente Itamar Franco, uma crise se abateu sobre o setor de saúde causada pela suspensão dos repasses financeiros. Essa turbulência desencadeou uma profunda crise no sistema de saúde, deflagrando debates crescentes e lutas intensas por melhores condições para o SUS (CARVALHO, 2013). Em 1995, com a chegada de Fernando Henrique Cardoso à presidência, acentuaram-se as propostas neoliberais, marcadas por privatizações intensivas. A crise no financiamento do setor de saúde se aprofundou, culminando em 1996 com a publicação da NOB/96, que revogou as normas operacionais anteriores. A NOB/96 trouxe consigo novos organismos de transferências governamentais e determinou a obrigatoriedade de contrapartidas por parte dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebidos (PIOLA, 2017).

Na complexa história do SUS, uma série de marcos transformadores e desafios persistentes se entrelaçam para formar o percurso dessa instituição vital para a sociedade brasileira. Em 1998, uma virada significativa ocorreu na forma de financiamento do SUS, estabelecendo um modelo de repasse de recursos fundamentado na quantidade de pessoas de cada cidade. Esse novo formato de repasses, conhecido como Piso Assistencial Básico (PAB), envolvia a transferência direta de valores para as contas municipais, divididos em dois blocos distintos: o Fixo, comum a todos os municípios e baseado em sua população; e o Variável, cujo montante estava diretamente atrelado ao número de programas de saúde em que o município participava (PIOLA, 2017).

A necessidade de fortalecer o financiamento do SUS estimulava os municípios a aderirem a programas de saúde como forma de incrementar seus recursos, já que o PAB Fixo por si só era insuficiente. No entanto, esse enfoque gerou situações em que os recursos eram direcionados para programas específicos, muitas vezes sem que os municípios tivessem a estrutura ou a capacidade de implementá-los de maneira eficaz. Isso resultou em um cenário onde recursos destinados a determinados programas não eram utilizados, enquanto outros, potencialmente mais funcionais, enfrentavam carência de recursos, o que refletia as diversas realidades dos municípios brasileiros e limitava a flexibilidade das ações de saúde (PIOLA, 2017).

A implementação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 destacou a

importância da atenção básica na saúde, evidenciando a concepção do PAB como um novo critério de financiamento em contraste com os modelos anteriores no Ministério da Saúde. A partir desse momento, os repasses financeiros passaram a ser baseados em um valor fixo *per capita*, representando um avanço ao destinar recursos para o custeio de procedimentos e atuações de assistência básica sob a responsabilidade dos municípios, em vez de serem vinculados à produção de serviços (PIOLA, 2017).

Segundo Mansur (2001), a NOB 01/96 também deu origem a duas novas formas de gestão municipal: a "Gestão Plena da Atenção Básica", que incumbia ao município a responsabilidade pela assistência básica em unidades próprias ou mediante contratos com provedores; e a "Gestão Plena do Sistema Municipal", que dava ao município autonomia total sobre serviços ambulatoriais e hospitalares, possibilitando decisões sobre alterações nos valores de procedimentos médicos e outras questões pertinentes à liquidação dos serviços. Diversas atividades são financiadas pelo PAB, abrangendo desde pronto-atendimento, consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico e domiciliar pela equipe do programa de saúde da família, até vacinação, atividades educativas comunitárias, planejamento familiar, assistência pré-natal, pequenas cirurgias ambulatoriais e programas de agentes comunitários de saúde, entre outros.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) afirmam que o PAB, composto por uma parte fixa e outra variável, desempenha um papel essencial no financiamento de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), fomentando avanços na descentralização da saúde e mudanças no modelo assistencial.

O PSF, posteriormente renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), emergiu como uma abordagem revolucionária para a saúde, colocando a família como centro do cuidado e adotando uma abordagem holística e multidisciplinar. Essa estratégia, priorizada para fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS), tem impulsionado avanços notáveis, proporcionando benefícios e um maior acesso à população (FACCHINI, TOMASI e DILÉLIO, 2018).

No ano 2000, uma mudança crucial aconteceu com a Emenda Constitucional 29/2000 (EC-29), que estabeleceu os recursos mínimos que as esferas governamentais deviam investir na saúde. Essa emenda, sancionada somente em 2012, não apenas definiu gastos em saúde, mas também institucionalizou o Fundo

de Saúde e o conhecimento da sociedade por meio do Controle Social (CARVALHO, 2013).

No ano de 2006, durante a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, foi concebida e implementada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 648/2006. Essa política, tinha como intenção, priorizar e otimizar os gastos públicos, passando por revisões em 2011 e 2017, provocando debates em torno da flexibilização dos princípios democráticos do SUS por parte de organizações historicamente comprometidas com a defesa do sistema (ALMEIDA et al., 2018).

Desde a concepção do sistema de saúde no Brasil, as raízes problemáticas repercutem até os dias de hoje, revelando uma falta de discussão efetiva sobre saúde enquanto um direito fundamental. Nos momentos atuais, ainda são enfrentadas várias dificuldades, muitas delas originadas da gestão inadequada dos recursos, especialmente no que diz respeito ao desvio de verbas públicas destinadas à Atenção Básica e à rede de atendimento especializado (FIGUEIREDO, 2009).

Para Almeida et al (2018) nesse cenário, é difícil não reconhecer o impacto do contexto político e econômico vigente no país sobre o desenvolvimento do SUS. A crise, marcada pelos elevados índices de desemprego, levou a saída das pessoas dos planos de saúde privados, gerando um aumento na procura pelos serviços de saúde pública. Essa demanda crescente exerce uma pressão adicional sobre um sistema já subfinanciado, agravando a precarização do SUS.

Segundo Mendes, Carnut e Guerra (2018) o estado lamentável dos equipamentos, infraestrutura e recursos humanos é uma questão crônica que desafia as redes de atenção do SUS. A desvalorização dos profissionais da área e a administração ineficiente refletem uma realidade desoladora. Outro aspecto crucial é a escassa participação popular no controle social, um elemento fundamental para o fortalecimento e alicerçamento dos princípios do SUS.

O padrão de financiamento da Saúde constitui, outro ponto crítico para o SUS. Apesar dos avanços pontuais nos repasses intergovernamentais, a situação atual revela um retrocesso evidente devido ao congelamento de gastos por 20 anos. A Emenda Constitucional 95, promulgada durante o governo de Michel Temer, exemplifica a falta de compromisso político com a saúde ao restringir os gastos primários da União. Essa medida prevê uma redução dos recursos federais

para o SUS de 1,7% do PIB em 2016 para 1,0% até 2036, resultando em perdas substanciais ao longo de duas décadas (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018).

A Portaria nº 3.992/2017, vigente atualmente, reorganiza os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados às ações e serviços públicos de saúde. Anteriormente, a normatização das transferências financeiras se dava por meio de diferentes blocos, como Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (PEREIRA et al, 2019).

Paralelamente às questões financeiras, as discussões sobre o padrão de atenção têm ganhado destaque no SUS, especialmente em relação à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental como a base do cuidado. No entanto, persiste uma incoerência entre a carga de doenças prevalentes - predominantemente crônicas - e o sistema de saúde fragmentado, voltado para situações agudas. As RAS surgem como um possível caminho para corrigir essa discrepância, ao integrar ações e serviços de saúde, promovendo a integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2016).

No âmbito das RAS, a adoção e incorporação de inovações tecnológicas surgem como uma necessidade. No entanto, a resistência organizacional e a falta de alinhamento à realidade tecnológica constituem desafios consideráveis. Garantir a inserção tecnológica, reformular a organização financeira e aprimorar a APS são fatores-chave para tornar as RAS mais eficazes. A capacitação profissional também se revela crucial, pois equipes bem-preparadas garantem um acolhimento de qualidade e, conseqüentemente, uma atenção mais resolutiva (OLIVEIRA, 2016).

Apesar dos avanços conquistados, o SUS ainda se encontra em um estado de fragmentação. Contudo, as discussões que envolvem esse sistema vão além, incluindo a transição do SUS analógico para um modelo digitalizado. Isso não se limita apenas à adoção de recursos tecnológicos eletrônicos, mas também reflete uma evolução na atuação, transformando-o em um sistema interconectado (MENDES, 2012).

Um dos pontos críticos atuais é a escassez de dados qualificados, o que compromete o planejamento estratégico e o desenvolvimento de políticas de gestão em saúde. A utilização precisa e adequada dos dados possibilita uma análise mais aprofundada da "situação de saúde brasileira, caracterizada por uma rápida transição demográfica e uma carga epidemiológica tripla, com uma forte

predominância de doenças crônicas” (MENDES, 2012, p. 24).

O SUS representa um modelo de saúde de notável complexidade e singularidade. É crucial que mudanças sejam implementadas nos próximos anos de sua existência. Os desafios que enfrenta são tão grandiosos quanto o próprio sistema. Após três décadas, a batalha pela sobrevivência do SUS como política pública gratuita, equitativa, resolutiva e promotora do cuidado integral de todos os brasileiros ainda é indiscutível (SANTOS, 2018).

2.3 POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: A REALIDADE DOS GASTOS PÚBLICOS NA SAÚDE

Ao discorrer sobre os gastos públicos com a saúde é preciso considerar que o financiamento do SUS ocorre, de maneira a determinar montantes de valores para cada um dos cinco setores envolvidos, para assistência da saúde dos moradores de cada cidade brasileira.

Um exemplo concreto é evidenciado nas observações de Marques e Piola (2014) sobre a alocação de recursos em saúde. De acordo com esses autores, nos anos recentes, os investimentos do Governo Federal em ações e obrigações de saúde alcançaram a cifra de R\$ 60 bilhões. O programa que engloba a maior parte das despesas do Ministério da Saúde é o Programa de Atenção Primária à Saúde, que abrange iniciativas como o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade, internações hospitalares e a promoção de ações preventivas. No entanto, a participação relativa deste programa nos gastos totais vem acontecendo, enquanto se verifica o crescimento das despesas destinadas a programas como a Estratégia Saúde da Família e atividades de vigilância e prevenção.

Uma parte substancial das despesas do Governo Federal consiste atualmente na transferência de recursos para Estados e Municípios, conforme revelado por Marques e Piola (2014). De forma análoga, uma porção significativa dos gastos dos Estados é destinada a repasses para os Municípios, demonstrando a dinâmica complexa da distribuição de recursos no âmbito da saúde.

De acordo com a estrutura delineada pelo Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, o subsídio financeiro federal designado aos estados e municípios (superando 70% do montante total) tem sido progressivamente repassado por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos fundos

de saúde estaduais e municipais (SOUZA, 2002).

Os recursos federais para o SUS são norteados pelo tamanho da população e o tipo de adesão dos municípios às políticas de saúde desenhadas pelo governo federal, prevendo recursos adicionais vinculados à oferta de programas específicos como a Estratégia Saúde da Família (ESF), fornecendo estímulos para que os governos municipais assumam a oferta desses programas, de acordo com diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde (VASQUEZ, 2011, p. 1208).

O compromisso compartilhado pelas três esferas governamentais com relação ao financiamento do SUS é notável, uma vez que a Emenda Constitucional 29 (EC-29), aprovada em setembro de 2000, dinâmica um sistema de arrecadação progressiva de receitas para os três níveis de governo. Em uma abordagem contrastante com o paradigma tradicional de alocação de recursos, uma parcela significativa desses recursos foi encaminhada diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os governos locais e estaduais até dezembro de 2001, sendo esse avanço atribuído à ampla adoção de práticas de gestão inovadoras nos âmbitos municipal e estadual (SILVA, 2010).

Embora o envolvimento municipal tenha crescido na década de 2000, há esperança de que os recursos estaduais tenham um papel maior no financiamento do SUS com a promulgação da EC - 29, o governo federal continua arcando com o maior elemento do ônus. Assim, a esfera governamental encarregada por sua gestão é aquela responsável por efetuar os pagamentos às operadoras prestadoras de cuidados de saúde. O SUS emprega o mesmo sistema de informação para ambos os sistemas de paciente externo e para atendimento ambulatorial e hospitalar, denominado Sistema de Informações para Atendimento Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informações para Internação (SIH), independentemente da esfera governamental responsável pelos pagamentos. No caso de internações, por exemplo, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), pasta do Ministério da Saúde, processa as informações indicativas de todas as internações custeadas pelo SUS de maneira concentrada, apesar de que a liquidação pelos serviços proporcionados seja descentralizada para a esfera de governo encarregada pela gestão (SOUZA, 2002).

A divisão dos aportes financeiros transferidos aos estados e municípios só teve início em março de 1998, a partir da promulgação da Portaria nº 2.121/GM, que estabeleceu o PAB e dividiu parte do financiamento da atenção básica para a

Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial (SOUZA, 2002). Assim, os recursos prometidos à Atenção Básica, se identificam como sendo,

(i) a Assistência Farmacêutica Básica, através do componente básico da assistência farmacêutica que se destina à aquisição de medicamentos e insumos da assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica e dos programas pactuados pelos gestores na CIB e CIT, além de (ii) ações de Vigilância em Saúde através das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador que visam a prevenção e o controle de doenças através de atividades de promoção da saúde, campanhas de vacinação e monitoramento de indicadores (BRASIL, 2007).

Ainda segundo Souza (2002), o PAB referente a cada município, é transferido automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, alterando a forma de financiamento mediante a prestação de serviços e advindo para um método de cedência de aportes financeiros com base no compromisso do município em adotar o encargo por esse nível de atenção. A importância do PAB variável está sujeita à aderência do município aos programas preferenciais determinados pelo Ministério da Saúde, como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, os Programas de Saúde da Família e de Combate às Doenças Nutricionais, além de atividades técnicas como Farmácia Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Já os recursos do PAB fixo são repassados com base no seu valor *per capita*.

A Atenção Básica é definida pelo Manual de Atenção Básica do Ministério da Saúde, consagrado pela Portaria GM/MS nº 3.925 de 13 de novembro de 1998. Afirmando que é o agrupamento de atos, de atitude individual ou coletivo, localizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, direcionadas para o acesso a saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. O Manual ainda frisa que

... essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (VIANNA, PIOLA e MENDES, 1994, p. 34-5).

Segundo as considerações de Souza (2002), é notório que a implementação da Portaria GM/MS 2.121 marcou um passo significativo no cenário da saúde, em que o desempenho do Ministério da Saúde teve um papel de extrema relevância. Ao lançar essa portaria, o ministério efetuou um marco inicial de grande magnitude em

direção à construção de um sistema de saúde mais abrangente, que transcende a dependência da assistência médica. A ênfase fundamental subjacente a essa iniciativa é direcionar os esforços não apenas para a prestação de cuidados médicos, mas também para a concepção de uma abordagem integral que vise atenuar as discrepâncias regionais que historicamente têm características de alocação de recursos no contexto da saúde.

A criação da Portaria GM N° 1.399 (Brasil, 1999), de 15 de dezembro de 1999, determinou a NOB SUS 01/96, onde a partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde iniciou o procedimento de descentralização no campo da epidemiologia e controle de doenças por intermédio da Fundação Nacional de Saúde. Este fundo distribui dinheiro para as várias esferas de governo no Brasil, incluindo o governo federal, estados, municípios e o Distrito Federal (MENDES, 2001).

A NOB/96 reforça o comando único do setor em nível local, amplia os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração contra a prestação de serviços e ampliando as transferências (fundo a fundo) com base na programação do uso dos recursos; a introdução de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade; e os vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários e criando condições para uma maior participação e controle social. Cria dois níveis de gestão em nível municipal: a plena da atenção básica e a plena do sistema municipal (MELAMED e COSTA, 2003, p. 394).

Desta forma, a Portaria n. 204/2007 (BRASIL, 2007) e suas respectivas atualizações, determinaram as transferências de montante fixo para os estados e municípios a ser utilizada no desenvolvimento da infraestrutura de saúde, distribuídas em cinco categorias, que tem possibilidade de atendimento totalizado dos serviços atendidos pelo SUS. São elas: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Além disso, os recursos do Ministério da Saúde destinados aos estados da federação e os municípios, distribuídos em categorias, garantem que todos os setores de atendimento do SUS tenham a sua devida atenção, e divisão igualitária.

Na sequência, apresenta-se o Quadro 1, que possibilita ter uma visão geral sobre a distribuição dos recursos do SUS nas cinco categorias.

Quadro 1 - Divisão geral dos recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios

Setores de Aplicação dos Recursos	Ações envolvidas
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da família; • Agentes comunitários de saúde; • Saúde bucal; • Compensação de especificidades regionais; • Fator de incentivo da Atenção Básica aos povos indígenas; • Incentivo à saúde do sistema penitenciário; • Política de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e, • Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); • Laboratório de Prótese Dentária; • Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); • Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; • Hospitais de Pequeno Porte; • Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; • Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; • Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e, • Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.
Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II); • Campanhas de vacinação; e, • Incentivo do Programa DST/AIDS).
Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; • Antirretrovirais do programa DST/AIDS; • Sangue e Hemoderivados; e, • Imunobiológicos.
Gestão do SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; • Planejamento e Orçamento; • Programação; • Regionalização; • Gestão do Trabalho; • Educação em Saúde; • Incentivo à Participação do Controle Social; • Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e, • Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas.

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

O Quadro 2, estabelece como ocorre o financiamento da saúde do SUS na Atenção Básica.

Quadro 2 - Financiamento da saúde do SUS na Atenção Básica

Setores de Aplicação dos Recursos	Financiamento da saúde do SUS
Atenção Básica	<p>Este bloco é integrado por dois componentes:</p> <p>a) <i>PAB-Fixo</i>: destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde, transferidos mensalmente de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.</p> <p>b) <i>PAB-Variável</i>: destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde. Os recursos do PAB-Variável serão transferidos ao Distrito Federal e ao município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destinam e, a utilização desses recursos deve estar definida no respectivo Plano Municipal de Saúde.</p>

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

O Quadro 3, situa como acontece o financiamento da saúde do SUS na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Quadro 3 - Financiamento da saúde do SUS na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Setores de Aplicação dos Recursos	Financiamento da saúde do SUS
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	<p>Destina-se ao custeio de procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; - Transplantes; - Ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido; - Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

De acordo com o quadro 3, o setor de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, tem o financiamento voltado para o custeio dos procedimentos. Já o Quadro 4, estabelece como ocorre o financiamento da saúde do SUS na Vigilância em Saúde.

Quadro 4 - Financiamento da saúde do SUS na Vigilância em Saúde

Setores de Aplicação dos Recursos	Financiamento da saúde do SUS
Vigilância em Saúde	<p>Os componentes desse bloco são:</p> <p><i>a) Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde:</i> recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças (ações de rotina). Farão parte deste Bloco, ainda no componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II); - Campanhas de Vacinação; - Incentivo do Programa DST/AIDS. <p><i>b) Vigilância Sanitária em Saúde:</i> constituído do Termo de Ajuste e Metas (TAM) e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB-VISA). Em Estados onde o valor <i>per capita</i> que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA).</p>

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

O Quadro 5, apresenta a distribuição do financiamento da saúde do SUS na Gestão do SUS.

Quadro 5 - Financiamento da saúde do SUS na Gestão do SUS

Setores de Aplicação dos Recursos	Financiamento da saúde do SUS
Gestão do SUS	<p>Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por Portaria específica.</p> <p>Estes recursos destinam-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.</p> <p>O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão.</p>

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

Apresenta-se também o Quadro 6, que demonstra a distribuição do financiamento da saúde do SUS na Assistência Farmacêutica, que é distribuída de acordo com a organização dos serviços de saúde e o atendimento a programas específicos.

Quadro 6 - Financiamento da saúde do SUS na Assistência Farmacêutica

Setores de Aplicação dos Recursos	Financiamento da saúde do SUS
Assistência Farmacêutica	<p>A Assistência Farmacêutica é financiada pelos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde. São organizados a partir de:</p> <p><i>a) Componente Básico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Parte Fixa</u>: valor com base <i>per capita</i> para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios. • <u>Parte Variável</u>: valor com base <i>per capita</i> para ações de assistência farmacêutica dos Programas de <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; - Asma e Rinite; - Saúde Mental; - Saúde da Mulher; - Alimentação e Nutrição; e, - Combate ao Tabagismo. <p>Esses recursos serão transferidos ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas Específicos.</p> <p><i>b) Componente Estratégico:</i></p> <p>O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; • Programa de DST/AIDS (antirretrovirais); • Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados; • Imunobiológicos; • Insulina. <p><i>c) Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional Básico:</i></p> <p>Financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.</p> <p>A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação, e a dispensação, responsabilidade do Estado.</p>

Fonte: Adaptado pela autora de BRASIL (2007).

Na sequência, é apresentada uma busca sobre os estudos já realizados sobre o financiamento público da saúde no Brasil e no município de Juiz de Fora, com a intenção, de analisar quais estudos já foram realizados sobre o tema e constatar se há estudos semelhantes ao que ora está se propondo.

2.4 LITERATURA PRÉVIA SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL E EM JUIZ DE FORA

Silva (2012) realizou um estudo sobre a importância da economia da saúde para a gestão do SUS, tendo como objetivo, acompanhar a produtividade das UBS, por meio da análise da eficiência técnica dos municípios do estado de Alagoas, para identificar aqueles que estão com dados abaixo da eficiência relativa no Estado. Para desenvolver esta pesquisa, o autor utilizou como base de coleta de dados, os sistemas de informações no Ministério da Saúde, disponíveis no SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), além de outros disponibilizados pelo DATASUS.

Apesar de a análise ter sido realizada a nível estadual, foi possível perceber como ocorre o financiamento do SUS a nível estadual em Alagoas, onde apresentou dados relevantes para a discussão, que possibilitou aos gestores do SUS do estado, tomar decisões estratégicas para avaliar uma redistribuição dos gastos públicos para melhor atendimento (SILVA, 2012).

Uma investigação desenvolvida por Santos (2005), foi realizada com a intenção de constatar o financiamento e gastos na saúde no âmbito do SUS, do município de Joinville (SC), entre os anos de 1999 e 2003. Foi possível constatar que, além dos recursos repassados serem escassos, ainda são mal administrados. Além disso “Os tetos financeiros de estados e municípios encontram-se muito abaixo das necessidades dos serviços solicitados pelos usuários do SUS, porém, observa-se a má utilização destes recursos” (p. 55). O autor utilizou para a coleta de dados primários, entrevistas com profissionais da saúde e com conselheiros da saúde municipais. Já a coleta de dados secundários ocorreu a partir de dados do SIOPS e do IBGE, além dos Relatórios de Gestão Municipal. O autor ainda relata que, os recursos que foram transferidos, principalmente ao PAB variável, procuram incentivar o município a priorizar programas como o PSF (Programa de Saúde da

Família) e o PACS, que possibilita a resolução de 85% dos problemas com saúde no município.

O'Dwyer et al (2019) descrevem as consequências da crise financeira nas receitas e despesas, na produção de serviços de saúde, além dos indicadores de saúde e desempenho no município do Rio de Janeiro, no espaço temporal de 2013 a 2018. Para tanto, utilizou-se de dados secundários, obtidos a partir da base de dados do SIOPS e de documentos oficiais do município do Rio de Janeiro. A análise possibilitou a conclusão de que a crise financeira constatada, é uma crise política e social. Além disso, o estudo apontou uma análise detalhada, tendo como base a Teoria da Estruturação de Giddens, onde apontou a problemática encontrada e as implicações de cada problema, para a estruturação do SUS no município do Rio de Janeiro.

Miranda (2015), realizou uma busca sobre o financiamento do SUS nos municípios de Vinhedos e Basalto (RS). A coleta das informações para a pesquisa ocorreu em dados secundários gerados pelo SIOPS, Relatórios de Gestão da Saúde anuais. Assim, os dados foram tabulados de forma descritiva, utilizando planilhas do Excel, em que foram analisados os percentuais gastos em saúde nos municípios. Este estudo teve como conclusões, as seguintes:

Os repasses fundos a fundo são realizados através dos Blocos de Financiamento instituídos pelo MS. As características financeiras dos municípios estudados são parecidas, ou seja, diferem-se apenas quanto aos valores recebidos do PAB Fixo devido à população e quanto aos valores do PAB Variável devido à implantação ou não da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal. Nota-se que todos os municípios estudados financiam a saúde com mais de 70% dos gastos totais, sendo que todos eles usam mais de 15% de receita própria preconizados pela EC 29. Quanto à análise do SIOPS, conclui-se que na maioria dos municípios todas as ações e serviços de saúde são lançados na Subfunção da Atenção Básica, sendo que mais da metade dos mesmos não lançou nada em MAC, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde (MIRANDA, 2015, p. 38).

Ainda, a investigação constatou que é necessário capacitar melhor os gestores e técnicos da saúde, para elaborar os Relatórios de Gestão de forma a refletir a realidade dos fatos realizados (MIRANDA, 2015).

Silva et al (2023) analisam o financiamento do SUS no município de Arapiraca (AL), procurando discutir sobre a origem e as receitas de cada esfera de governo, bem como a sua aplicação por blocos de financiamento, no espaço entre 2010 e 2017. A metodologia utilizada, se voltou para o uso da base de dados secundários do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), que

atinge o repasse fundo a fundo destinado aos blocos de financiamento, realizando a análise sobre o montante dos recursos recebidos pelos blocos, considerando a origem das receitas: federal, estadual e municipal. O trabalho teve como conclusão, a constatação de que o maior valor de financiamento do SUS nas cidades menores, vem da esfera federal, sendo que também ocorrem orçamentos voltados para a saúde, nas esferas estaduais e municipais, mas em menor quantidade. Esta verificação se limitou a analisar a origem dos recursos na execução financeira destinada a cada um dos 5 setores de aplicação dos recursos.

Geremia (2011) apresentou um estudo de caso para o município de Nilópolis, com a intenção de analisar os fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro, bem como a capacidade tributária de arrecadação própria para o financiamento do SUS entre os anos de 2007 e 2008. Assim, utilizou como fonte de pesquisa, para coleta de análise do financiamento público de saúde

Censo Demográfico e do Perfil dos Municípios Brasileiros, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); banco de Relação Anual de Informações Sociais, vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), por meio do Atlas de Desenvolvimento Humano; Confederação Nacional de Municípios (CNM); Secretaria do Tesouro Nacional (STN), do Relatório Anual de Gestão do Município de Nilópolis - 2008; e, principalmente, do SIOPS. O SIOPS e os estudos (teses, dissertações e artigos científicos) que utilizaram dados deste Sistema de Informação constituíram-se nas principais fontes desta pesquisa (GEREMIA, 2011, p. 45)

Assim, Geremia (2011) após a realização de seu trabalho, pode concluir que

... no tocante à cooperação entre os entes federados, em decorrência da alta dependência fiscal do município de Nilópolis para com as transferências intergovernamentais, é fundamental o exercício da autonomia política e, principalmente, financeira na gestão pública. Devem-se pensar alternativas de financiamento público em saúde para as RM's, com o intuito de estabelecer mecanismos de partilha fiscal aos territórios com interesses e necessidades comuns e no incentivo à cooperação horizontal. Estes estudos poderiam analisar a ocorrência do aumento da eficiência na arrecadação fiscal e na melhoria da execução de serviços públicos locais e, conseqüentemente, contribuir com o desenvolvimento de potencialidades para a promoção do *welfare state* (p. 77).

O estudo conduzido por Cardoso et al. (2017) teve como objetivo avaliar a eficiência na alocação de recursos públicos na área da saúde em Minas Gerais. Ao analisar os dados coletados pelo software IMRS (Índice Mineiro de Responsabilidade Social) entre os anos de 2005 e 2010, abrangendo os 853 municípios do estado, os autores identificaram que a eficiência máxima na utilização

dos recursos estava restrita a poucos municípios. Diante disso, os pesquisadores destacaram a importância da cautela por parte dos gestores na administração dos recursos e na priorização das áreas que destacam de melhorias. A conclusão ressalta a necessidade de garantir o direito à saúde para toda a população, que muitas vezes enfrenta a escassez de recursos públicos.

No contexto específico de Juiz de Fora, torna-se evidente a importância de pesquisas que explorem a proposta feita pela acadêmica. As investigações até o momento estão limitadas a segmentos isolados da atuação do SUS. Um exemplo ilustrativo relativo ao Programa Nacional do Idoso, elaborado por Silva (2010), e examinado sob a perspectiva das políticas públicas sociais. Nesse estudo, o pesquisador apresentou uma abordagem qualitativa, empregando coleta de dados documentais e entrevistas como métodos de pesquisa. Embora tenha realizado outras análises relativas à saúde da população idosa, a pesquisa concluiu que os gestores da área da saúde, apesar do reconhecimento dos direitos de cidadania, não conferem prioridade ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde específicas para as necessidades específicas desse grupo.

Outro estudo, é de Dias (2011), que buscou analisar o Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora (MG), direcionado para o atendimento na atenção básica, do SUS do município. Assim, se propôs a discorrer sobre a implantação e o desenvolvimento do Programa, além de avaliar a posição dos gestores, no que se refere à oferta de tratamento, bem como identificar os fatores que dificultam a operacionalização do tratamento na Atenção Básica de Saúde. A autora optou por desenvolver esta análise, utilizando a metodologia qualitativa, empregando para tanto, como população de estudo, profissionais que ocupam cargos estratégicos que desenvolvem e planejam as políticas de saúde no município. De forma conclusiva, propõe que o Programa Municipal de Controle ao Tabagismo no município de Juiz de Fora, tenha tratamento oferecido na rede SUS, por meio da Atenção Básica. Além disso, o estudo propõe ações mais efetivas como

... maior interação entre as redes do Programa (Coordenações municipais, estaduais e federal) e é importante estabelecer um canal de comunicação entre as coordenações municipais até a coordenação federal; criar um mecanismo de avaliação periódico para certificar se o Programa está alcançando os objetivos propostos, e, no caso específico do tratamento, avaliar se está sendo realizado de maneira efetiva e se a população está tendo acesso a ele; equacionar a proposta das capacitações à estrutura do ESF, que trabalha por equipes e áreas de abrangência; repensar a questão do financiamento, para que este programa se torne mais atrativo para os

municípios; realizar um trabalho junto aos municípios, envolvendo os gestores e profissionais de saúde, para reforçar a importância da promoção da saúde e o entendimento do tabagismo enquanto doença (DIAS, 2011, p. 108).

A investigação efetivada por Fonseca et al (2020) teve como objetivo realizar uma análise dos gastos públicos envolvidos no tratamento de neoplasias da coluna vertebral e medula espinhal nas cidades de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberlândia e Montes Claros. Para tanto, os autores utilizaram dados do espaço temporal entre 2008 e 2017, sobre os procedimentos hospitalares realizados nas neoplasias indicadas, aproveitando para tanto, dados do DATASUS, dos quatro municípios envolvidos. Os autores tiveram condições de concluir que, “embora se trate de procedimentos muito complexos, o impacto para o sistema público de saúde é mínimo, sobretudo ao observar o baixo número de internações nas cidades mais interioranas, já que o número expressivo se deu apenas na capital do estado” (p. 58).

Santos et al. (2021) realizaram um estudo com a intenção de verificar os custos das internações de idosos do município de Juiz de Fora (MG) em comparação com os gastos da saúde pública brasileira. Para a efetivação da análise, foram coletadas informações nos prontuários eletrônicos dos pacientes, considerando custos: diárias de hospital, procedimentos, honorários médicos, materiais e medicamentos. Os autores tiveram condições de concluir que a maior parte dos custos envolvidos, estão vinculados ao tratamento de distúrbios vasculares, e que o tempo de hospitalização aumenta conforme a idade do paciente. Além disso, quanto à receita do SUS “não foi suficiente para cobrir as despesas, gerando um déficit financeiro ao serviço de saúde, refletindo na qualidade de promoção de saúde” (p. 895)

Reis (2015) realizou uma pesquisa, com a intenção de identificar o custo total do tratamento ambulatorial dos pacientes sobreviventes, portadores de doenças crônico-degenerativas, em especial as cerebrovasculares, sob a ótica do SUS. Para tanto, a coleta de dados ocorreu no Setor de Agendamento de Fisioterapia da Subsecretaria de Regulação de Saúde e no Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do município de Juiz de Fora, MG. A análise possibilitou a conclusão de que, os custos com tratamento de fisioterapia, é a principal responsável em torno de 90% dos gastos totais. Além disso, possibilitou algumas análises transversais que possibilitaram concluir que não há diferença entre os custos diretos e indiretos

relacionados ao sexo ou cor da pele, mas que em relação à idade, quanto mais novo for o paciente, maiores são os gastos indiretos para recuperação do paciente.

O estudo de Gonçalves et al (2022) teve como objetivo, realizar uma análise sobre o impacto das ações judiciais no setor de ortopedia de um hospital de grande porte do município de Juiz de Fora, sendo verificado, quais pacientes que realizaram cirurgias por intervenção de ordem judicial. A pesquisa foi realizada em prontuários dos pacientes, identificando: sexo, idade, tempo de internação, desfecho e custos (diárias, honorários, procedimentos, materiais e medicamentos. Desta forma, o estudo possibilitou a conclusão de que procede que, o extremo de judicialização

... expõe deficiências do Sistema Único de Saúde quanto à oferta de serviços, uma vez que todas as cirurgias demandadas por meio de ação judicial já são contempladas pelo sistema público de saúde. Assim, os aspectos judiciais da saúde, tais como a individualidade e os prazos para cumprimento, prevalecem sobre o coletivo e os que esperam nas filas (GOLÇALVES et al, 2022, p. 178).

O delineamento de pesquisa de Braga et al (2020) teve como objetivo, refletir sobre a AF (Assistência Farmacêutica) no município de Juiz de Fora, inserida nos Planos Municipais de Saúde no espaço temporal entre 1988 e 2017. Para efetivação do estudo, os autores buscaram no Planos Municipais de Saúde, os dados necessários, juntamente com documentos oficiais, leis, portarias e normativas. Foi possível constatar que

... a AF no município apresenta fragilidades e potencialidades. Em relação às potencialidades, percebe-se que houve a introdução da AF no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da criação do DAF, a implantação da CFT, a presença do farmacêutico como gestor da AF, o aumento do número desses profissionais, a efetivação da CFT acompanhando os processos de aquisição de medicamentos, bem como os da judicialização da saúde (BRAGA, et al., 2020, p. 263)

Além disso, os pesquisadores chegaram à conclusão de que uma integração mais estreita entre a Secretaria Municipal da Saúde e o controle social é essencial para superar os obstáculos específicos. Desta forma, o estudo possibilitou analisar que é viável o fornecimento gratuito de medicamentos, garantindo, conseqüentemente, a acessibilidade e o uso criterioso desses produtos.

O capítulo 3 apresenta os dados pesquisados e analisados referentes ao objetivo deste estudo, que é compreender como o financiamento da saúde no SUS ocorre no município de Juiz de Fora. Neste capítulo, os dados são expostos de forma detalhada e organizada, facilitando a sua interpretação e discussão.

3 ANÁLISE DA GESTÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS DERIVADA DO FINANCIAMENTO DO SUS

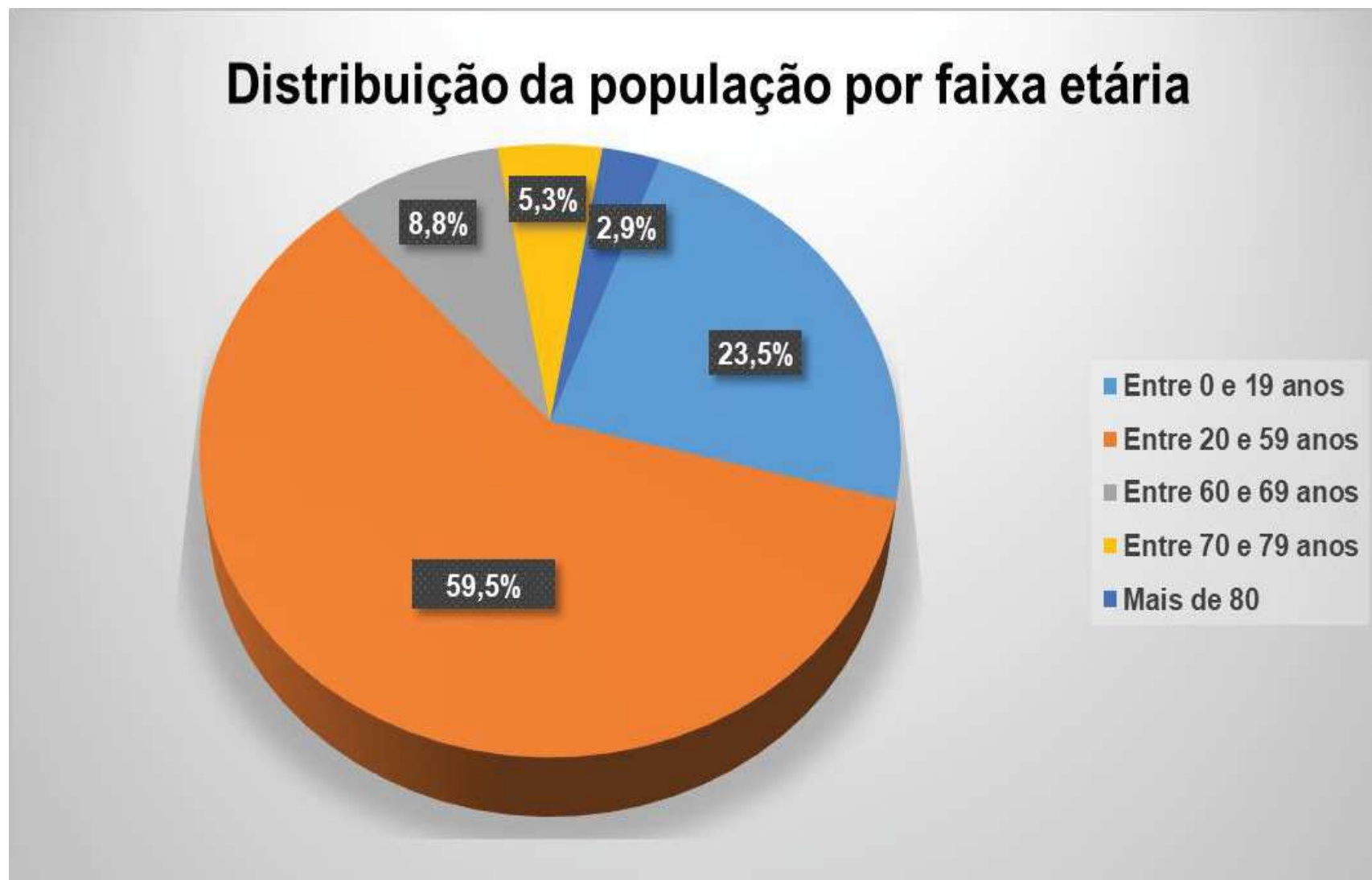
Neste capítulo, busca-se apresentar e discutir os dados, de forma a identificar o espaço de pesquisa, que é o município de Juiz de Fora, juntamente com os dados coletados de forma a identificar, o espaço da pesquisa. Logo após, apresenta-se o diagnóstico detalhado sobre a estrutura física de saúde existente no município, para atender a população, bem como os investimentos realizados na estrutura física neste ano de 2023, por meio do financiamento da saúde. A seguir, apresenta-se o diagnóstico detalhado sobre a estrutura de recursos humanos existentes, bem como os indicadores de razão de profissionais por habitantes. Depois, realiza-se uma análise da oferta e da demanda por serviços hospitalares, em termos de quantidade, capacidade instalada, serviços oferecidos e localização geográfica. Apresenta-se também uma avaliação da aplicação dos recursos federais e da auditoria do sistema, e, por fim, as necessidades reais de atendimento da população do município de Juiz de Fora.

3.1 ESPAÇO DE PESQUISA: O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG

O município de Juiz de Fora - MG tem uma história que pode ser contada a partir de vários aspectos, como demográficos, sociais, econômicos, políticos, históricos e culturais. Juiz de Fora é a maior cidade da Zona da Mata mineira e faz fronteira com 14 outras cidades da região (Ewbanck da Câmara; Santos Dumont; Piau; Coronel Pacheco; Chácara; Bicas; Pequeri; Santana do Deserto; Matias Barbosa; Belmiro Braga; Santa Bárbara do Monte Verde; Lima Duarte; Pedro Teixeira e Bias Fortes). O município é dividido em quatro regiões administrativas: Centro, Norte, Sul e Leste. Cada região é subdividida em bairros e regiões.

De acordo com o Censo de 2022 (IBGE, 2022a), a população de Juiz de Fora é de 540.756 pessoas, a densidade demográfica é de 376,64 hab/km² e a escolarização de 6 a 14 anos é de 98,3%. A distribuição da população por faixa etária, segundo o Censo de 2022, pode ser vista no gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da população por faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b).

No gráfico 1 é possível identificar que a maior parte da população está entre 20 e 59 anos (59,5%), seguida por 0 e 19 anos (23,5%) e 60 a 69 anos (8,8%). A menor parte da população está entre 70 e 79 anos (5,3%) e 80 anos ou mais (2,9%). O gráfico mostra a estrutura etária de Juiz de Fora e o processo de envelhecimento populacional.

A maior parte dessa população (quase 60%) está na faixa etária entre 20 e 59 anos, considerada “economicamente ativa”. Outra faixa etária que se destaca é a de 60 a 69 anos, que vem crescendo nos últimos anos. Esse crescimento da população idosa, que representa cerca de 19% do total, segue a tendência nacional de envelhecimento populacional.

Na sequência, apresenta-se na Tabela 1, uma retrospectiva histórica da população no que se refere à dependência.

Tabela 1 – Taxas de crescimento da população de Juiz de Fora – MG no período entre 1990 e 2022 em porcentagem

Ano	0 a 14 anos	15 a 64 anos	Mais de 65 anos
1990	24,9	66,3	8,8
1996	23,4	67,5	9,1
2000	22,1	68,4	9,5
2007	20,2	69,7	10,1
2010	19,3	70,2	10,5
2022	18,7	67,6	13,7

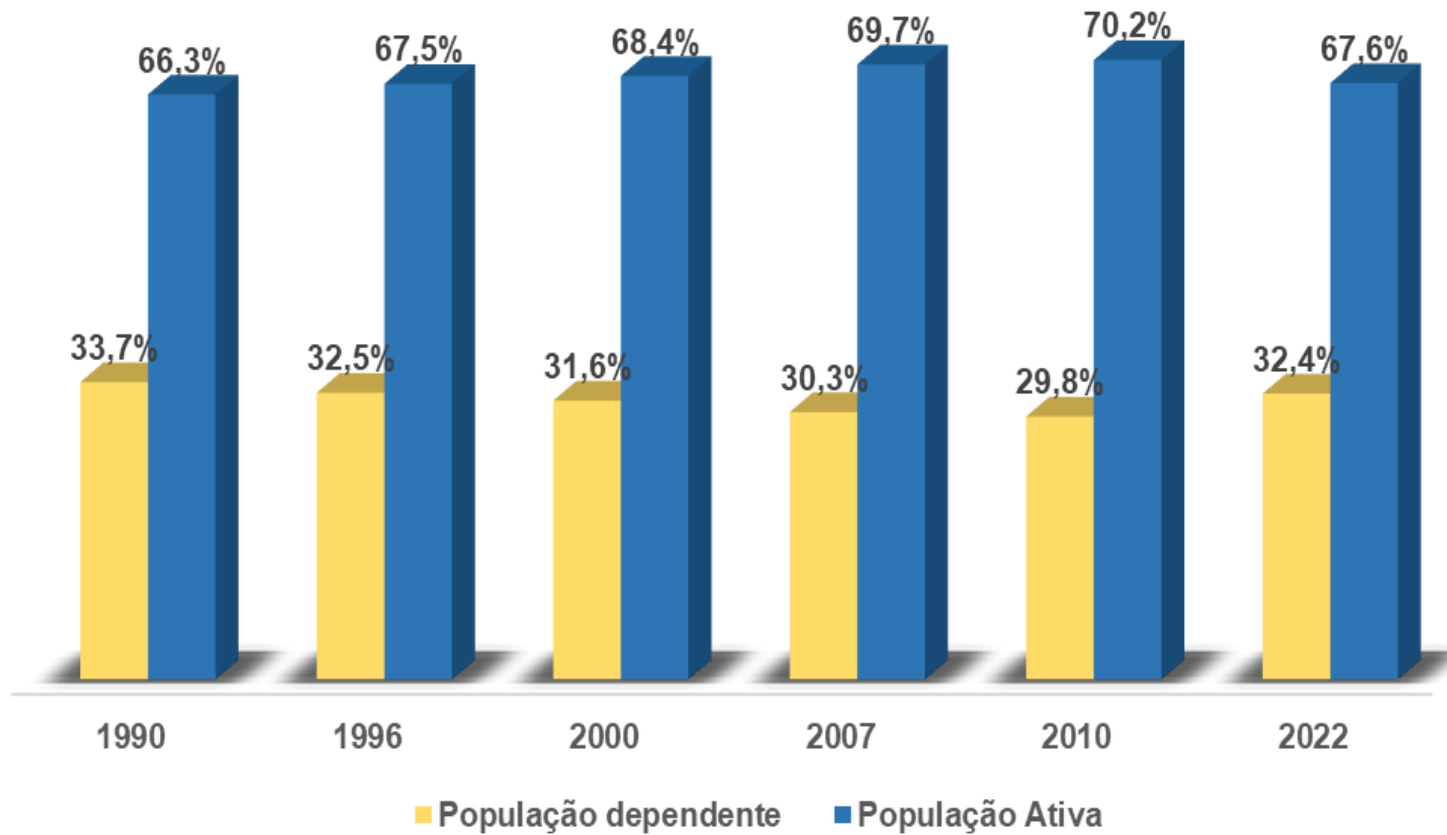
Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b).

De acordo com a Tabela 1 fica evidente a redução da taxa de crescimento nos últimos 32 anos observados das crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, sem nenhuma exceção, totalizando uma queda de 6,2%. Já entre a população com mais de 65 anos, houve um aumento populacional de 4,9%. Este fator significa que a população dependente, apesar de ter uma queda significativa entre as crianças e adolescentes, houve um aumento também representativo de pessoas com mais de 65 anos. Já entre a população economicamente ativa, os percentuais crescem em 3,9% até o ano de 2010, e na sequência, reduz, nos últimos 12 anos, 2,6%.

Os dados apontam que o município de Juiz de Fora vive um momento de transição demográfica, com o declínio da razão de dependência. Esta relação de dependência, pode ser melhor visualizada no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Taxa da relação de dependência x pessoas em idade ativa Juiz de Fora – MG no período entre 1990 e 2022 em porcentagem

Taxa da relação de dependência x pessoas em idade ativa Juiz de Fora – MG no período entre 1990 e 2022 em porcentagem



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b)

A relação de dependência envolve a relação entre o número de jovens (0 a 14 anos) e idosos (65 ou mais) – considerados dependentes – e a população em idade ativa (15 a 64 anos).

Em 1990, havia cerca de 34 dependentes para cada 100 pessoas em idade ativa, reduzindo para 32 em 2000 e chegando a 33 em 2022. Esses dados revelam uma oportunidade para a economia, em função do crescimento da população em idade ativa. No entanto, diferentemente da dinâmica populacional brasileira, que apresenta uma diminuição do número de jovens, reflexo da queda das taxas de natalidade e mortalidade, Juiz de Fora apresentou essa queda, mas de forma suave.

Em relação à distribuição por gênero e região de moradia, tem-se o exposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da população por gênero e local de moradia de acordo com o Censo de 2022.

Gênero	População Total	População Urbana	População Distrital
Masculino	253.615 (46,9%)	250.101 (98,6%)	3.621 (1,4%)
Feminino	287.141 (53,1%)	283.368 (98,7%)	3.666 (1,3%)

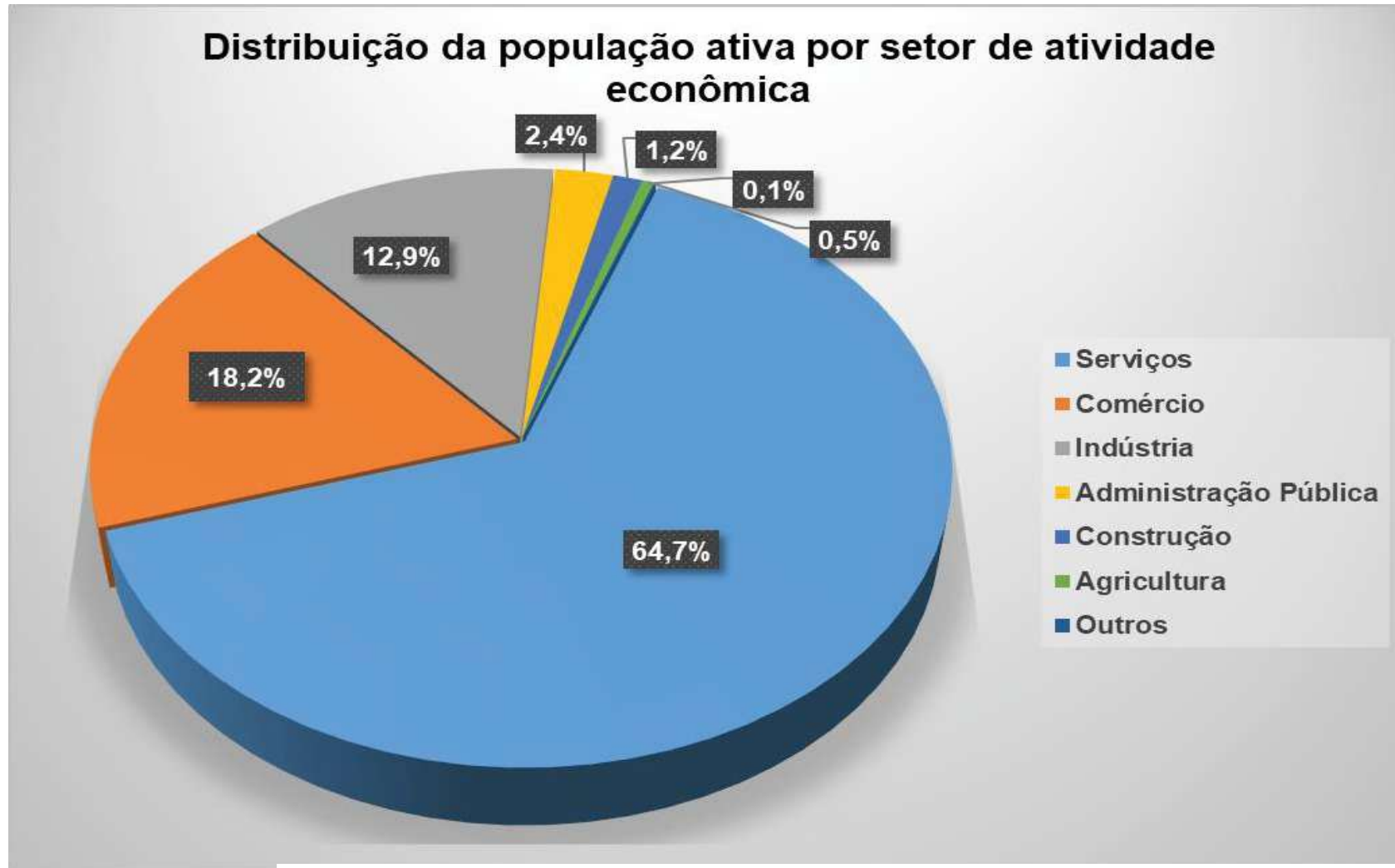
Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b).

Em relação à distribuição por gênero e local de moradia, o Censo (IBGE, 2022) apontou que Juiz de Fora tinha uma população composta por 46,9% de homens (253.615 habitantes) e 53,1% de mulheres (287.141 habitantes). Do total da população, 98,6% (533.185 habitantes) viviam na zona urbana e apenas 0,99% (7.571 habitantes) na zona rural (IBGE, 2022).

Além disso, a distribuição da população ocupada por setor de atividade econômica, segundo o IBGE em 2020, pode ser vista no gráfico 3.

O gráfico 3 mostra que o setor de serviços é o que emprega mais pessoas, seguido pelo comércio e pela indústria. Os menores setores são a agricultura, a construção civil e a administração pública. Em 2022, havia 170.000 pessoas ocupadas no município, sendo que a maior parte delas trabalhava nos setores de serviços (64,7%), comércio (18,2%), indústria (12,9%), administração pública (2,4%), construção (1,2%), agricultura (0,5%) e outros (0,1%) (IBGE, 2022a).

Gráfico 3 - Distribuição da população ativa por setor de atividade econômica



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b)

A cor ou raça das pessoas em uma cidade é um dado relevante para o estudo das desigualdades sociais, econômicas, políticas e de saúde que afetam os diferentes grupos populacionais. Segundo o IBGE (s/d), as pessoas pretas ou pardas são as que mais sofrem com a falta de oportunidades e a má distribuição de renda no Brasil, além de apresentarem piores indicadores de educação, violência e mortalidade. Além disso, a cor ou raça das pessoas em uma cidade também é um aspecto importante para o reconhecimento da diversidade cultural e étnica que compõe a sociedade brasileira.

Segundo o IBGE (2022a), o PIB *per capita* de Juiz de Fora - MG em 2020 foi de R\$ 35.935,741, um aumento de 22,1% em relação ao valor de 2018 (R\$ 29.424,88). Esse valor coloca Juiz de Fora - MG na 63ª posição entre os municípios brasileiros e na 6ª posição entre os municípios mineiros em termos de PIB *per capita*.

A cidade tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,828, considerado muito alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDHM leva em conta as dimensões de renda, educação e longevidade da população. A cidade tem um percentual de receitas oriundas de fontes externas de 55,8%, o que significa que mais da metade das receitas do município depende de transferências da União e do Estado. Em 2017, as receitas realizadas foram de R\$ 1.578.267,99 mil e as despesas empenhadas foram de R\$ 1.571.853,68 mil. A cidade tem um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,4 salários-mínimos e uma população ocupada de 28,8% (IBGE, 2022a).

Um dos indicadores que podem ser utilizados para avaliar as condições sociais de Juiz de Fora é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede o grau de desenvolvimento humano de uma região a partir de três dimensões: renda, educação e longevidade (PNUD, 2021). O IDH varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior é o desenvolvimento humano. Segundo o IBGE (2021), o IDH de Juiz de Fora em 2020 era de 0,828, o que coloca o município na categoria de alto desenvolvimento humano. No entanto, esse índice não reflete as disparidades existentes entre as diferentes áreas e grupos sociais da cidade. Por exemplo, o IDH varia de 0,626 na região Norte a 0,857 na região Sudeste do município. Além disso, o IDH não considera outros aspectos importantes para a qualidade de vida e a saúde da população, como a cultura, o lazer, a segurança e a participação.

A tabela 3 mostra os valores do IDH e de seus componentes para Juiz de

Fora e para as regiões do município em 2020.

Tabela 3 - Valores de IDH e seus componentes distribuídos por região do município em 2020

Região	IDH	Renda	Educação	Longevidade
Juiz de Fora	0,828	0,776	0,799	0,909
Norte	0,626	0,578	0,573	0,726
Sul	0,803	0,752	0,767	0,889
Leste	0,789	0,738	0,751	0,877
Oeste	0,817	0,765	0,781	0,905
Sudeste	0,857	0,808	0,823	0,940

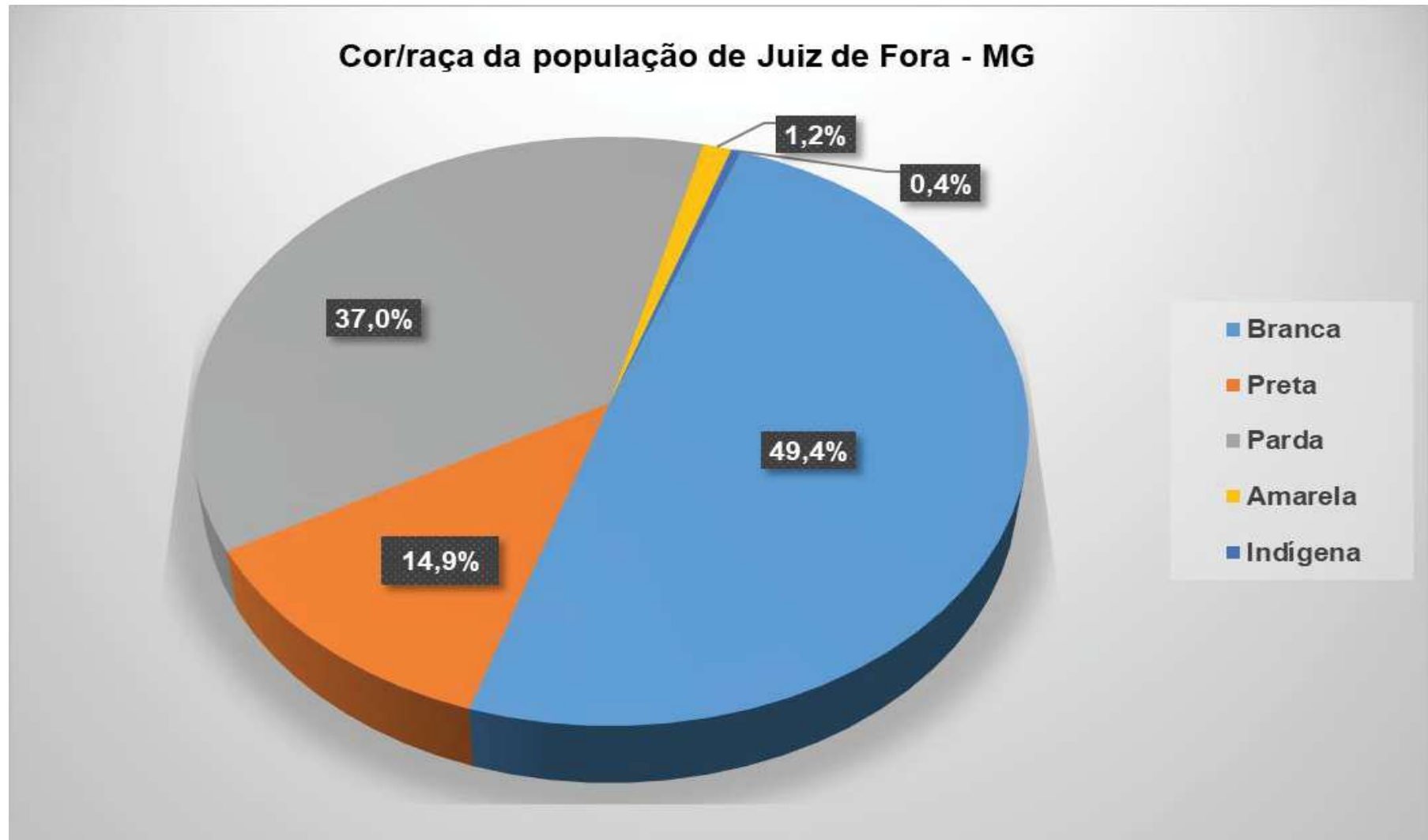
Fonte: Elaborado pela autora a partir do IBGE (2021).

O IDH é um indicador sintético que busca captar as múltiplas dimensões do desenvolvimento humano. No entanto, ele não é capaz de expressar toda a complexidade e a diversidade das realidades locais. Por isso, é importante complementá-lo com outros indicadores que possam refletir as especificidades e os desafios enfrentados por cada território (SILVA et. al., 2019).

Outro indicador que pode ser utilizado para avaliar as condições sociais de Juiz de Fora é o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), que reúne dados sobre os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana no Brasil (BRASIL, 2021). Segundo o SNIS (2021), em 2019, Juiz de Fora apresentava uma cobertura de 99,9% no abastecimento de água e de 94% na coleta de esgoto. No entanto, apenas 65% do esgoto coletado era tratado antes do seu lançamento nos corpos hídricos. Além disso, havia uma deficiência na gestão dos resíduos sólidos e na drenagem urbana, gerando problemas como acúmulo de lixo nas ruas, alagamentos e enchentes (JUIZ DE FORA, s.d).

Como afirma Santos (2012), a cor ou raça é uma construção social que reflete as relações de poder e hierarquia entre os grupos humanos, mas também expressa as identidades, as histórias e as resistências dos sujeitos. Desta forma, no gráfico 4, apresenta-se a distribuição da população de Juiz de Fora, por sua cor e/ou raça.

Gráfico 4 - Cor/raça da população da Juiz de Fora – MG



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo 2022 (IBGE, 2022b)

Quanto à raça/cor, 49,4% das pessoas residentes no município se autodeclararam brancas (267.342 habitantes), seguidas por 49% que se autodeclararam negras (37% pardas e 12% pretas) que representam 264.980 habitantes, 1,2% que se autodeclararam amarelas (6.235 habitantes) e 0,4% que se declararam indígenas (2.199 habitantes) (IBGE, 2022).

O saneamento básico é um dos elementos essenciais para a garantia da saúde pública e da qualidade de vida da população. A falta ou a precariedade dos serviços de saneamento aumenta os riscos de contaminação por doenças de veiculação hídrica, como diarreia, cólera, leptospirose, entre outras. Além disso, o saneamento inadequado compromete a preservação dos recursos naturais e a sustentabilidade ambiental. Por isso, é necessário que o poder público invista na universalização e na melhoria dos serviços de saneamento, bem como na fiscalização e no controle da qualidade da água e do esgoto (SILVA et al., 2018).

Um terceiro indicador que pode ser utilizado para avaliar as condições sociais de Juiz de Fora é o Atlas da Violência, que apresenta dados sobre os homicídios no Brasil a partir das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). A violência é um fenômeno complexo e multifatorial que afeta a saúde física e mental das pessoas e das comunidades (OMS, 2002). A violência também está associada às desigualdades sociais e às vulnerabilidades dos grupos mais marginalizados da sociedade. Segundo o Atlas da Violência (2020), em 2018, Juiz de Fora registrou uma taxa de 24 homicídios por 100 mil habitantes. Essa taxa é inferior à média nacional (27,8) e à média estadual (28), mas superior à média das cidades com mais de 500 mil habitantes (23). Além disso, há uma grande disparidade entre as vítimas da violência letal em Juiz de Fora. A maioria dos homicídios atinge jovens negros do sexo masculino, residentes nas áreas mais pobres e periféricas da cidade.

Juiz de Fora também tem aspectos políticos e históricos importantes. A cidade foi fundada em 1850, por iniciativa do juiz Bernardo Mascarenhas, que instalou a primeira usina hidrelétrica da América do Sul na região (Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, s.d.). A cidade foi palco de um dos episódios mais marcantes da história do Brasil: o atentado contra o presidente Getúlio Vargas, em 1938, que ficou conhecido como o “Incidente de Juiz de Fora” (GOMES, 2004). A cidade é considerada um polo cultural e educacional, com diversas instituições de ensino superior, como a

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) e a Faculdade Metodista Granbery (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, s.d.).

Por fim, Juiz de Fora também tem aspectos culturais e turísticos que merecem destaque. A cidade possui um rico patrimônio arquitetônico, com destaque para o Cine-Theatro Central, o Museu Mariano Procópio, o Parque Halfeld e a Catedral Metropolitana (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, s.d.). A cidade é conhecida por sua diversidade cultural, com eventos como o Festival Internacional de Música Colonial Brasileira e Música Antiga, o Festival Nacional de Teatro, a *Rainbow Fest* e a Bienal do Livro. A cidade também oferece diversas opções de lazer e ecoturismo, com parques, cachoeiras, trilhas e mirantes. Alguns dos principais atrativos são o Parque da Lajinha, o Morro do Imperador, a Cachoeira dos Namorados e o Mirante da BR-040 (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, s.d.).

3.2 INFRAESTRUTURA E COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM JUIZ DE FORA: UM DIAGNÓSTICO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Neste tópico, será apresentado como o município de Juiz de Fora investiu na infraestrutura das UBS em 2023, bem como quais são as características e a distribuição dessas unidades pelo território municipal. Além disso, apresentar-se-á o índice de cobertura da atenção básica no município e compará-lo com os índices dos outros municípios da Zona da Mata Mineira, do estado de Minas Gerais e do Brasil. Por fim, se feita uma avaliação se o município está cumprindo o seu papel de prover a atenção básica à sua população, quais são os avanços e os desafios nessa área e quais são as possíveis melhorias a serem implementadas.

A atenção básica é um nível de atenção à saúde que visa garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde, de forma resolutiva, coordenada e contínua. Segundo Starfield (2002), a atenção básica é caracterizada por quatro atributos essenciais, a saber: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Além disso, a atenção básica pode apresentar três atributos derivados que são: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. A atenção básica é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e a principal estratégia para a promoção, prevenção e recuperação da

saúde da população.

No Brasil, a atenção básica é organizada principalmente pelo Programa Saúde da Família (PSF), que foi criado em 1994 com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, baseado na atenção hospitalar e especializada, para um modelo centrado na atenção primária e na saúde da família. O PSF consiste na implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada. As equipes são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar também com profissionais de saúde bucal, saúde mental e NASF (Núcleo Ampliado da Saúde da Família) (MENDES, 2011).

As UBS são as unidades físicas onde os serviços de saúde são prestados à população. Elas devem oferecer uma infraestrutura adequada para o desenvolvimento das atividades das equipes do PSF, bem como para o acolhimento e a resolução das demandas dos usuários. As UBS são classificadas em cinco portes, conforme a sua estrutura física e a sua equipe multiprofissional, ou seja: o Porte I (até 1 equipe); o Porte II (de 2 a 3 equipes); o Porte III (de 4 a 6 equipes); o Porte IV (de 7 a 9 equipes); e, o Porte V (10 ou mais equipes). As UBS devem dispor de consultórios médicos e odontológicos, salas de vacinação, curativos, coleta de exames laboratoriais, dispensação de medicamentos básicos, entre outros espaços e equipamentos necessários para o atendimento à saúde (BRASIL, 2012a).

A cidade de Juiz de Fora conta com uma rede de atenção primária e de urgência e emergência composta por Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). As UBSs são responsáveis pela promoção, prevenção e assistência à saúde da população adscrita, oferecendo serviços como consultas médicas, odontológicas, vacinação, curativos, coleta de exames, entre outros. As UPAs são destinadas ao atendimento de casos de urgência e emergência, como traumas, infartos, derrames, crises convulsivas, entre outros, dispondo de leitos de observação e equipamentos para diagnóstico e tratamento.

Na Tabela 4, apresenta-se a quantidade de UPAs e UBS considerando o seu porte de atendimento. Cabe salientar que de acordo com o CNES, existem 14 UPAs cadastradas, mas as 4 que estão referenciadas possuem atendimento 24 horas, e por isso, possuem classificação quanto ao Porte.

Tabela 4 - Quantidade de UPAs e UBS de acordo com o Porte

Porte	UBS	UPA
I	16	1
II	18	2
III	18	1
TOTAL	52	4

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA (2022).

Constatou-se que não existem UBS de porte IV e V em Juiz de Fora. Segundo o Ministério da Saúde (2017), o porte IV e V das UBSs são definidos pelo número de equipes de saúde da família e de saúde bucal que atuam na unidade, sendo IV (de 10 a 14 equipes) e V (15 ou mais equipes). Esses portes são destinados para as unidades que atendem populações de grande porte, com alta demanda e complexidade. Em Juiz de Fora, a maior parte das UBSs tem porte III, que é o máximo permitido para as unidades que recebem o PAB Fixo. De acordo com Brasil (2013), o PAB Fixo é um recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios para custear as ações de atenção básica à saúde. As UBSs de porte IV e V recebem o PAB Variável, que é um incentivo financeiro para ampliar e qualificar a oferta de serviços na atenção básica.

Com a nova modalidade de transferência de recursos inaugurada pelo PAB, per capita (PAB fixo) e por estratégias e programas prioritários (PAB variável), rompeu-se com a lógica dominante do financiamento em saúde - pagamento por procedimentos -, representando o início da redução das desigualdades entre os municípios, pois, pela primeira vez na história do financiamento da saúde na atenção básica, foram empregados indicadores sociais como critérios de repasse federal aos municípios. Indicadores sociais que, nesse caso, também significaram aproximações com necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades (BARBOSA et al, 2016, p. 116-7).

Cabe salientar que o PAB Variável é um componente do financiamento da atenção primária à saúde que é repassado aos municípios de acordo com o número e o tipo de equipes de saúde que eles possuem. As equipes que recebem o PAB Variável são as de Saúde da Família, Saúde Bucal, Consultório na Rua, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Atenção Básica Prisional (BRASIL, 2017). Juiz de Fora possui essas equipes em sua rede de saúde e, portanto, recebe o PAB Variável do Ministério da Saúde.

Um dos indicadores que mede a abrangência e a efetividade da atenção

básica é o índice de cobertura da atenção básica, que é a razão entre o número de pessoas cadastradas nas UBS e o número total de habitantes do município. Esse índice expressa o percentual da população que está vinculada às equipes do PSF e que pode usufruir dos serviços oferecidos pelas UBS. O Ministério da Saúde recomenda uma cobertura mínima de 70% para garantir a universalidade e a integralidade do SUS. No entanto, esse índice pode variar conforme as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas de cada município (BRASIL, 2012b).

De acordo com Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2022), a cobertura da Rede de Atenção Básica no município em 2022 é de 80,63%, e possui como meta até 2025, ampliar este número para 91%, para isso, propõe três ações principais: expansão do quadro através de processo seletivo/concurso público, ampliar a assistência nos territórios que não tem cobertura do PSF (Programa de Saúde da Família), e, garantir o credenciamento da população objetivando a ampliação da arrecadação da receita.

Esse índice é superior à média nacional, que é de 56,2%, e à média da região Sudeste, que é de 51,4%. No entanto, a cobertura de atenção básica de Juiz de Fora é inferior à média do estado de Minas Gerais, que é de 86,3%, e à de algumas capitais da região, como Belo Horizonte (94,2%) e Vitória (100%). Portanto, a cidade de Juiz de Fora tem uma cobertura de atenção básica relativamente alta em comparação com o Brasil e a região Sudeste, mas ainda há espaço para melhoria em relação ao estado e a outras cidades.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2022), a rede de atendimento à saúde de Juiz de Fora é composta por diversos serviços e unidades que oferecem assistência à população em diferentes níveis de complexidade. A rede é organizada em quatro regiões sanitárias: Centro-Sul, Leste, Norte e Oeste. A rede municipal de saúde de Juiz de Fora, atende os serviços de urgência e emergência, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária, de acordo com o tipo de atendimento e a quantidade estabelecida no Quadro 5.

Quadro 5 - Tipos de Serviço e composição das unidades de atendimento da rede municipal de saúde de Juiz de Fora – MG

Tipo de Serviço	Tipo de Atendimento	Composição de Unidades de Atendimento
Urgência e Emergência	É o nível de atenção à saúde que atende os casos que requerem assistência imediata, sem necessidade de encaminhamento prévio	É composta por: <ul style="list-style-type: none"> • 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, para atender casos de trauma, infarto, derrame, crises convulsivas, entre outros. • 10 UPAs, que possuem atendimento normal durante o período do dia.
Atenção Primária	É o segundo nível de atenção à saúde, responsável pela promoção, prevenção e assistência à saúde da população.	É composta por 63 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que contam com equipes de saúde da família, saúde bucal, consultório na rua, núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica e atenção básica prisional.
Atenção Secundária	É o terceiro nível de atenção à saúde, responsável pelo atendimento especializado e ambulatorial, mediante encaminhamento da atenção primária.	É composta por 12 Unidades Regionais de Saúde (URSs), que oferecem consultas e exames em diversas especialidades médicas, odontológicas e terapêuticas.
Atenção Terciária	É o quarto nível de atenção à saúde, responsável pelo atendimento hospitalar e de alta complexidade, mediante encaminhamento da atenção secundária.	É composta por 7 hospitais públicos, sendo eles: Hospital Universitário (HU), Hospital Regional João Penido (HRJP), Hospital Regional Dr. João Felício (HRJF), Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Hospital Pronto Socorro Municipal Dr. Mozart Teixeira (HPS), Hospital Geral Dr. Geraldo Mozart Teixeira (HG) e Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz (HPJV).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA (2022).

Para saber quantas e quais são as UBS existentes no município, qual é a sua capacidade instalada e quais são os serviços oferecidos, utilizou-se os dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) (2021), que é o sistema oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país. Segundo esse sistema, o município de Juiz de Fora possuía, em dezembro de 2021, um total de 125 unidades cadastradas para atendimento da saúde pública do SUS cadastradas, sendo 123 públicas e 2 privadas conveniadas ao SUS.

Esses dados indicam que o município de Juiz de Fora possui uma rede ampla e diversificada de unidades de saúde, capaz de atender às diferentes necessidades da população. As UBS oferecem serviços como consultas médicas e odontológicas, vacinação, curativos, coleta de exames laboratoriais, dispensação de medicamentos básicos, entre outros. Além disso, as UBS contam com equipes multiprofissionais que realizam o acompanhamento das famílias cadastradas, promovendo ações de educação em saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação da saúde (Brasil, 2012a).

A capacidade instalada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) é um componente crucial do SUS no Brasil. Essas unidades fornecem uma ampla gama de serviços de saúde, desde cuidados primários até atendimento de emergência, desempenhando um papel vital na garantia do acesso universal à saúde (BRASIL, 2012b). Assim, é importante porque determina a quantidade de cuidados de saúde que podem ser prestados à população. Além disso, uma capacidade instalada adequada é essencial para garantir a qualidade dos cuidados, pois permite que as unidades de saúde atendam adequadamente às necessidades dos pacientes sem sobrecarregar os recursos disponíveis. Portanto, a manutenção e a expansão da capacidade instalada nas UPAs e UBS são fundamentais para o sucesso contínuo do SUS.

A capacidade instalada das UPAs e UBS da cidade de Juiz de Fora MG, do SUS, é um tema relevante para a gestão e o planejamento das ações e serviços de saúde no município. Desta forma, pode ser entendida como o limite máximo de produção ou de serviços que uma empresa ou um setor pode oferecer, considerando os recursos disponíveis, como máquinas, equipamentos, matéria-prima e mão de obra. No caso da saúde, a capacidade instalada é medida pelo número de leitos disponíveis para observação ou suporte ventilatório pulmonar, pelo número e tipo de equipamentos existentes nos estabelecimentos de saúde, e pelo número e

qualificação dos profissionais de saúde vinculados aos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2012b).

A análise da capacidade instalada das UPAs e UBS do SUS em Juiz de Fora MG permite identificar as potencialidades e as fragilidades do sistema de saúde local, bem como as necessidades de investimento ou desinvestimento em recursos físicos, tecnológicos e humanos. A capacidade instalada também é importante para avaliar o nível de utilização dos recursos produtivos, a produtividade, a competitividade e a qualidade dos serviços prestados à população. Além disso, a capacidade instalada é um indicador que pode ser utilizado para monitorar o cumprimento das metas e dos objetivos do Plano Municipal de Saúde, que é o instrumento que orienta as políticas públicas de saúde no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2018).

Para saber a capacidade instalada das UPAs e UBS do SUS em Juiz de Fora MG, é possível consultar os dados do CNES, que é um sistema de informação que contém os dados de todos os estabelecimentos de saúde do país, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os dados do CNES (DATASUS, 2021) referentes ao mês de setembro de 2021, a cidade de Juiz de Fora MG possui 14 UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e 52 UBS (Unidades Básicas de Saúde). Esses estabelecimentos possuem um total de 1.612 leitos para observação ou suporte ventilatório pulmonar no SUS, distribuídos conforme o exposto na Tabela 5.

Tabela 5 - Capacidade instalada da Atenção Básica: UPAs e UBS

Tipo de Leito	Quantidade	Local
Observação adulto	1.024	UPAs
Observação pediátrica	512	UPAs
Suporte ventilatório pulmonar adulto	32	UPAs
Suporte ventilatório pulmonar pediátrico	16	UPAs
Observação - geral	8	UBS
Repouso/observação	7	UBS
Curativo	1	UBS
Imunização	1	UBS
Nebulização	1	UBS

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de CNES (2021).

A Tabela 6 mostra a classificação dos leitos para observação ou suporte ventilatório pulmonar no SUS por tipo e por local. Os leitos são classificados por tipo conforme a finalidade do atendimento, como observação adulto, observação pediátrica, suporte ventilatório pulmonar adulto, suporte ventilatório pulmonar pediátrico, etc. A tabela mostra que a maioria dos leitos para observação ou suporte ventilatório pulmonar no SUS está nas UPAs (98%), sendo que o tipo mais comum é a observação adulto (64%). A tabela também mostra que as UBS possuem poucos leitos para observação ou suporte ventilatório pulmonar (2%), sendo que o tipo mais comum é a observação - indiferenciado (50%).

Os leitos para observação ou suporte ventilatório pulmonar no SUS também podem ser classificados por especialidade, conforme o tipo de atendimento especializado que oferecem. Existem 1588 leitos para atendimento geral, sem diferenciação, e 16 leitos habilitados para atender casos de COVID-19 para adultos e 8 leitos habilitados para atendimento da COVID-19 infantil. Assim, existem 1.612 leitos de observação, equipados com suporte ventilatório pulmonar no SUS do município. Além dos leitos, os estabelecimentos de saúde possuem equipamentos que são essenciais para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Os equipamentos disponíveis nas UPAs e UBS de Juiz de Fora MG, estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Capacidade instalada de equipamentos nas UPAs e UBS

Tipo de Equipamento	Quantidade	Local
Raio-X	14	UPAs
Eletrocardiografia	14	UPAs
Laboratório de exames	14	UPAs
Pediatria	14	UPAs
Consultórios	52	UBS
Salas de vacinação	52	UBS
Farmácia básica	52	UBS
Sala de Curativos	43	UBS
Sala de nebulização	36	UBS
Sala de coleta de material para exames laboratoriais	26	UBS

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados obtidos de CNES (2021).

A tabela 6 mostra o tipo, a quantidade e o local dos equipamentos disponíveis nas UPAs e UBS de Juiz de Fora MG. Os equipamentos são classificados por tipo conforme a função que desempenham, como raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames, pediatria, etc. Os equipamentos também são classificados por local conforme o tipo de estabelecimento onde estão localizados, como UPAs ou UBS. Além disso, mostra que as UPAs possuem equipamentos para urgência e emergência, como raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e pediatria. Além de apontar que as UBS possuem equipamentos para atenção primária, como consultórios, salas de vacinação, farmácia básica, sala de curativos, sala de nebulização, sala de coleta de material para exames laboratoriais, entre outros.

A prefeitura municipal tem a responsabilidade de garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados à população, especialmente na atenção básica, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, é fundamental que a prefeitura realize a previsão de gastos com infraestrutura das UBS, que são os estabelecimentos que oferecem atendimento médico e odontológico para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A previsão de gastos com infraestrutura das UBS permite planejar e executar as ações necessárias para adequar as instalações físicas, os equipamentos e os recursos humanos às normas e aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Ainda, a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2018), a previsão de gastos com infraestrutura das UBS possibilita otimizar a alocação e o uso dos recursos financeiros disponíveis para a saúde, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade na prestação dos serviços. A previsão de gastos com infraestrutura das UBS também contribui para monitorar e avaliar o cumprimento das metas e dos objetivos do Plano Municipal de Saúde, que é o instrumento que orienta as políticas públicas de saúde no município. A previsão de gastos com infraestrutura das UBS ainda favorece a participação e o controle social, ao tornar transparente e acessível as informações sobre os investimentos realizados na saúde. Por fim, a previsão de gastos com infraestrutura das UBS visa melhorar a qualidade da atenção prestada e a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

Segundo a divulgação da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, para o ano de 2023, o município destinou R\$ 94.230.000,00 para o orçamento de investimentos em

saúde, que inclui as despesas com obras e instalações, equipamentos e material permanente, participação em consórcios públicos e transferências a instituições privadas sem fins lucrativos. Desse valor, R\$ 32.000.000,00 foram aplicados na construção de novas UBS, R\$ 28.000.000,00 na reforma e ampliação das UBS existentes e R\$ 34.230.000,00 na aquisição de equipamentos e materiais.

Para verificar quanto o município previu para gastar com a infraestrutura das UBS em 2023, utilizou-se os dados do *site* da prefeitura Municipal de Juiz de Fora – MG, no que se refere ao Orçamento Municipal de Juiz de Fora em 2023 (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2023), que apresenta as receitas e as despesas previstas para o ano. O Gráfico 5 apresenta as despesas previstas para este ano de 2023.

Os instrumentos para o planejamento e a gestão de saúde no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os relatórios de gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. São desenvolvidos de forma contínua, articulada e integrada e devem ser alinhados e compatibilizados aos instrumentos de planejamento e orçamento de governo, Plano Plurianual de Ação Governamental, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. O planejamento do SUS requer uma construção participativa, ascendente e Inter setorial, para ser utilizado como instrumento estratégico para a gestão, possibilitando o seu monitoramento e a avaliação das ações e serviços públicos de saúde.

Esses dados revelam que o município de Juiz de Fora priorizou o investimento na infraestrutura das UBS em 2023, destinando mais de um terço do seu orçamento de investimentos em saúde para essa finalidade. Segundo a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2023), ao priorizar o investimento em infraestrutura das UBS, demonstra o compromisso do município com a melhoria da qualidade e da resolutividade da atenção básica, bem como com a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, esses dados também mostram que o município depende fortemente dos recursos federais para o financiamento da infraestrutura das UBS, uma vez que a maior parte dos recursos aplicados provém do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é a instância gestora dos recursos financeiros do SUS no âmbito federal.

Gráfico 5 - Previsão de Despesas com Saúde em 2023



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora - MG (2023)

3.3 INDICADORES DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA: ANÁLISE DA OFERTA E DA DEMANDA POR SERVIÇOS HOSPITALARES

Um dos aspectos que influenciam na qualidade e na eficiência da atenção básica é a articulação com os demais níveis de atenção à saúde, especialmente com a atenção hospitalar, que é responsável pelo atendimento de média e alta complexidade à população. Neste subtítulo, vamos analisar como é a oferta e a demanda por serviços hospitalares no município de Juiz de Fora.

O gasto com saúde é um indicador importante para avaliar a demanda por serviços de saúde, pois mostra o nível e a qualidade da oferta de cuidados em saúde para a população. No Brasil, o SUS é o sistema público que garante o acesso universal e gratuito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. É organizado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, sendo que a atenção primária é o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, responsável pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. A atenção secundária é o nível intermediário de complexidade, responsável pelo atendimento especializado em saúde. A atenção terciária é o nível mais complexo e especializado de cuidados em saúde, responsável pelo atendimento de alta complexidade em saúde.

A demanda por serviços de saúde é um indicador importante para avaliar as necessidades e as preferências da população por cuidados em saúde, pois mostra o perfil epidemiológico, o comportamento e a satisfação dos usuários do sistema de saúde. No Brasil, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) são sistemas gerenciados pelo Ministério da Saúde para registrar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados no âmbito do SUS.

De acordo com o SIA/SUS (BRASIL, 2021)¹, Juiz de Fora realizou em setembro de 2021 um total de 1.021.234 procedimentos ambulatoriais, sendo 1.020.274 clínicos e 960 cirúrgicos. O valor total pago pelos procedimentos

¹ Os dados mais atualizados no sistema são de 2021.

ambulatoriais foi de R\$ 10.472.029, sendo R\$ 10.471.029 clínicos e R\$ 1.000 cirúrgicos. O valor médio pago por procedimento ambulatorial foi de R\$ 10,26, sendo R\$ 10,26 clínicos e R\$ 1,04 cirúrgicos. No mesmo período, de acordo com o SIH/SUS (BRASIL, 2021), Juiz de Fora realizou em setembro de 2021 um total de 4.912 internações hospitalares, sendo 3.528 clínicas e 1.384 cirúrgicas. O valor total pago pelas internações hospitalares foi de R\$ 9.836.980, sendo R\$ 6.621.980 clínicos e R\$ 3.215.000 cirúrgicos. O valor médio pago por internação hospitalar foi de R\$ 2.002,03, sendo R\$ 1.878,34 clínicos e R\$ 2.322,54 cirúrgicos.

Um dos aspectos mais importantes para avaliar a qualidade de vida de uma população é a saúde. Nesse sentido, Juiz de Fora é um município que apresenta vantagens e desvantagens em relação a outras regiões do país. A seguir, apresenta-se a Tabela 7, com alguns indicadores da área de saúde de Juiz de Fora, no ano de 2023.

Tabela 7 - Principais indicadores de saúde de Juiz de Fora - MG

Indicador	Setor público	Setor privado	Total
Número de estabelecimentos de saúde	448	588	1.036
Número de hospitais	18	48	66
Número de leitos hospitalares	1.607	2.054	3.661
Razão entre leitos e habitantes (por mil)	-	-	6,8
Número de Equipes de Saúde da família	-	-	110
Cobertura populacional estimada pela saúde da família	-	-	80%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES (BRASIL, 2023).

A tabela 7 mostra os indicadores de saúde em Juiz de Fora, separando os dados por público e privado, e o total, sendo que foram obtidos do CNES. A tabela permite comparar os diferentes setores da rede de saúde do município, bem como o seu desempenho geral. Assim, revela que Juiz de Fora possui uma rede de saúde diversificada, com uma maior participação do setor privado nos estabelecimentos e hospitais, mas com uma distribuição mais equitativa dos leitos hospitalares entre os dois setores. A tabela também indica que a atenção primária à saúde é realizada apenas pelo setor público, através das equipes de saúde da família, que atendem a cerca de dois terços da população do município. Esses dados podem auxiliar na

análise das necessidades e demandas de saúde da população de Juiz de Fora, bem como na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde no município.

Para saber quantos e quais são os estabelecimentos hospitalares que existem no município que possui atendimento pelo SUS, qual é a sua capacidade instalada e quais são os serviços oferecidos, utilizou-se os dados do CNES, que é o sistema oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos e profissionais de saúde no país. As informações estão agrupadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição geográfica das unidades hospitalares no município de Juiz de Fora – MG

Região	Hospitais gerais	Hospitais Especializados	Hospitais-Dia	TOTAL
Centro	14	4	1	19
Norte	6	1	0	7
Sul	5	0	0	5
Leste	4	1	1	6
TOTAL	29	6	2	37

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do CNES (BRASIL, 2023).

Segundo esse sistema, o município de Juiz de Fora possuía, em dezembro de 2022, um total de 37 estabelecimentos hospitalares cadastrados, sendo 18 públicos e 19 privados. Desses estabelecimentos, 29 eram hospitais gerais, que são aqueles que oferecem serviços para diversas especialidades médicas, 6 eram hospitais especializados, que são aqueles que oferecem serviços para uma ou poucas especialidades médicas, e, 2 são hospitais-dia, que são aqueles que realizam procedimentos que exigem permanência do paciente por até 12 horas.

Esses dados mostram que o município de Juiz de Fora conta com uma rede ampla e diversificada de estabelecimentos hospitalares, capaz de atender às diferentes necessidades da população. Os estabelecimentos hospitalares oferecem serviços como internação clínica e cirúrgica, atendimento de urgência e emergência, realização de exames diagnósticos e terapêuticos, aplicação de medicamentos, transfusão de sangue, entre outros. De acordo com Brasil (2018), os estabelecimentos hospitalares devem seguir as normas e os padrões de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Para mostrar a distribuição dos estabelecimentos hospitalares pelo território

municipal e compará-la com a distribuição da população, utilizou-se os dados do IBGE (2023), que é o órgão responsável pelo levantamento de dados geográficos e estatísticos do país. Na avaliação da demanda por serviços hospitalares no município, utilizou-se o indicador de taxa de internação, que é a razão entre o número de internações hospitalares e o número total de habitantes do município. Esse indicador expressa o percentual da população que necessita de internação hospitalar em um determinado período de tempo. Esse indicador pode ser desagregado por faixa etária, sexo, causa da internação, tipo de estabelecimento, entre outras variáveis. Esse indicador pode ser comparado com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que recomenda uma taxa de internação entre 5% e 10% para garantir a eficiência e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2019).

Para calcular as taxas de internação, é preciso dividir o número de internações pelo número de habitantes do município e multiplicar por 100. Assim, obtém-se o percentual da população que necessita de internação hospitalar em um determinado período de tempo. Para obter o número de habitantes do município, utilizou-se os dados do Censo 2022, que estimou a população de Juiz de Fora em 540.756 habitantes. Calculando então, o município de Juiz de Fora tem uma taxa de internação de 8,44%, o que significa que a cada 100 habitantes, cerca de 8 foi internado por algum motivo. Os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, recomendam uma taxa de internação entre 5% e 10% para garantir a eficiência e a resolutividade da atenção à saúde. Assim, é possível observar que a taxa de internação geral do município está dentro desse intervalo, mas que há diferenças entre os tipos de internação e as causas das internações.

Segundo os dados do SIH/SUS, o município de Juiz de Fora registrou um total de 45.678 internações hospitalares em 2022, sendo 28.456 públicas e 17.222 privadas. Dessas internações, 23.456 foram clínicas e 22.222 foram cirúrgicas. As principais causas das internações foram as doenças do aparelho circulatório (8.456), as doenças do aparelho respiratório (7.234), as neoplasias (6.789), as doenças do aparelho digestivo (5.678) e as causas externas (4.567).

Além disso, os dados do CNES revelam que deste percentual de internação, 5,26% foram efetivados na rede pública e 3,18% foi realizada na rede privada de saúde, o que significa que a taxa de internação pública foi maior do que a taxa de internação privada, indicando que mais pessoas utilizaram o sistema público de

saúde do que o sistema privado. O CNES ainda informa que do total geral de internações realizadas (8,44%), 4,34% resultaram em internações clínicas (sem necessidade de procedimentos cirúrgicos) e 4,11%, necessitaram de procedimentos cirúrgicos, o que significa que a taxa de internação clínica foi ligeiramente maior do que a taxa de internação cirúrgica, sugerindo que mais pessoas foram internadas por problemas médicos do que por necessidade de cirurgia. Além disso, a Tabela 9 revela as principais causas das internações em Juiz de Fora.

Tabela 9 – Principais causas de internações no município de Juiz de Fora, no ano de 2022

Causas de Internação	Taxa de Internação (%)
Doenças do aparelho circulatório	2,56
Doenças do aparelho respiratório	2,34
Neoplasias	1,26
Doenças do aparelho digestivo	1,05
Causas externas	1,23
Total	8,44

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do CNES e do Censo 2022.

A tabela 9 mostra as causas de internação em Juiz de Fora, MG, no ano de 2022, sendo as doenças do aparelho circulatório a principal causa de internação, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, neoplasias, doenças do aparelho digestivo e causas externas. Essas causas estão relacionadas a fatores como idade, estilo de vida, hábitos alimentares e exposição a riscos ambientais.

Esses dados revelam que o município de Juiz de Fora apresenta uma demanda elevada por serviços hospitalares, relacionada principalmente às doenças crônicas não transmissíveis, que são aquelas que têm uma duração prolongada e que não são causadas por agentes infecciosos. Essas doenças são responsáveis por uma grande carga de morbidade e mortalidade na população, exigindo uma atenção contínua e integrada dos serviços de saúde.

Para avaliar a demanda por serviços hospitalares no município, utilizou-se o indicador de leitos por 10 mil habitantes, que é um dos parâmetros utilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir a capacidade instalada dos sistemas de saúde. Esse indicador é calculado pela razão entre o número de leitos disponíveis nos estabelecimentos hospitalares e o número de habitantes da área de

abrangência desses estabelecimentos. Segundo a OMS, o valor ideal desse indicador é de 30 leitos por 10 mil habitantes, mas esse valor pode variar de acordo com as características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas de cada país ou região (OMS, 2010).

Utilizando os dados do CNES e do Censo Demográfico 2022, o município tem uma capacidade instalada de 12,3 leitos por 10 mil habitantes, o que está acima da média nacional de 9,6 leitos por 10 mil habitantes. Isso indica que o município tem uma boa infraestrutura hospitalar para atender à população (CNES, 2022; IBGE, 2022).

3.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

De acordo com os dados do Censo Demográfico 2022, divulgados pelo IBGE (2023), Juiz de Fora possui uma população de 540.756 habitantes, o que representa um crescimento de 4,75% em relação ao último censo, realizado em 2010. A cidade é a maior das regiões da Zona da Mata e Vertentes, e a quarta mais populosa de Minas Gerais, ficando atrás somente de Belo Horizonte, Uberlândia e Contagem. A densidade demográfica de Juiz de Fora é de 376,64 habitantes por km² e a média de moradores por domicílio é de 2,55.

Essas características demográficas têm implicações para a saúde da população de Juiz de Fora, pois influenciam o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. Por exemplo, a alta densidade e urbanização podem favorecer a transmissão de doenças infecciosas e a exposição a fatores ambientais e sociais que afetam a saúde, como poluição, violência, estresse, entre outros. A composição étnico-racial pode revelar desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, bem como na incidência e na mortalidade por determinadas doenças que têm relação com a origem genética ou com o racismo institucional. A distribuição por sexo pode indicar diferenças no comportamento e na vulnerabilidade à saúde entre homens e mulheres, bem como na demanda por serviços específicos, como planejamento familiar, pré-natal, saúde da mulher, saúde do homem, entre outros.

Outras características da população que devem ser consideradas para a

caracterização da saúde em Juiz de Fora são o crescimento, o envelhecimento e a migração. O crescimento populacional é medido pela taxa geométrica de crescimento anual (TGCA), que representa a variação percentual da população em um determinado período. Segundo IBGE (2022), a TGCA de Juiz de Fora entre 2000 e 2010 foi de 0,88%, abaixo da média estadual (1,17%) e nacional (1,17%). Isso significa que a população da cidade cresceu menos do que a média do estado e do país no período. O envelhecimento populacional é medido pela razão de dependência de idosos (RDI), que representa a proporção de pessoas com 65 anos ou mais em relação às pessoas em idade ativa (15 a 64 anos). Segundo IBGE (2022), a RDI de Juiz de Fora em 2010 era de 14%, acima da média estadual (10%) e nacional (10%). Isso significa que a população da cidade tinha uma maior proporção de idosos do que a média do estado e do país no ano. A migração populacional é medida pelo saldo migratório líquido (SML), que representa a diferença entre o número de pessoas que entram e saem de um determinado território em um determinado período. Segundo o IBGE, o SML de Juiz de Fora entre 2000 e 2010 foi negativo (-5.858), indicando que mais pessoas saíram do que entraram na cidade no período.

Essas características também têm implicações para a saúde da população de Juiz de Fora, pois afetam a dinâmica e a estrutura populacional da cidade. Por exemplo, o baixo crescimento pode indicar uma redução da fecundidade e/ou um aumento da mortalidade na população, bem como uma menor demanda por serviços de saúde voltados para crianças e adolescentes. O alto envelhecimento pode indicar uma melhoria das condições de vida e saúde da população ao longo do tempo, mas também um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e das necessidades de cuidados prolongados e especializados para os idosos. O saldo migratório negativo pode indicar uma perda de capital humano e social para a cidade, bem como uma maior exposição dos migrantes a riscos e vulnerabilidades à saúde nos locais de destino.

Para ilustrar essas implicações, apresenta-se alguns dados concretos e atualizados sobre a fecundidade, a mortalidade, as doenças crônicas e a migração em Juiz de Fora, obtidos de fontes confiáveis e atualizadas, como o SIM (BRASIL, 2023), o SINASC (2023), o CNES (2022) e o IBGE (2022).

Tabela 10 - Taxa de fecundidade total (TFT) em Juiz de Fora - MG entre 2000 e 2019

Ano	TFT
2000	2,1
2005	1,9
2010	1,7
2015	1,6
2019	1,5

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do SINASC (BRASIL, 2023)

A tabela 10 mostra que a taxa de fecundidade total (TFT), que representa o número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período reprodutivo (15 a 49 anos), vem diminuindo em Juiz de Fora, em Minas Gerais e no Brasil desde o ano 2000. Em 2019, a TFT de Juiz de Fora era de 1,5 filhos por mulher, abaixo da média estadual (1,6) e nacional (1,7), e abaixo do nível de reposição populacional (2,1). Isso significa que as mulheres da cidade estão tendo menos filhos do que as mulheres do estado e do país, e menos do que o necessário para manter o tamanho da população no longo prazo.

Segundo Alves e Cavenaghi (2009), o país passou por um processo de envelhecimento populacional acelerado, acompanhado por uma redução da fecundidade e da mortalidade infantil. Essas mudanças implicaram em uma alteração no padrão das doenças que afetam a população, com uma diminuição das doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essas últimas são responsáveis por cerca de 70% das mortes no país, sendo as principais causas as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas.

No caso de Juiz de Fora, os dados do SIVEP (BRASIL, 2023) mostram que as doenças crônicas não transmissíveis também são as principais causas de óbitos na cidade. Em 2023, foram registrados 6.513 óbitos por essas doenças, representando 78% do total de óbitos naquele ano. A Tabela 11 apresenta a distribuição dos óbitos por grupos de causas em Juiz de Fora em 2023.

Tabela 11 - Distribuição dos óbitos por grupos de causas em Juiz de Fora, em 2023

Grupo de causas	Número de óbitos	Percentual
Doenças crônicas não transmissíveis	6.513	78
Causas externas	789	9,4
Doenças infecciosas e parasitárias	512	6,1
Causas mal definidas	241	2,9
Outras causas	323	3,9
TOTAL	8.378	100%

Fonte: SIVEP (BRASIL, 2023)

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, as mais frequentes foram as doenças do aparelho circulatório (2.678 óbitos), as neoplasias (1.721 óbitos) e as doenças do aparelho respiratório (1.123 óbitos). Esses dados indicam que essas são as principais prioridades em saúde para a população de Juiz de Fora, demandando ações integradas e intersetoriais para prevenir e controlar esses agravos.

Outro aspecto importante é a situação das doenças infecciosas e parasitárias, que ainda representam um desafio para a saúde pública. A tabela 12 mostra a distribuição desses casos por doenças.

Tabela 12 - Distribuição de doenças infecciosas e parasitárias de notificação compulsória em 2023

Doença	Número de Casos	Percentual
Dengue	10.942	73,8
Sífilis Adquirida	1.091	7,4
Sífilis em gestante	633	4,3
Sífilis congênita	418	2,8
Tuberculose	253	1,7
Leishmaniose visceral	201	1,4
HIV/Aids	187	1,3
Hepatites virais	154	1
Febre Amarela	136	0,9
Outras doenças	522	3,5
TOTAL	14.837	100%

Fonte: SINAN (BRASIL, 2023)

Apesar da redução da mortalidade por essas doenças nas últimas décadas,

elas ainda são responsáveis por uma parcela significativa da morbidade e da carga de doença na população. Além disso, algumas dessas doenças apresentam características emergentes ou reemergentes, como é o caso da dengue, da febre amarela, da tuberculose e da Covid-19. Os dados do SINAN (BRASIL, 2023) revelam que Juiz de Fora registrou, em 2023, um total de 14.837 casos confirmados de doenças infecciosas e parasitárias de notificação compulsória. Observa-se que a dengue foi a doença infecciosa mais prevalente na cidade em 2023, representando quase três quartos dos casos notificados. Esse dado evidencia a necessidade de intensificar as medidas de controle vetorial e de educação em saúde para prevenir e combater essa arbovirose. Outras doenças que se destacam são as relacionadas à sífilis, que apresentam uma tendência de aumento no país, e a tuberculose, que é considerada um problema de saúde pública mundial pela Organização Mundial da Saúde.

Por fim, cabe ressaltar que Juiz de Fora também foi afetada pela pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que teve início no final de 2019 na China e se espalhou pelo mundo em 2020. No Brasil, até o dia 5 de julho de 2021, foram confirmados mais de 18,8 milhões de casos e mais de 525 mil óbitos por Covid-19. Em Juiz de Fora, foram registrados 34.539 casos e 1.733 óbitos pela doença. Esses números demonstram o impacto da Covid-19 na saúde da população e a urgência de medidas para conter a disseminação do vírus e proteger os grupos mais vulneráveis (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2022).

Assim se torna possível, traçar uma série histórica da Taxa Bruta de Mortalidade de Juiz de Fora entre 2000 e 2020, uma vez que esses dados já se encontram consolidados nos sistemas de informação do governo federal, apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) em Juiz de Fora - MG, entre 2000 e 2020

Ano	TBM
2000	6,3
2005	6,7
2010	7,3
2015	8,0
2020	8,8

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do SIM (BRASIL, 2023).

A tabela 13 mostra que a taxa bruta de mortalidade (TBM), que representa o número de óbitos por mil habitantes em um determinado ano, vem aumentando em Juiz de Fora, em Minas Gerais e no Brasil desde o ano 2000. Em 2020, a TBM de Juiz de Fora era de 8,8 óbitos por mil habitantes, mesma da média estadual (8,8) e superior à média nacional (7,4). É importante ressaltar que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia da Covid-19, que teve um impacto significativo na mortalidade da população brasileira, especialmente nos meses de abril, maio, julho, agosto e dezembro.

Tabela 14 - Proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em Juiz de Fora, MG, entre 2000 e 2020

Ano	DCNT
2000	59,9
2005	62,4
2010	65,3
2015	67,9
2020	70,6

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do SIM (BRASIL, 2023).

A tabela 14 mostra que a proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus, vem aumentando em Juiz de Fora, em Minas Gerais e no Brasil desde o ano 2000. Em 2020, a proporção de óbitos por DCNT em Juiz de Fora era de 70,6%, acima da média estadual (70,1%) e nacional (65,7%). Isso significa que as pessoas da cidade estão morrendo mais por essas doenças do que as pessoas do estado e do país.

Essas doenças crônicas não transmissíveis são consideradas um dos maiores desafios para a saúde pública no século XXI, pois representam uma elevada carga de morbidade e mortalidade, além de gerar altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade. As DCNT estão associadas a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e estresse. A prevenção e o controle dessas doenças requerem a adoção de políticas públicas

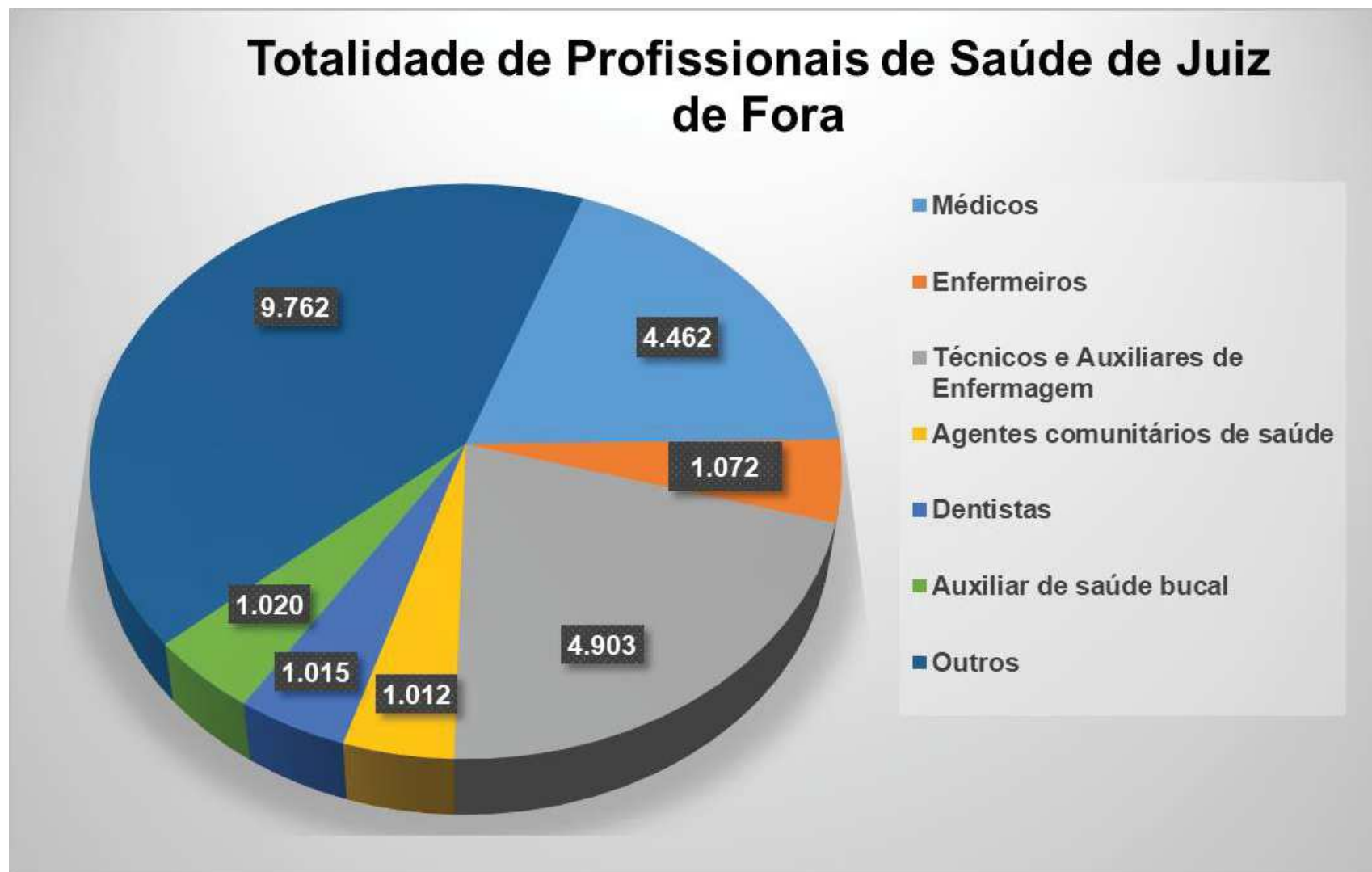
intersetoriais que promovam ambientes saudáveis e estilos de vida saudáveis, bem como o fortalecimento da atenção primária à saúde, que deve oferecer ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e reabilitação para as pessoas com DCNT.

3.5 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM JUIZ DE FORA: PERFIL, DISTRIBUIÇÃO E ADEQUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Outro aspecto que influencia a qualidade e a eficiência da atenção básica são os recursos humanos em saúde, que são os profissionais que atuam na prestação dos serviços de saúde à população. Neste subtítulo, será analisado como é o perfil e a distribuição dos profissionais de saúde no município de Juiz de Fora. Os recursos humanos são a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde, desempenhando um papel crucial na saúde pública de um município. Eles são responsáveis por uma variedade de funções essenciais, incluindo profissionais de saúde qualificados, a gestão eficiente de instalações de saúde e a implementação de políticas e programas de saúde. Além disso, eles garantem que os serviços de saúde sejam prestados de maneira eficiente e eficaz, garantindo que os recursos sejam utilizados da melhor maneira possível para atender às necessidades da comunidade.

Além disso, os recursos humanos na saúde pública também desempenham um papel vital na promoção da equidade em saúde. Eles trabalham para garantir que todos os membros da comunidade, independentemente de sua origem socioeconômica, tenham acesso aos cuidados de saúde necessários. Isso pode envolver o trabalho com comunidades vulneráveis, a implementação de programas destinados a melhorar o acesso aos cuidados de saúde nessas comunidades e a promoção da educação em saúde para incentivar comportamentos saudáveis. Eles também podem trabalhar para identificar quaisquer barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, como custo, transporte ou falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis. Para saber quantos e quais são os profissionais de saúde que trabalham no município, utilizou-se os dados da Programação Anual de saúde – 2022 (JUIZ DE FORA, 2022), que é o sistema oficial de informações de saúde da cidade de Juiz de Fora - MG. Desta forma, os dados gerais sobre a quantidade de profissionais da saúde da cidade de Juiz de Fora, estão apresentados no Gráfico 6,

Gráfico 6- Identificação das categorias profissionais da saúde no município de Juiz de Fora – MG



bem como a sua qualificação.

Fonte: Produzido pela acadêmica utilizando dados do Programa Anual de Saúde – 2022 (JUIZ DE FORA, 2022).

Esses dados mostram que o município de Juiz de Fora dispõe de uma força de trabalho em saúde diversificada e qualificada, apta a responder às diferentes necessidades da população. Os profissionais de saúde são encarregados de executar as ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Além disso, os profissionais de saúde devem atuar de forma ética, humanizada e resolutiva, respeitando os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é a prioridade da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde no município de Juiz de Fora, que atuam na rede SUS e na rede privada por qualificação.

Tabela 15 - Quantidade de profissionais de saúde por categoria profissional e local de trabalho

Categoria Profissional	Profissionais do SUS	Profissionais privados	Total de Profissionais	Percentual de profissionais SUS
Médico	2.000	2.462	4.462	44,8
Enfermeiro	800	272	1.072	74,6
Técnico em Enfermagem	2.500	1.227	3.727	67,1
Auxiliar em Enfermagem	900	276	1.176	76,5
Dentistas	600	415	1.015	59,1
Auxiliar de Saúde Bucal	800	220	1.020	78,4
Agente Comunitário	1.000	12	1.012	98,8
Outros profissionais	2.360	7.402	9.792	24,2
TOTAL	11.760	12.286	23.246	50,6

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do Programa Anual de Saúde - 2022 (BRASIL, 2023).

A tabela 15 mostra que o número total de profissionais de saúde em Juiz de Fora é de 23.246, sendo 11.760 vinculados ao SUS e 12.286 à rede privada. O percentual médio de profissionais do SUS em relação ao total é de 50,6%, mas há variações entre as categorias profissionais. A categoria profissional com maior percentual de profissionais do SUS em Juiz de Fora é a de agentes comunitários, seguida pelos auxiliares de saúde bucal e pelos auxiliares de enfermagem. A

categoria profissional com menor percentual de profissionais do SUS é a de outros profissionais, que incluem nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares.

Esses dados refletem o modelo assistencial vigente, centrado na atenção médico-hospitalar e na lógica curativa. Por outro lado, há uma escassez de outros profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que são importantes para a integralidade do cuidado e para a promoção da saúde.

Para avaliar a adequação dos profissionais de saúde às necessidades da população, utilizou-se o indicador de razão de profissionais por habitantes, que é a razão entre o número de profissionais de uma determinada categoria e o número total de habitantes do município. Esse indicador expressa a disponibilidade de profissionais por habitantes e pode ser comparado com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda uma razão mínima de 1 médico, 1 enfermeiro e 1 dentista para cada 1.000 habitantes, para garantir a qualidade e a efetividade da atenção à saúde (RIPSA, 2010).

Segundo os dados do CNES e do IBGE, as razões da quantidade de profissionais por 1.000 habitantes no município de Juiz de Fora são as constantes na Tabela 16, em dezembro de 2022.

Tabela 16 - Razão de Profissionais por 1000 habitantes do município de Juiz de Fora – MG, em dezembro de 2022

Profissional	Razão
Médicos	5,7
Enfermeiros	5,1
Dentistas	1,9

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do Programa Anual de Saúde - 2022 (BRASIL, 2023).

Comparando essas razões com os parâmetros da OMS, fica evidente que o município de Juiz de Fora apresenta uma razão superior à recomendada para os médicos, os enfermeiros e os dentistas. Isso significa que o município possui uma oferta suficiente de médicos, enfermeiros e dentistas para atender à população.

Em conclusão, é possível afirmar que o município de Juiz de Fora conta com um recurso humano em saúde diversificado e qualificado, capaz de atender às diferentes demandas da população. No entanto, ainda há desafios a serem enfrentados, como a dependência dos recursos federais, a adequação dos profissionais às necessidades locais e a equidade no acesso aos recursos humanos em saúde. Esses desafios exigem uma política de gestão do trabalho em saúde participativa, transparente e eficiente, bem como uma articulação entre os diferentes níveis de governo e os diversos atores sociais envolvidos na saúde pública. Dessa forma, o município poderá garantir o direito à saúde da sua população, conforme preconiza o SUS.

3.6 ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÔMICA DE JUIZ DE FORA E SEU IMPACTO NO FINANCIAMENTO E NA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

A situação econômica de uma cidade é um fator determinante para a saúde da sua população, pois influencia o nível de renda, emprego, produção, consumo e investimento, bem como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e dos grupos sociais. Esses aspectos afetam diretamente o financiamento e o gasto em saúde, que são os recursos destinados à provisão de ações e serviços públicos de saúde, bem como a capacidade de pagamento e a demanda por serviços de saúde, que são as necessidades e as preferências da população por cuidados em saúde. Desta forma, pretende-se analisar a situação econômica de Juiz de Fora, uma das principais cidades do estado de Minas Gerais, e seu impacto no financiamento e na demanda por serviços de saúde, utilizando dados oficiais e atualizados de diferentes fontes.

Um dos indicadores mais utilizados para analisar a situação econômica de Juiz de Fora é o Produto Interno Bruto (PIB), que representa a soma dos valores adicionados pelos diversos setores da economia em um determinado período. O PIB reflete o nível de atividade econômica, o grau de desenvolvimento e a capacidade produtiva de uma região. De acordo com os dados mais recentes do IBGE (2021), o PIB de Juiz de Fora em 2020 foi de R\$ 21.424.881 milhões, sendo o quarto maior do estado e o 38º do país. O PIB *per capita* foi de R\$ 39.624,88, acima da média estadual (R\$ 29.424,88) e nacional (R\$ 36.728,60). A composição setorial do PIB mostrou que os serviços representaram 76% do valor adicionado bruto, seguidos

pela indústria (21%) e pela agropecuária (3%). A participação do setor público no PIB foi de 13%, sendo 10% do governo municipal, 2% do governo estadual e 1% do governo federal.

O PIB é um indicador importante para avaliar o financiamento e o gasto em saúde, pois mostra a capacidade arrecadatória dos governos e a disponibilidade de recursos para investir em políticas públicas. No Brasil, a Constituição Federal estabelece que os entes federativos devem aplicar um percentual mínimo da sua receita corrente líquida em ações e serviços públicos de saúde. Esse percentual é definido pela Emenda Constitucional nº 29/2000, que determina que os estados devem aplicar 12%, os municípios 15% e a União o valor empenhado no ano anterior mais a variação nominal do PIB. Esses recursos são registrados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que é um sistema gerenciado pelo Ministério da Saúde para monitorar o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.

O gasto com saúde é um indicador importante para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento de uma região. Assim, pode-se analisar o gasto com saúde em Juiz de Fora, no ano de 2022, usando dados oficiais e reportagens jornalísticas. Segundo o Portal da Transparência (BRASIL, 2023), o orçamento atualizado e o total de despesas executadas para a área de atuação Saúde foram as indicadas na Tabela 17.

Tabela 17 – Comparativo entre orçamento e despesa com saúde em 2022 no município de Juiz de Fora - MG

Subárea	Orçamento (em bilhões de R\$)	Despesas executadas (em bilhões de R\$)
Assistência hospitalar e ambulatorial	66,5	62,19
Atenção Básica	36,5	34,99
Vigilância em saúde	16,0	14,52
Gestão do SUS	13,0	11,21
Assistência farmacêutica	10,0	9,50
Outras subáreas	12,5	3,99
TOTAL	155,5	136,41

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do Portal de Transparência (BRASIL, 2023).

O elemento de despesa que recebeu mais recursos foi a Assistência hospitalar e ambulatorial, com R\$ 62,19 bilhões.

Segundo a Programação Anual de Saúde de 2022 (JUIZ DE FORA, 2022), a previsão de receita e despesa total do Fundo Municipal de Saúde de Juiz de Fora foi o exposto nas Tabelas 18 e 19.

Tabela 18 - Origem das Receitas direcionadas à Saúde em 2022 no município de Juiz de Fora - MG

Origem das receitas	Valor (em milhões de R\$)
Tesouro Municipal	600
Governo Federal	300
Governo Estadual	100
TOTAL	1.050

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do Programa Anual de Saúde - 2022 (JUIZ DE FORA, 2023).

Tabela 19 – Destinação das Despesas em Saúde em 2022, distribuídas por categoria, no município de Juiz de Fora - MG

Destino da Despesa	Valor (em milhões de R\$)
Atenção Básica	400
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	300
Vigilância em Saúde	150
Gestão do SUS	100
Assistência farmacêutica	100
TOTAL	1.050

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados do Programa Anual de Saúde - 2022 (JUIZ DE FORA, 2023).

Segundo ACESSA.COM (2023), a aplicação na saúde superou o valor mínimo de 15% previsto pela Constituição Federal: R\$ 239 milhões foram destinados ao setor, representando 27,14% do total. Os gastos com educação estão na ordem de R\$ 258 milhões, atingindo o percentual de 29,12%.

Esses dados apresentam quanto a cidade de Juiz de Fora investiu em saúde em 2022, e continua investindo em 2023, valores estes que superam as médias estadual e nacional em termos *per capita* e percentuais. No entanto, é preciso considerar que os dados ainda podem ser alterados até o final do ano, conforme os gestores municipais e estaduais homologam as informações.

3.7 FINANCIAMENTO E GESTÃO DO SUS EM JUIZ DE FORA: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS E DA AUDITORIA DO SISTEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de organização e prestação de serviços de saúde que visa garantir o acesso universal, integral e equitativo à população brasileira. Para isso, o SUS conta com o financiamento tripartite, ou seja, a participação dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) na alocação e gestão dos recursos destinados à saúde. Nesse contexto, o município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, tem um papel importante na execução das políticas e programas de saúde do SUS, bem como na prestação de contas e na avaliação dos resultados alcançados.

Segundo o Portal da Transparência do Governo Federal (2021), Juiz de Fora recebeu, em 2021, um total de R\$ 178.611.545,00 em transferências federais para a saúde, sendo R\$ 158.894.545,00 referentes ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) e R\$ 19.717.000,00 referentes ao Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Esses recursos foram distribuídos entre as diversas ações e programas do SUS, conforme mostra a Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição dos recursos federais na saúde de Juiz de Fora em 2021

Ação/Programa	Valor (em R\$)
Atenção Básica	46.435.000,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	76.522.545,00
Vigilância em Saúde	14.950.000,00
Gestão do SUS	5.500.000,00
Assistência farmacêutica	9.200.000,00
Estruturação da Rede de Serviços Especializados de Média e Alta Complexidade	2.787.000,00
Outras ações	20.217.000,00
TOTAL	178.611.545,00

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal (BRASIL, 2021).

A tabela 20 mostra que a maior parte dos recursos federais para a saúde em Juiz de Fora foi destinada à atenção básica e à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que são os níveis de atenção que abrangem a maior parte da demanda por serviços de saúde da população. Além disso, observa-se que houve

investimentos em outras áreas estratégicas para o SUS, como a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a gestão do SUS e a estruturação da rede de serviços. No entanto, o financiamento federal não é suficiente para cobrir todas as despesas com a saúde no município, que também depende dos recursos próprios e das transferências estaduais para complementar o orçamento da saúde. De acordo com o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do município (2021), no primeiro bimestre de 2021, a receita total da saúde foi de R\$ 156.858.674,67, sendo R\$ 66.858.674,67 provenientes da arrecadação municipal e R\$ 90.000.000,00 provenientes das transferências correntes (federal e estadual). Já a despesa total com a saúde foi de R\$ 144.173.897,77, sendo R\$ 125.173.897,77 referentes às despesas correntes (pessoal e custeio) e R\$ 19.000.000,00 referentes às despesas de capital (investimentos). Portanto, houve um superávit orçamentário na saúde de R\$ 12.684.776,90 no período.

A gestão dos recursos da saúde em Juiz de Fora é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SS), que é o órgão responsável por definir e implementar as políticas e programas relativos à área de saúde, saneamento e desenvolvimento ambiental, em consonância com as diretrizes do SUS. A SS também é responsável por coordenar a gestão do SUS no município, articulando-se com os órgãos e entidades federais, estaduais e de outros municípios, bem como com os conselhos de saúde e as instâncias de controle social (JUIZ DE FORA, 1992).

Para garantir a transparência, a eficiência e a qualidade na aplicação dos recursos da saúde, a SS conta com o apoio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, que é o conjunto de órgãos e unidades de auditoria interna do SUS nas três esferas de governo, responsáveis por avaliar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS (BRASIL, 2004). No plano municipal, o órgão de auditoria interna do SNA é a Auditoria Municipal de Saúde (AMS), que é vinculada hierarquicamente ao secretário municipal de saúde e tecnicamente ao órgão central do SNA, que é a Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde (AudSUS) (BRASIL, 2004).

A AMS tem como principais atribuições: realizar auditorias nas unidades de saúde do município, nos prestadores de serviços contratados ou conveniados com o SUS e nos programas e projetos financiados com recursos da saúde; verificar a conformidade das ações e serviços de saúde com os critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia, efetividade e qualidade; emitir relatórios e pareceres sobre os

resultados das auditorias; recomendar medidas corretivas ou preventivas para a melhoria da gestão e da assistência à saúde; acompanhar a implementação das recomendações; prestar suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde; e integrar-se ao SNA por meio do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) (BRASIL, 2004).

A AMS realiza auditorias periódicas nas diversas áreas da saúde, seguindo um plano anual de auditoria elaborado com base em critérios de relevância, materialidade e risco. As auditorias podem ser de natureza operacional, financeira, contábil ou de conformidade, abrangendo aspectos como: produção, faturamento, pagamento, controle interno, gestão de pessoas, gestão de contratos, gestão de estoques, gestão da qualidade, gestão ambiental, entre outros. As auditorias podem ser realizadas por meio de visitas *in loco*, análise documental ou entrevistas com os gestores e profissionais envolvidos. Os relatórios das auditorias são encaminhados ao secretário municipal de saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e aos órgãos superiores do SNA para conhecimento e providências (BRASIL, 2004).

Um exemplo de auditoria realizada pela AMS em 2021 foi a auditoria na UBS Santa Luzia, localizada na região leste do município. A UBS Santa Luzia é uma unidade que oferece serviços de atenção primária à saúde para uma população estimada em 12 mil habitantes. Desta forma, conta com uma equipe composta por um médico clínico geral, um médico pediatra, um médico ginecologista-obstetra, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um assistente social, um psicólogo, um nutricionista, um farmacêutico e dois auxiliares administrativos. A UBS dispõe ainda de uma farmácia básica, um laboratório de análises clínicas e uma sala de vacinação (JUIZ DE FORA, 2022).

A auditoria na UBS Santa Luzia teve como objetivo verificar o cumprimento das normas técnicas e administrativas do SUS na prestação dos serviços de atenção primária à saúde. A auditoria foi realizada no período de 15 a 19 de março de 2021, por meio da aplicação de um questionário estruturado aos profissionais da UBS, da observação direta das atividades desenvolvidas na unidade e da análise dos registros clínicos e administrativos disponíveis. Os principais achados da auditoria foram que, a UBS Santa Luzia apresentou um bom desempenho na oferta dos serviços de atenção primária à saúde, atendendo aos critérios de qualidade, resolutividade e humanização do SUS. A UBS realizou, em média, 1.200 consultas

médicas, 800 consultas de enfermagem, 600 procedimentos odontológicos, 400 exames laboratoriais e 300 vacinações por mês. A UBS também desenvolveu ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como grupos de educação em saúde, acompanhamento de gestantes e crianças, controle de hipertensão e diabetes, entre outros (JUIZ DE FORA, 2022).

A UBS Santa Luzia apresentou algumas fragilidades na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros da unidade. A UBS enfrentou problemas de absenteísmo e rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos, o que comprometeu a continuidade do cuidado e a satisfação dos usuários. A UBS também apresentou dificuldades na manutenção e reposição dos equipamentos, medicamentos e insumos necessários para o funcionamento da unidade. A UBS ainda não dispunha de um sistema informatizado de registro e controle das atividades realizadas na unidade, o que dificultava o monitoramento e a avaliação dos resultados. O relatório da auditoria na UBS Santa Luzia foi elaborado com base nas evidências coletadas e nas normas vigentes do SUS. O relatório apresentou as conclusões da auditoria, as recomendações para a melhoria da gestão e da assistência à saúde na unidade e os prazos para a implementação das medidas corretivas ou preventivas. O relatório foi encaminhado ao secretário municipal de saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e à UBS Santa Luzia para conhecimento e providências (JUIZ DE FORA, 2022).

Na sequência, apresenta-se as Considerações Finais, que apontam as principais conclusões constatadas com a efetivação deste estudo, além de possíveis limitações e sugestões para estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, os resultados obtidos por meio de uma análise aprofundada da distribuição dos gastos com saúde em Juiz de Fora, Minas Gerais, revelaram que eles possibilitaram uma contribuição substancial para uma melhor compreensão de como funciona o financiamento do SUS é efetivamente administrado no contexto do governo municipal. Esta investigação proporcionou uma análise na alocação de recursos, o que levou à geração de *insights* críticos sobre a infraestrutura dos serviços de saúde disponíveis para a população de Juiz de Fora, bem como a eficácia desses serviços.

Um dos aspectos investigados centrou-se na disponibilidade de recursos financeiros nas unidades de saúde do município, que, por sua vez, revelou detalhes essenciais sobre a abrangência da população atendida e a capacidade de resposta do sistema de saúde local. Além disso, a quantificação do número de profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços, a avaliação da capacidade das instalações sob gestão municipal e o exame dos principais indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil e o número de internações contribuíram para uma compreensão abrangente da infraestrutura e da gama de serviços disponíveis.

A capacidade deste estudo de correlacionar o financiamento do SUS com a eficiência do sistema de saúde de Juiz de Fora destacou-se como outro ponto forte da pesquisa, pois demonstrou a influência direta que os recursos financeiros têm no nível de atendimento prestado à população. Isto abre a porta para uma conversa significativa sobre como os investimentos podem ser otimizados e direcionados de uma forma mais eficiente para satisfazer as necessidades reais da comunidade, o que é um passo significativo para satisfazer essas necessidades.

Além dessas análises, esta pesquisa apresentou informações que indicam o empenho do município de Juiz de Fora, em aumentar o número de pessoas que têm acesso à assistência médica básica e à cobertura. O município estabeleceu para si objetivos ambiciosos e fez um esforço concentrado para ter um desempenho melhor do que a média nacional, destacando a importância que atribui à prestação de cuidados médicos de elevada qualidade aos seus cidadãos.

Além disso, percebeu-se um grande investimento na infraestrutura das UBS

do município, com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de atenção primária. A dependência de recursos federais para o financiamento desses investimentos, por outro lado, coloca em evidência a necessidade de buscar soluções financeiras mais autônomas e sustentáveis na esfera municipal. Isso porque a esfera municipal depende de recursos federais para o financiamento desses investimentos.

Embora ainda haja espaço para melhorias em comparação com outros indicadores estaduais e nacionais, os dados mostram que Juiz de Fora possui uma rede de unidades de saúde com capacidade de atendimento para as necessidades da população local superiores às médias estaduais e nacionais. Apesar disso, ainda há espaço para avanços. O compromisso da cidade em melhorar a saúde pública reflete-se na dimensão e âmbito dos seus investimentos, que excedem em muito os exigidos pela constituição e atribuem uma parte considerável do seu orçamento global ao setor.

Em última análise, a conclusão deste estudo enfatiza a importância de uma gestão eficiente e transparente dos recursos de saúde, a fim de maximizar a eficácia dos serviços de saúde e responder de forma abrangente e eficiente às necessidades da população. Isto é feito para promover a utilização ideal dos serviços de saúde e atender às necessidades da população. Desta forma, os resultados obtidos contribuem para uma compreensão mais aprofundada do financiamento e da qualidade dos serviços de saúde em Juiz de Fora e fornecem uma base para a busca contínua de soluções que garantam o acesso universal, abrangente e equitativo aos cuidados de saúde.

Sugere-se porém, que sejam realizados estudos futuros, quando o último censo de 2022 estiver completo, e desta forma, alguns dados já serão substituídos pelos mais recentes.

REFERÊNCIAS

ACESSA.COM. **Prefeitura divulga balanço financeiro do primeiro semestre.** Disponível em: <https://www.acesa.com/cidade/arquivo/noticias/2023/07/15-prefeitura-divulga-balanco-financeiro-primeiro-semester/>. Acesso em out. 2023.

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transição demográfica e epidemiológica: a Emergência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: **SAÚDE BRASIL 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 135-162. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em out. 2023.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/> Acesso em ago. 2023.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento.** HUCITEC, São Paulo, 2002.

BALTAR, A. et al. Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock- out period dueto COVID-19. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v. 55, n. 5, p. 272-278, 2020.

BARBOSA, MG et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil; do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, LB, BARBOSA, MG, FERLA, AA. (orgs.) **Atenção básica: olhares a partir da PMAQ.** Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2016. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Atencao-basica-olhares-a-partir-do-programa-nacional.pdf> Acesso em out. 2023.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva** 18(3): 33-40, 2004.

BRAGA, MH. et al. A assistência farmacêutica no município de Juiz de Fora em Minas Gerais: uma visão a partir dos Planos Municipais de Saúde. **Rev. de APS**, 2020, abr-jun, 23 (2)

BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas.** Brasília: IPEA, 2009.

_____. REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **TabNet - Nascidos Vivos - Brasil - SINASC - 2000-2019.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>

tabcgi.exe?sinasc/cnv/ nvuf.def. Acesso em out. 2023.

_____. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Atlas da Violência 2020**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/31/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em out. 2023.

_____. SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE SANEAMENTO (SNIS). **Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos - 2019**. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/diagnostico-agua-e-esgotos/diagnostico-ae-2019>. Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - SNA/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 2004. Seção 1, p. 66-68.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Transparência**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/portal-da-transparencia>. Acesso em: 11 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. TabNet - Mortalidade Geral - Brasil - SIM - 2000-2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf Acesso em set. 2023.

_____. **Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 252-A, p. 88-92, seção I, edição extra, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-40518>. Acesso em set. 2023.

BRASIL. PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL. **Transferências federais para a saúde em Juiz de Fora em 2021**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/transferencias?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2Cexercicio%2CcodigoOS%2CnomeOS%2CcodigoOrgaoSuperior%2CnomeOrgaoSuperior%2CcodigoOrgaoSubordinado%2CnomeOrgaoSubordinado%2CcodigoUnidadeGestora%2CnomeUnidadeGestora%2CcodigoFuncao%2CnomeFuncao%2CcodigoSubfuncao%2CnomeSubfuncao%2CcodigoProgramaOrigem%2CnomeProgramaOrigem%2CcodigoAcaoOrigem%2CnomeAcaoOrigem%2Cvalor&ordenarPor=exercicio&direcao=desc&periodoInicio=01%2F01%2F2021&periodoFim=31%2F12%2F2021&estado=MG&municipio=313670&funcao=10&subfuncoes=&acao=&modalidade=&elemento=&destinatario=&cnpjDestinatario=&municipioFavorecido=>. Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão Hospitalar do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf. Acesso em set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf Acesso em set. 2023.

_____. **Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm Acesso em abr. de 2023.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINVEP). **Dados epidemiológicos de Juiz de Fora - MG, ano base 2019 e 2023**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em out. 2023.

_____. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). **Dados epidemiológicos de Juiz de Fora - MG, ano base 2019 e 2023**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinannet/cnv/leptobr.def>. Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em out. 2023.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS):** descentralização. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>>. Acesso em jun. 2023.

_____. **Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206> Acesso em abr. 2023.

_____. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em mai. 2023.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf Acesso em ago. 2023.

CAMPOS, JQ, TINOCO, AF. **Política e planejamento de saúde.** São Paulo: J.Q. Campos, 1986.

CARDOSO, AUB, et al. Eficiência na alocação dos recursos públicos na área da saúde: análise dos municípios de Minas Gerais. **Revista Cereus.** v. 9, n. 1, p. 18-36 jan-abr/2017, UnirG: Gurupi TO, Brasil.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil.** Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf> Acesso em ago. 2023.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: out. 2023.

CRUZ-VARGAS, J., CORREA-LÓPEZ, LE e INDACOCHEA, S. Pobreza y enfermedad: el círculo vicioso. **Rev. Fac. Med. Hum.**, 2018; 18 (3): 7-10. Disponível em: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1585/1458> Acesso em out. 2023.

CULYER A. J. e WRIGHT, K. G. (eds.) **Economic Aspects of Health Services.** London: Martin Robertson, 1978.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em out. 2023.

DEL NERO, C. O que é economia da saúde? In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília, DF: IPEA, 2002.

DIAS, Hélia M. **Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na atenção básica.** 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42,

no. spe1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf> Acesso em ago. 2023.

FERLA, A.; FAGUNDES, S.(org). **Tempo de inovação: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

FERREIRA, S. G. **Federalismo fiscal, municípios: despesa com saúde e transferências federais**. In: Informe-se n. 38. Banco Federativo do BNDES, 2002.

FIGUEIREDO. N. M. A. **SUS e PSF para Enfermagem**. Livro da Editora YENDIS, São Caetano do Sul – SP. 2009.

FONSECA, EPS, et al Gastos públicos envolvidos no tratamento de neoplasias da coluna vertebral e medula espinhal em cidades de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 18, n. 64, abr-jun/2020, p. 52-9.

GEREMIA, Daniela Savi. **Financiamento público de saúde: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, Ângela de Castro. Questão social e historiografia no Brasil do pós-1980: notas para um debate. **Estudos históricos**. Rio de Janeiro, n. 34, p. 157 – 186, jul.-dez. 2004.

GONÇALVES, PJ, et al. Análise do impacto das ações judiciais em um setor de referência de um hospital de grande porte de Juiz de Fora. **J Bras Econ Saúde**, 2022, 14, (suppl. 2) p. 173-9.

IANONI, Marcus. **Políticas públicas e estado: o Plano Real**. Lua Nova, São Paulo, n. 78, p. 143-189, 2009.

IBGE. **Censo demográfico 2022: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: set. 2023.

_____. **Tabela 6408 - População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade e a cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>. Acesso em: 20 set. 2023.

_____. **PNAD Contínua: indicadores de mercado de trabalho por grupamentos de atividade econômica - Brasil e grandes regiões - 2º trimestre de 2021**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/210504_nota_10_indicador_mensal_mt.pdf. Acesso em set. 2023.

_____. **Censo demográfico 2020**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25077-censo-demografico-2020.html>. Acesso em out. 2023.

IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados. Acesso em out. 2023.

_____. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. s/d. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21039-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca-no-brasil.html>. Acesso em out. 2023.

JUIZ DE FORA (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde - 2022**. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/programacao_anual_saude.php. Acesso em: 11 out. 2023.

_____. **Lei Orgânica do Município de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, MG: Câmara Municipal, 1992.

_____. INSTITUTO ÁGUA E SANEAMENTO. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos de Juiz de Fora**. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/meio_ambiente/arquivos/PMGIRS.pdf. Acesso em out. 2023.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90. relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, 2001.

LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; ORTÚN RUBIO, V. **Economia y salud: fundamentos y políticas**. Barcelona: Encuentro, 1998.

LUCCHESI, Patrícia T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 439-448, 2003.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, R. M; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZOTTO, M. L. F; COSTA, A. (Org.). **25 anos de direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MARINHO A. et al. **Uma política de investimentos defensiva para o resultado operacional de hospitais públicos na presença de filas e de desigualdades de acesso a hospitais privados**. Brasília: Ipea, ago. 2009.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção Básica. **Ciências & Saúde Coletiva**, 8 (2), p. 393-401, 2003.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf> Acesso em ago. 2023.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o**

imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em ago. 2023.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf> Acesso em ago. 2023.

MIRANDA, Marta. **O financiamento do SUS nos municípios de pequeno porte da região 25 – Vinhedos e Basalto – RS.** 44 p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de especialização em Gestão da Saúde. Porto Alegre, 2015.

O'DWYER, Gisele et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 24 (12): p. 4555-67, 2019.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. 2016. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf Acesso em ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=violencia-e-saude-220&alias=1019-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude-2002&Itemid=965. Acesso em out. 2023.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. p.1535, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> Acesso em ago. 2023.

PEREIRA, B. L. S. et al. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 58, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-58.pdf Acesso em ago. 2023.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para implementação dos critérios da LC no 141 de 2012.** Brasília: Ipea, abr. 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a**

gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, [s.l.], v. 35, no. Mm, 2001. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-nobrasil-16-030112-SES-MT.pdf> Acesso em ago. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. **Juiz de Fora**: histórico. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/institucional/cidade/historia.php>. Acesso em set. 2023.

_____. **Plano Municipal de Saúde - 2018-2021**. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/plano_municipal_saude.php. Acesso em out. 2023.

_____. **Orçamento Municipal de Juiz de Fora em 2023**. Disponível em: <https://pjf.mg.gov.br/transparencia/orcamento/loa/2023/index.php> Acesso em set. 2023.

_____. **Plano Municipal de Saúde Participativo 2022-2025**. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf> Acesso em out. 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>. Acesso em out. 2023.

REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **RIPSA. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília: OPAS, 2010.

REIS, D. O; ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil: SUS e Pactos Pela Saúde, Módulo Gestor; Especialização em Saúde Familiar**; pag.27-47, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em ago. 2023.

REIS, MF. **Análise do custo do tratamento fisioterapêutico de pacientes sequelados por acidentes vasculares cerebrais pelo sistema único de saúde na cidade de Juiz de Fora, MG**. 97 p. Universidade Federal de Juiz de Fora, pós-graduação em Saúde Coletiva. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/384> Acesso de jul. 2023.

SAES, S. G. **Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde no Brasil, 1989- 1998**. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Serviços de Saúde) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SAMUELSON, Paul. **Economics**, New York: Mc Graw Hill, 1976.

SANTANA, J.P. e CASTRO, J.C. (org.) **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde CDRHU**. Brasil, Ministério da Saúde.

OPAS.UFRNNESC, Natal. 1999.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2043-2050/pt/> Acesso em ago. 2023.

SANTOS, Helena Alves dos. **Financiamento e gastos da saúde no município de Joinville – SC de 1999 a 2003-** Um estudo de caso. Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Florianópolis, 2005.

SANTOS, AHR. et al. Custos das internações hospitalares de idosos em um hospital de grande porte no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 4, abr/2021, Curitiba.

SANTOS, G. G. dos. Raça e etnicidade: conceitos, usos e abusos. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 127, p. 16-25, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/14132>. Acesso em out. 2023.

SILVA, Carlos Fabiano. **A importância da economia da saúde para a gestão do SUS:** uma análise da eficiência técnica dos serviços básicos de saúde nos municípios alagoanos sob a ótica da análise envoltória de dados. 193 p. Universidade Federal de Alagoas, Pós-Graduação em Economia Aplicada. Maceió, 2012.

SILVA, A et al., Saneamento básico e saúde pública: uma análise comparativa entre as regiões brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde e Meio Ambiente** [online], v. 17 nº 2 p. 45-60 Julho/2018. Disponível em: <http://periodicos.unifev.edu.br/index.php/RBSMA/article/view/1564/0>. Acesso em out. 2023.

SILVA, A et al. Índice de Desenvolvimento Humano Sustentável: uma proposta metodológica para o Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos** [online], v. 13 nº 1 p. 5-24 Janeiro/2019. Disponível em: <https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/421/0>. Acesso em out. 2023.

SILVA, Eduardo et al. **Financiamento do SUS em Arapiraca (AL):** origem as receitas por esfera governamental (2010 - 2017). 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1043/604> Acesso em 12 de junho de 2023.

SILVA, José A. **Gestão da Política Nacional do Idoso à luz da realidade da Juiz de Fora.** 100 fls. Universidade Federal de Juiz de Fora. Pós Graduação em Serviço Social. 2010.

SILVA, Carlos Fabiano. **A importância da economia da saúde para a gestão do SUS:** uma análise da eficiência técnica dos serviços básicos de saúde nos municípios alagoanos sob a ótica da análise envoltória de dados. 193 p. Universidade Federal de Alagoas, Pós-Graduação em Economia Aplicada. Maceió, 2012.

SOUZA, R.R. O sistema público de saúde. In: **Seminário Internacional Tendências**

e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.5, n.1, p.133-49, 2000.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011.

VIANNA, SM; PIOLA, SF; MENDES, EV. **O financiamento da saúde no Brasil.** Brasília: OPAS; Economia e Financiamento 4; 1994.