



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**FILIPE CAVALCANTI LAGO**

**DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E A DISTRIBUIÇÃO ESTADUAL DO  
SERVIÇO DE SAÚDE NA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA**

**2021**

FILIPE CAVALCANTI LAGO

**DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E A DISTRIBUIÇÃO ESTADUAL DO  
SERVIÇO DE SAÚDE NA PARAÍBA**

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

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wanderleya dos Santos Farias

JOÃO PESSOA

2021

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

L177d Lago, Filipe Cavalcanti.

Desenvolvimento sustentável e a distribuição estadual  
do serviço de saúde na Paraíba / Filipe Cavalcanti  
Lago. - João Pessoa, 2021.

58 f. : il.

Orientação: Wanderleya Farias.

TCC (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Serviços de saúde - Paraíba. 2. Desenvolvimento  
sustentável. 3. Mesorregiões - Paraíba. 4. Plano  
Estadual de Saúde - Paraíba. I. Farias, Wanderleya. II.  
Título.

UFPB/CCSA

CDU 330(02)

FILIPPE CAVALCANTI LAGO

**DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E A DISTRIBUIÇÃO ESTADUAL DO  
SERVIÇO DE SAÚDE NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Econômicas do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Economia.

Aprovado em: 09 de abril de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Wanderleya dos Santos Farias (Orientadora)  
UFPB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rejane Gomes Carvalho (Examinadora)  
UFPB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Marcia Cristina Silva Paixão (Examinadora)  
UFPB

**FOLHA Nº 2 / 2021 - CCSA - DE (11.01.13.02)**

**Nº do Protocolo: 23074.036819/2021-10**

**João Pessoa-PB, 12 de abril de 2021**

*(Assinado digitalmente em 14/04/2021 13:39)*  
**MARCIA CRISTINA SILVA PAIXAO**  
*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR*  
*Matrícula: 1894540*

*(Assinado digitalmente em 12/04/2021 09:59)*  
**REJANE GOMES CARVALHO**  
*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR*  
*Matrícula: 1285533*

*(Assinado digitalmente em 12/04/2021 09:50)*  
**WANDERLEYA DOS SANTOS FARIAS**  
*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR*  
*Matrícula: 2193320*

Dedico este trabalho a toda minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por toda misericórdia e bençãos que tem me dado, por ouvir minhas orações e sempre me amparar.

Agradeço aos meus pais por todo o esforço e sacrifício que fizeram para que eu pudesse ter acesso a uma educação de qualidade, por todo amor e carinho e me ensinarem a buscar sempre o melhor. Aos meus irmãos, Pedro e Miguel, pelo companheirismo e momentos compartilhados.

Aos meus avós, por todo o apoio, amor, força e acolhimento para que se tornasse possível minha estadia em João Pessoa. Ao meu tio Marco, por tudo que fez e estar sempre disposto a me ajudar.

A minha noiva, Júlia, pelo companheirismo, por toda motivação, incentivo e apoio para eu conseguisse ir sempre além do que achava que conseguiria.

Aos meus amigos de Salvador, por toda irmandade. Aos amigos que fiz no curso de economia, principalmente a José Heraldo e Wisley, pela grande parceria e apoio para que conseguíssemos chegar até o final do curso e sermos aprovados no mestrado.

Aos professores do departamento de economia que puderam compartilhar um pouco de conhecimento e me ajudarem a ver quão emocionante é a economia.

Em especial a minha orientadora, professora Wanderleya Farias, que me orientou e ensinou com paciência e maestria, por toda disponibilidade e dedicação. E pela oportunidade de poder ter trabalhado junto com as professoras Wanderleya e Rejane no projeto de extensão, sendo uma experiência única para minha formação acadêmica e profissional.

“Aconteça o que acontecer, desfrute.”

Joseph B. Wirthlin

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a distribuição espacial dos serviços de saúde na Paraíba no que se reporta a rede de estabelecimentos públicos e privados de saúde, o nível de complexidade tecnológica das unidades hospitalares e a quantidade de médicos por mil habitantes, tomando como base as mesorregiões paraibanas e as diferenciações socioeconômicas intraestaduais. Como suporte teórico, o estudo se baseia nas discussões analíticas que mostram as relações entre desenvolvimento e saúde. Nessa perspectiva, também se discute a importância da Agenda 2030 como balizamento das políticas de saúde pública no país, os desafios da universalidade da saúde e as propostas do Plano Estadual de Saúde na Paraíba. Quanto à metodologia, a pesquisa é aplicada, descritiva e exploratória. As principais fontes de dados secundários foram obtidas nas plataformas oficiais de instituições públicas de pesquisa. Entre os principais resultados do estudo, se observou que há uma significativa concentração espacial da produção nas mesorregiões da Mata Paraibana e do Agreste Paraibano que causa grandes assimetrias nas condições sociais e econômicas da população estadual. Também ficou evidente que o acesso a água canalizada e ao sistema de esgoto e saneamento é desigual entre as mesorregiões em desfavor das populações localizadas no Sertão e na Borborema. A análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde revelou que ocorreram mudanças na distribuição espacial das despesas per capita com saúde e saneamento do governo estadual em favor da mesorregião da Borborema. No entanto, o Sertão paraibano, que exibiu indicadores sociais preocupantes, não teve acesso a uma proporção mais expressiva de recursos públicos na área de saúde em comparação com as demais mesorregiões. No período histórico estudado, houve um aumento na quantidade de estabelecimentos públicos e privados de saúde, porém essa expansão se concentrou nas áreas economicamente mais dinâmicas do estado. O contingente de médicos e o quantitativo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva também cresceram na Paraíba, entretanto as áreas que apresentaram indicadores de renda e pobreza mais precários, o Sertão Paraibano e Borborema, não tiveram uma expansão satisfatória desses indicadores. A partir dessas análises, conclui-se que a distribuição espacial do serviço de saúde na Paraíba enfrenta alguns desafios quanto à superação das diferenciações intraestaduais.

**Palavras-chave:** Saúde. Desenvolvimento sustentável. Mesorregião. Paraíba

## ABSTRACT

This paper proposes to analyze the spatial distribution of health services in Paraíba regarding the network of public and private health facilities, the level of technological complexity of hospitals and the number of doctors per thousand inhabitants, based on Paraíba's mesoregions and intra-state socioeconomic differentiations. As theoretical support, the study is based on the analytical discussions that show the relations between development and health. Under this perspective, will also discuss the relevance of Agenda 2030 as a guide for public health policies in the country, the challenges of universal health care and the proposals of the State Health Plan in Paraíba. As for the methodology, the research is applied, descriptive and exploratory. The main sources of secondary data were obtained from the official platforms of public research institutions. Among the main results of the study, it was observed that there is a significant spatial concentration of production in the mesoregions of Mata Paraibana and Agreste Paraibano, which causes great asymmetries in the social and economic conditions of the state population. It was also evident that the access to piped water and to sewage and sanitation systems is unequal among the mesoregions to the disadvantage of the populations located in the Sertão and Borborema mesoregions. The analysis of the geographical distribution of health services revealed that changes have occurred in the spatial distribution of per capita spending on health and sanitation by the state government in favor of the Borborema mesoregion. However, the Sertão of Paraíba, which displayed worrisome social indicators, did not have access to a more expressive proportion of public resources in the health area compared to the other mesoregions. In the historical period studied, there was an increase in the quantity of public and private health establishments, but this expansion was concentrated in the most economically dynamic areas of the state. The number of doctors and the number of beds in Intensive Care Units also grew in Paraíba, however, the areas that presented the most precarious indicators of income and poverty, the Sertão Paraibano and Borborema, did not have a satisfactory expansion of these indicators. From these analyses, it is concluded that the spatial distribution of the health service in Paraíba faces some challenges in overcoming intra-state differentiations.

**Keywords:** Health. Sustainable development. Mesoregion. Paraíba.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos para a concepção do desenvolvimento.....	21
Figura 2 - Estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde.....	27
Figura 3 - Macrorregiões e Regiões de Saúde na Paraíba .....	29
Figura 4 - Mapa territorial da Paraíba dividido por mesorregiões. ....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Taxa de fecundidade total estimada e diferença relativa. Brasil, Região Nordeste e Paraíba, 2000, 2010 e 2019 .....	35
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Paraíba 1991 e 2010 .....	36
Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Paraíba 2019..	37
Gráfico 3 - Índice de envelhecimento Paraíba 1991 a 2019.....	38
Gráfico 4 - Taxa de mortalidade infantil na Paraíba, de 2000 a 2016.....	38
Gráfico 5 - População residente estimada (pessoas), Paraíba e mesorregiões, 2001, 2011, 2015 e 2019 .....	40
Gráfico 6 - Produto Interno Bruto per capita, a preços de 2019 deflacionado a IPCA anualizado, Paraíba e mesorregiões, 2002, 2010 e 2018 .....	411
Gráfico 7 - Distribuição do PIB entre as Mesorregiões paraibanas nos anos de 2000 e 2010	422
Gráfico 8 - População por faixa de salário mínimo nas mesorregiões paraibanas, pessoas ocupadas, 2010. ....	433
Gráfico 9 - Domicílios com acesso a rede geral de esgoto e a água canalizada por mesorregião na Paraíba, 2000 e 2010.....	44
Gráfico 10 - População total atendida com abastecimento de água e esgoto, Paraíba e mesorregião, 2019 .....	45
Gráfico 11 - Despesas com saúde no Brasil. Participação do consumo final no PIB (%), 2000 a 2017 .....	46
Gráfico 12 - Despesas por função - saúde e saneamento per capita, por mesorregião, 2000 a 2019 .....	48
Gráfico 13 - Estabelecimentos de Saúde da Paraíba por mesorregiões.....	49
Gráfico 14 - Médicos a cada 1000 habitantes, Paraíba e mesorregião 2005, 2010 e 2019 .....	50
Gráfico 15 - Quantidade de médicos por mesorregião na Paraíba .....	51
Gráfico 16 - Leitos de UTI total e SUS a cada 100.000 habitantes, por mesorregião, 2012 e 2019 .....	53

## LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA	índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática

SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Objetivos.....	18
1.1.1 Objetivo geral .....	18
1.1.2 Objetivos específicos.....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 A relação entre desenvolvimento e saúde.....	22
2.2 Universalidade da Saúde no Brasil: impasses e desafios .....	25
2.3 O Plano Estadual de Saúde na Paraíba .....	27
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>31</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>34</b>
4.1 Condições demográficas e sociais das mesorregiões paraibanas .....	34
4.2 As desigualdades econômicas intraestaduais .....	39
4.3 A distribuição espacial do serviço de saúde na Paraíba .....	46
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

É comum observar no Brasil algumas distorções socioeconômicas que trazem desafios para o alcance do desenvolvimento. Uma proporção considerável da população do país está exposta à pobreza e a vulnerabilidade social. Em geral, para os grupos sociais mais pobres, as oportunidades de emprego são escassas e quase sempre informais. Por outro lado, as condições de infraestrutura básica e de moradia são precárias e acesso à educação e saúde de qualidade muito limitadas.

A pandemia da Covid 19 provocou o agravamento desse quadro de desigualdade social no Brasil e vem atingindo os mais pobres sob diversos matizes. De um lado, milhares de pessoas têm dificuldade de fazer o isolamento social porque o perfil e as condições de suas atividades laborais são mais expostos à aglomeração e ao contágio. A precária infraestrutura domiciliar nas periferias também oferece maior risco à população de baixa renda. A carência de uma rede pública hospitalar de alta complexidade em várias cidades brasileiras torna os impactos da crise sanitária mais adversos para os segmentos mais vulneráveis da sociedade (CARVALHO; PIRES; XAVIER, 2020).

A Constituição de 1988 trouxe, em seus princípios, a universalidade do acesso ao serviço de saúde para todas as pessoas sem distinção, o que representou um avanço em relação ao atendimento da demanda por assistência médica, principalmente, dos extratos sociais mais pobres em comparação a situação prevalecente em décadas anteriores. Na Carta Magna, o caráter público/estatal do direito à saúde no Brasil foi reconhecido e a garantia de seu financiamento ficou estabelecido por meio da aplicação dos recursos públicos gerados pela arrecadação de tributos (BRAVO, 2006). No entanto, a oferta de serviços básicos de saúde no país ainda apresenta algumas contradições.

O Estado brasileiro, nos níveis federal, estadual e municipal, não tem assegurado a sustentabilidade econômica, científica e tecnológica do SUS. Distorções na gestão centralizada do serviço público de saúde como: o uso clientelista dos estabelecimentos públicos, a burocratização das decisões pode ser apontada como algumas das contradições desse sistema (GADELHA & COSTA, 2012). A estrutura do Sistema Único de Saúde, no que se reporta aos

recursos tecnológicos e humanos, não tem sido suficiente para atender à crescente demanda da população do país. Por outro lado, a aprovação da PEC 241 pelo Congresso Nacional, em 2016 no governo Temer, estabeleceu um limite para o teto dos gastos públicos com saúde e educação por 20 anos, que passou a vigorar em 2017. Com o objetivo de conter o déficit fiscal, o governo federal propôs ao congresso que os gastos públicos não poderiam crescer acima da inflação num prazo de vigência de 20 anos. Dessa forma, as despesas orçamentárias nas áreas de saúde e educação não deveriam exceder a variação observada nos índices de preços.

A gestão da saúde possui um papel estratégico nas agendas de desenvolvimento locais devido aos impactos positivos em relação ao bem estar da população. As ações de caráter coletivo pelo Estado representam um papel de grande relevância para a sociedade. No Brasil, a dimensão da pobreza e da desigualdade social não são aspectos que podem ser facilmente corrigidos pelo mercado. Daí a importância da assistência médica e previdenciária pelo poder público garantindo a universalização dos direitos sociais (CONH, 2005)

Desenvolvimento é um processo multidimensional que envolve a dinâmica econômica, social, ambiental e política de um país, estado ou município. Tais dimensões estão interligadas e as políticas públicas devem abranger diversas áreas, desde o estímulo para o crescimento da base produtiva local como também a melhoria das condições sociais da população. As políticas públicas voltadas para a assistência e seguridade social e o acesso a saúde pública constituem pilares essenciais para a construção de uma agenda de governo mais inclusiva.

A Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de propagar e promover o desenvolvimento sustentável ao redor do mundo, realizou uma conferência no ano de 2015 com a participação de líderes e chefes de governos internacionais. Nessa conferência, foi aprovado o documento intitulado Transformando nosso Mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, com 17 objetivos a serem alcançados até o ano de 2030, em áreas que abrangem a sociedade, meio ambiente e economia. Por meio de parcerias entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e os agentes governamentais de nível, municipal, estadual e federal foram estabelecidos planos e metas para promover a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A universalização do sistema de saúde pública possibilita a inclusão de milhares de pessoas pobres e indigentes que não possuem condições de acesso ao serviço oferecido pela rede privada. Investimentos públicos e programas na área de saúde geram benefícios que excedem a seara do setor, proporcionando bem-estar para a população, geração de empregos, inovação e renda. O mercado da saúde no Brasil possui um peso relevante no mercado de trabalho do setor de serviços. O referido segmento gerava, no ano 2015, 14 milhões de empregos diretos e 5 milhões de indiretos, e correspondia a 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua Conta Satélite da Saúde do Brasil.

A partir dessa contextualização, o referido estudo busca analisar a gestão da saúde no estado da Paraíba, tendo como referência a distribuição espacial do sistema público de saúde nas mesorregiões do estado no período de 2000 a 2020, de acordo com os dados fornecido pelo DATASUS e IBGE. Pretende-se também observar o nível de desenvolvimento socioeconômico nessas respectivas áreas da economia estadual e as possíveis interrelações com as dificuldades de acesso da população à assistência médico e hospitalar nas mesorregiões.

A escolha do referido estado deu-se por ser uma unidade da federação que ocupa uma posição periférica na economia nacional e na região nordestina e que apresenta alguns desafios para alcançar padrões satisfatórios de desenvolvimento. Segundo o IBGE, a fragilidade da economia paraibana pode ser constatada em relação ao PIB per capita. No ano de 2016, o valor desse indicador para a Paraíba representava apenas 48% do PIB per capital nacional. No mencionado ano, a participação do PIB paraibano no PIB do país era de apenas 0,9%, enquanto a proporção do PIB da Paraíba no PIB nordestino era de 6.6%. O desempenho pouco satisfatório da economia estadual traz implicações para os indicadores de desigualdade social e de pobreza e afeta também os indicadores de saúde. Daí a importância de se analisar se as estratégias das políticas de saúde no âmbito do espaço estadual estão conseguindo superar o frágil padrão de desenvolvimento socioeconômico.

Para desenvolver o estudo proposto, as seções foram estruturadas da seguinte forma: além desta introdução, a segunda seção apresenta o referencial teórico que dá suporte aos objetivos propostos. A terceira seção aborda a metodologia que serve de base para análise e

discussão das políticas públicas de saúde nas mesorregiões paraibanas. A quarta seção se reporta aos resultados do estudo sobre gestão do sistema de saúde na Paraíba à luz dos indicadores socioeconômicos estaduais. A quinta seção apresenta as considerações finais, seguido pelas referências que deram suporte analítico ao estudo.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

- Analisar a distribuição espacial dos serviços de saúde na Paraíba no que se reporta a rede de estabelecimentos públicos e privados de saúde, o nível de complexidade tecnológica das unidades hospitalares e a quantidade de médicos por mil habitantes, tomando como referência as mesorregiões paraibanas e suas diferenciações socioeconômicas.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Analisar a distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde na Paraíba e a quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva em hospitais privados e da rede do Sistema Único de Saúde nas mesorregiões.
- Discutir a evolução das condições demográficas, sociais e econômicas da população paraibana, na perspectiva espacial das mesorregiões estaduais, no período de 2000/2019.
- Observar se a quantidade de médicos por mil habitantes nas mesorregiões estaduais apresenta sintonia com a demanda por serviços de saúde da população.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No ano 2000, líderes governamentais, chefes de Estado e de governo de países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), reuniram-se em Nova York e definiram esforços globais denominados de Declaração do Milênio. Esse documento, composto por 8 objetivos e metas que visavam promover o desenvolvimento sustentável para os países, pessoas e o planeta, compunham os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com prazo de serem alcançadas até 15 anos. Os ODM geraram alguns resultados importantes nas áreas que tiveram suas metas alcançadas.

Em setembro de 2015, os líderes mundiais se reuniram para aprovar a Agenda 2030, que consistia em um plano de colaboração ainda mais ambicioso que o plano anterior, buscando erradicar a pobreza extrema em toda sua forma, conter as mudanças climáticas, e combater a desigualdade e a injustiça. Para firmar essa Agenda, foram criados 17 objetivos, denominados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), subdivididos em 169 metas. Assim, os governos poderiam definir planos plurianuais de gestão de despesas e receitas públicas bem como estabelecer diretrizes orçamentárias para as diversas instâncias governamentais em sintonia com as metas dos ODS. O progresso no alcance dessas metas se daria através do acompanhamento e análise dos indicadores demográficos, sociais, econômicos e ambientais o que permitiria a comparação dos resultados entre países e regiões e análises históricas. Segundo a ONU, a construção dos ODS no âmbito dos países, estados federados e cidades deveria se nortear por meio de ações e estratégias oriundas dos agentes públicos, privados e da participação da sociedade civil.

Como relatado pela ONU BR (2015) na Agenda 2030, os 17 ODS são os seguintes:

Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos

Objetivo 7. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos

Objetivo 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos

Objetivo 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação

Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles

Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis

Objetivo 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis

Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos

Objetivo 14. Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável

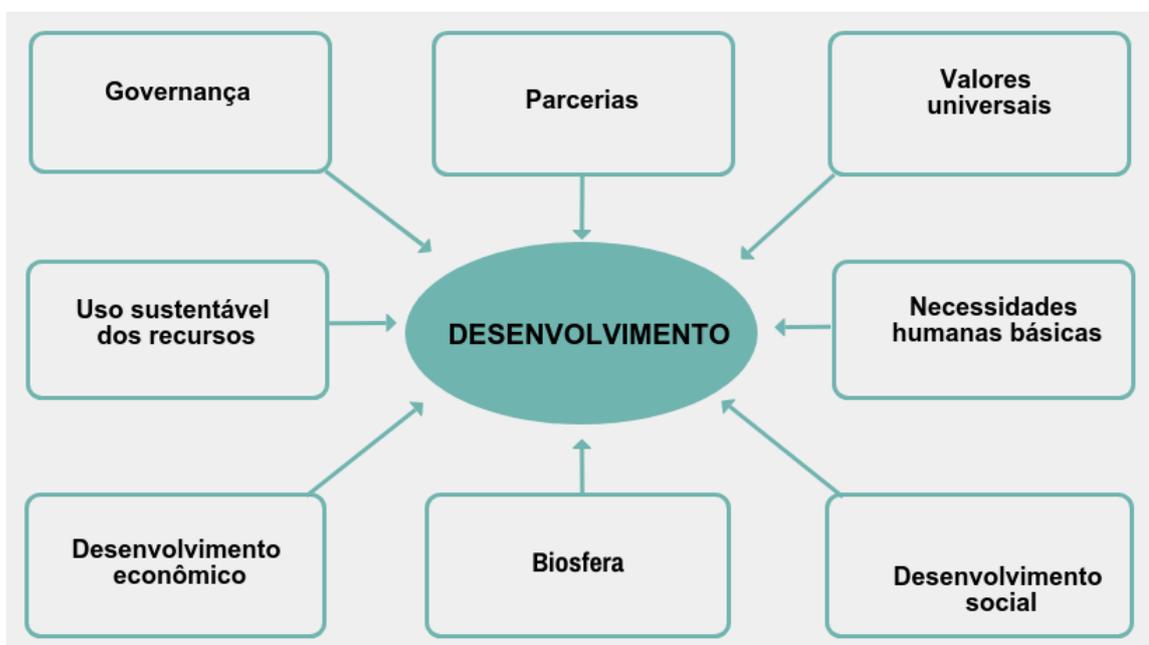
Objetivo 15. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis

Objetivo 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

Em torno da concepção de desenvolvimento proposto pelas Nações Unidas, percebe-se que algumas questões centrais se articulam entre si. Para o alcance do desenvolvimento social, é relevante que a boa governança estimule um padrão de crescimento econômico que seja capaz de atender às necessidades básicas da população como maior oportunidade de trabalho, saúde e educação de qualidade, entre outros aspectos, mas que assegure também o uso sustentável recursos naturais (Figura 1).

**Figura 1 - Elementos para a concepção do desenvolvimento**



Fonte: Elaboração própria a partir da concepção de desenvolvimento proposto pela ONU.

O ODS 3, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, está diretamente relacionado com as políticas públicas e estratégias que possam ampliar o acesso das pessoas ao sistema de saúde e reduzir as desigualdades. No entanto, o Brasil ainda apresenta grandes desafios quanto ao acesso universal e igualitário dos serviços básicos de saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), no caso do Brasil, por exemplo, representam a espinha dorsal de um sistema de saúde cujos pilares é a inclusão e a universalização. No entanto, o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e o tratamento de doenças infecciosas bem como a garantia da saúde materna e a saúde da criança, num país que tem 5.560 municípios, se depara com grandes impasses que vão desde a carência de recursos orçamentários e corte de recursos públicos até aos limites da estrutura médico-hospitalar das esferas municipais (MENEZES; MORRETI; REIS, 2019).

Populações em situação de vulnerabilidade social, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento, são mais expostas ao contágio de uma série de doenças infecciosas. A prevenção do contágio requer um esforço integrado de secretarias municipais e estaduais de saúde e do governo federal em torno da melhoria nos processos de prevenção e no controle de doenças. As estratégias de controle de algumas endemias, por exemplo, envolvem dotação orçamentária para financiar a aquisição de equipamentos médicos e hospitalares, capacitação de recursos humanos, além de aperfeiçoamento na identificação e contenção de surtos (SÁ E BENEVIDES, 2019).

Daí a relevância de estudos e pesquisas que possam avaliar as ações multisetoriais e estruturação do sistema de saúde ao nível estadual, tendo como ponto de partida as condições demográficas e socioeconômicas da população.

## **2.1 A relação entre desenvolvimento e saúde**

Nesta seção, serão abordadas algumas discussões em torno do conceito de desenvolvimento sustentável, dando especial destaque para a questão do acesso à saúde pública para a população.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), desenvolvimento sustentável é definido como o desenvolvimento que busca satisfazer as necessidades da geração atual, sem comprometer as gerações posteriores de satisfazerem suas necessidades. O Brasil começa a incorporar essa questão em sua agenda de governo a partir da década de 2000 em virtude dos esforços gerados pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Conforme destacado por Gadelha, Maldonado e Costa (2008), o Brasil, em seu processo de democratização, incluiu na Constituição Federal de 1988 uma série de importantes direitos sociais, ao inserir a saúde como um dever inerente do Estado e direito da população. A saúde, em sua importância como fator básico de cidadania, é elemento inseparável e estrategicamente importante da dimensão social do desenvolvimento, além de sua importância para a seguridade social. Os autores ainda destacam que a saúde “possui outras características que a tornam área destacada de um projeto de desenvolvimento nacional, como seu peso no PIB e seu potencial inovativo.” (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2008, p. 314)

De acordo com Gadelha e Costa (2012) a saúde tem uma grande importância social na geração de bem-estar, por ser uma condição e direito básico da população, e produz impactos positivos na geração de emprego, renda, e riqueza do país. Conforme estudos do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), atualizados pelo IBGE, o mercado da saúde é responsável pela geração de 14 milhões de empregos diretos e 5 milhões de empregos indiretos. O setor de saúde tem grande peso no consumo nacional, no ano de 2017 foram gastos 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB) no consumo de bens e serviços de saúde, de acordo com dados da Conta Satélite da Saúde do Brasil (2019).

Para Viana e Elias(2007), saúde e desenvolvimento se relacionam “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população”(VIANA; ELIAS, 2007, p. 1.766).

A saúde apresenta um papel estratégico no desenvolvimento. Segundo Gadelha e Costa (2012), as políticas públicas concentradas na área da saúde apresentam implicações

diretas na agenda de desenvolvimento, com uma relação de mútua causalidade que tem se tornado amplamente reconhecida. Tais ações e políticas em saúde geram impactos benéficos que ultrapassam a especificidade do setor. Por outro lado, as condições de saúde de determinada região dependem de outros fatores ligados ao desenvolvimento nacional, como: distribuição de renda, grau de pobreza, condições de trabalho, de alimentação, saneamento, lazer, bem-estar, entre outros fatores.

Barata e Ribeiro (2008) definem condição de saúde da população como um conjunto de informações sobre os principais problemas e estado de saúde apresentados pela população, decorrentes de uma série de complexos fatores correlato com o modo em que as pessoas vivem. Os modos de vida sofrem alterações ao longo do tempo, refletindo as modificações históricas na organização social e de como a renda se distribui entres os diferentes grupos sociais. A ocorrência e a distribuição da saúde e da doença em populações são determinadas por fatores políticos, sociais, econômicos, culturais e simbólicos, ou seja, o modo como as pessoas compreendem a doença e a saúde. Outros elementos são fundamentais para a determinação das condições de saúde, tais como: a política de saúde e a organização do sistema de prestação dos serviços de existentes em cada sociedade.

Além de alteração nos fatores históricos, as condições de saúde estão propicias a grandes mudanças dentro de uma mesma sociedade em uma mesma época histórica. O padrão de distribuição da saúde e da doença de acordo com a característica ou modos de vida e perfil socioeconômico é denominado de perfil epidemiológico de classe. Barata e Ribeiro (2008) destacam que:

Conhecer estes perfis é importante para orientar a tomada de decisão no âmbito da formulação e implementação das políticas de saúde. Conhecer as necessidades de saúde da população é fundamental para o planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários, para a escolha das formas de organização mais apropriadas ao enfrentamento dos problemas e para a avaliação dos possíveis impactos das intervenções adotadas. (BARATA et al. 2008, p. 220)

Fiocruz (2012), ressalta a importância de se considerar a saúde por uma abordagem estruturalista, ao enfatizar os fatores históricos e estruturais particulares da sociedade brasileira, assim como as assimetrias encontradas entre o progresso técnico e do conhecimento e necessidades locais.

## **2.2 Universalidade da Saúde no Brasil: impasses e desafios**

Embora a universalidade da saúde no Brasil viesse sendo desenhada há algum tempo, com implementação do sistema de vacinação e maior atenção à saúde de trabalhadores formais, a universalidade foi realmente estabelecida como princípio básico no acesso à saúde, quando em resposta vitoriosa à Reforma Sanitária, foi assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196)

A aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, o SUS, que corresponde ao modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Composto por uma série de diretrizes e princípios para todo o território nacional, que estão diretamente relacionados a concepção ampla do direito à saúde e responsabilidade do Estado na garantia desse direito, atribuindo, em sua estrutura político-institucional, instrumentos e estruturas para democratizar e descentralizar a saúde, além de hierarquizar e permitir a participação comunitária. À iniciativa privada, é permitido participar desse sistema de maneira complementar, segundo contrato de direito público ou convênio, tendo prioridade as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

O SUS é pautado em três princípios básicos, os de universalidade, integralidade e equidade. O princípio de universalidade assegura que cada indivíduo tenha direito a saúde, sendo esta fornecida pelo Estado por ações e serviços de saúde, atuando tanto na prevenção quanto na promoção de saúde. Por sua vez, o princípio da integralidade parte do conceito de que todo indivíduo é um todo indivisível e está inserido em uma comunidade. Isto significa que a saúde engloba todos os aspectos biológicos e psicossociais pessoais e comunitários, sendo necessário este princípio para um sistema de saúde integral que valorize as minorias e demandas comunitárias. O princípio de equidade, baseado nos princípios anteriores, é o de fornecer cuidado desigual a pessoas desiguais, considerando necessidades e práticas individuais dentro

do que foi estabelecido para o todo, visando assim diminuir as disparidades regionais e sociais (BRASIL, 2001).

Para que estes princípios fossem bem aplicados, foram amparados em princípios organizacionais e operativos, como a descentralização dos serviços, que prevê que a gestão do SUS seja responsabilidade da União, dos entes federados e dos municípios, sendo responsabilidade da união (Ministério da Saúde) apenas aquilo que os estados (Secretarias Estaduais) e municípios (Secretarias Municipais) não podem executar. Esta articulação entre os níveis governamentais é essencial para que aconteça outro princípio organizacional importante: A hierarquização da rede.

A hierarquização da rede de saúde consiste na organização crescente de complexidade dentro da assistência de saúde em cada localidade, partindo da atenção primária à atenção terciária, ainda que por meio de consórcios intermunicipais ou interestaduais quando indisponíveis. Além da territorialização, para que a gestão desta rede funcione de maneira a atender as necessidades locais de forma individualizada, todas as esferas de gestão, municipais, estaduais e federal, contam com um conselho de saúde de caráter deliberativo, conforme representado na figura 2. Neste conselho, participam gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários da rede de saúde. Os conselhos, em especial municipais, além de promover aproximação entre o povo as decisões tomadas pelo poder público, propiciam que decisões mais humanizadas, democráticas e particularizadas sejam tomadas.

O Sistema de Saúde foi minuciosamente planejado para atender aos princípios descritos da maneira mais independente possível. No entanto, embora estivesse prevista a participação complementar de serviços privados, de acordo com Sousa (2014), esta dualidade no processo depende muito da organização e gestão pública para coexistir de maneira efetiva. A realidade atual mostra que frequentemente a má gestão, que leva à baixa remuneração dos profissionais de saúde e à falta de infraestrutura adequada, acabou fazendo com que uma parte significativa dos recursos fossem direcionados à iniciativa privada (Figura 2).

**Figura 2 - Estrutura institucional e decisória do Sistema Único de Saúde**



Fonte: SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas. p. 36

Por fim, Sousa (2014) reforça que, como consequência destas condições, muitos profissionais dão preferência para a iniciativa privada, de forma que não valorizam o SUS, sendo essa desvalorização motriz para que muitos profissionais não desenvolvam vínculo ou compromisso com seu trabalho no setor público, direcionando atenção e zelo diferentes no atendimento público, por enxergá-lo como caridade, quando comparado à iniciativa privada. Esses comportamentos levam a um ciclo vicioso de desvalorização, que, após 20 anos de implementação do SUS, contribuiu para a precarização do sistema e limitação dos recursos por conta da apropriação privada. Nesse sentido, criam-se grandes desafios para que o princípio da universalidade seja atendido satisfatoriamente.

### 2.3 O Plano Estadual de Saúde na Paraíba

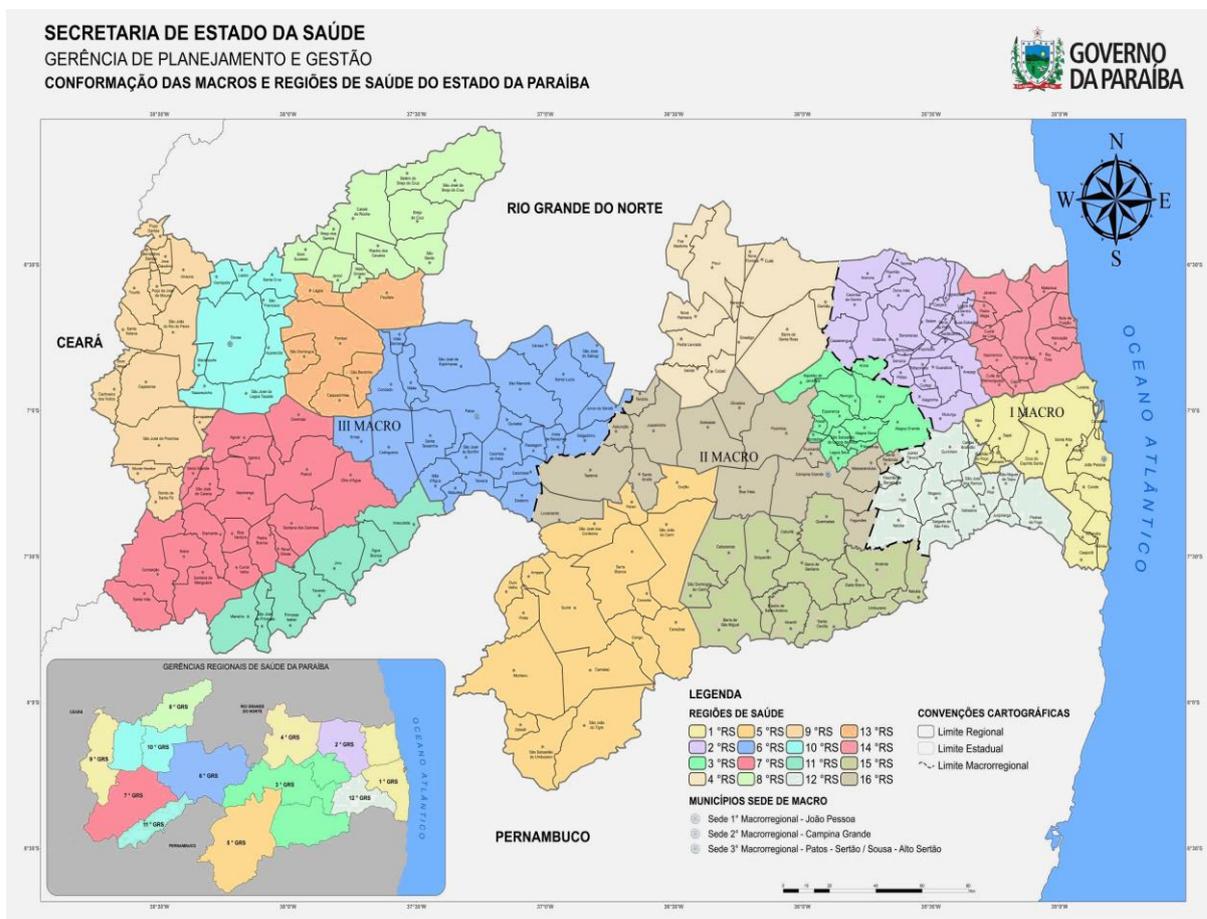
Segundo o governo da Paraíba, o Plano Estadual de Saúde (PES), criado em fevereiro de 2016 no governo de Ricardo Coutinho, é a representação dos planos do Governo da Paraíba com a saúde e com a construção da cidadania do povo paraibano para os anos de 2016-2019.

Na perspectiva da referida gestão estadual, o Plano sistematizaria um conjunto de proposições do governo estadual na área da saúde, expressando as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (2016), o PES apresenta-se como instrumento para a gestão, tornando cada vez mais uma necessidade à medida que o Sistema Único de Saúde (SUS) avança e consolida. A elaboração do plano partiu da análise de situações de saúde do estado da Paraíba e respectiva gestão do SUS, tal como da viabilidade técnica, financeira e política, identificação e priorização dos principais problemas, a fim de possuir informacional para subsidiar o planejamento, a operacionalização, o monitoramento e avaliar as ações e serviços de saúde, de acordo com as particularidades de cada uma das 16 Regiões de Saúde do Estado. Nesse sentido, o PES visa contribuir de maneira significativa para a construção de políticas públicas que melhorem as condições de saúde e de vida em todos os municípios do estado paraibano, por meio de cumprimento de metas, responsabilidade e compromisso da gestão.

Presente desde a Constituição Federal de 1988, a Regionalização da Saúde, configura-se em um eixo estruturante do SUS e vem sendo aprimorado ao longo do tempo, desde então, como estratégia para o fortalecimento da participação dos gestores no processo de discussão e negociação, para a efetiva gestão do sistema de saúde, com o intuito de garantir à população seus direitos constitucionais. Desse modo, o planejamento da saúde em âmbito estadual foi realizado de maneira regionalizada, organizada em 16 regiões de saúdes distribuídas em 4 Macrorregiões, abrangendo os 223 municípios (Figura 3).

**Figura 3 - Macrorregiões e Regiões de Saúde na Paraíba.**



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Vale ressaltar que o estado da Paraíba apresenta significativas desigualdades intraestaduais. A maioria de seus municípios possui um contingente populacional entre 2.000 e 10.000 habitantes, classificados como de pequeno porte. Apenas os municípios de João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Patos possuem população superior a 100.000 habitantes.

Mesmo com planejamentos tecnicamente elaborados para o atendimento da saúde pública, é comum as gestões estaduais se depararem com uma realidade socioeconômica bastante complexa além das limitações impostas pelo próprio orçamento público. Insuficientes níveis de arrecadação fiscal, baixos investimentos públicos, ao lado de economias locais pouco dinâmicas, interferem na gestão das políticas de saúde e contribuem para necessidade de integralização do SUS

Em seu plano, a Secretaria de Estado da Saúde (2016) destaca que o processo de condução da regionalização no SUS é parte inerente de uma complexa tarefa executada pelo estado, por envolver consenso, distribuição de recursos financeiros, negociações, construção e revisão de mecanismos de decisão para a condução do processo com a participação do coletivo.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Baseado na classificação proposta por Silva e Menezes(2005), este estudo consiste em uma pesquisa aplicada ao objetivar gerar conhecimento voltada para aplicações práticas e dirigir à soluções de problemas específicos. Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, é classificado como uma pesquisa bibliográfica ao fundamentar a teoria por meio de materiais já publicados, tais como: artigos, periódicos, monografias, dissertações, relatórios, teses e outros meios disponibilizados na Internet.

Quanto aos objetivos propostos, de acordo com Gil(1989) , trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, pois busca explorar a realidade e adquirir mais conhecimento sobre desenvolvimento paraibano em função do sistema de saúde, e descrever os fatos e fenômenos com exatidão.

Referente a abordagem, a pesquisa é de natureza quantitativa, isto é, segundo Zanella (2013) é aquela com finalidade de medir relações entre variáveis, por meio de emprego de técnicas e instrumentos estatísticos, tanto no processo de coleta como no tratamento dos dados. Assim, será utilizado dessa abordagem para interpretação dos dados secundários obtidos por meio de instituições oficiais de pesquisa. As fontes de pesquisa para obtenção e análise dos dados demográficos e sociais do estado da Paraíba foram obtidas dos: DATASUS, Conta-Satélite de Saúde IBGE, Portal IBGE/ODS, Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, SIDRA e Censos Demográficos do IBGE.

Para análise dos dados de saúde, foram utilizadas as seguintes fontes de dados secundários: O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere a quantidade de médicos do SUS e de instituições privadas até dezembro de 2019, e DATASUS, em referência aos números de estabelecimentos de saúde e demais dados relacionados a saúde. Para análise dos dados socioeconômicos, fez-se uso das seguintes fontes de dados secundários: o Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), Censos Demográficos do IBGE e o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS). O recorte geográfico das

mesorregiões paraibanas, elaborada pelo IBGE, será utilizada para o presente estudo devido as diferenciações socioeconômicas presentes na Paraíba.

O indicador Índice de envelhecimento da Paraíba, até o ano de 2010, foi calculado pelo IBGE e disponibilizado no SIDRA. O ano de 2019 foi calculado pelo autor, os dados referentes a população utilizados para o cálculo do índice no ano de 2019 fora a projeção populacional do IBGE por faixa etária disponibilizado no SIDRA, com a mesma metodologia utilizada pelo IBGE em seus cálculos.

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade}}{\text{Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}} * 100 \quad (1)$$

O indicador Taxa de mortalidade infantil, calculada pelo IBGE, representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Desse modo, estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. As taxas de mortalidade infantil classificam-se em alta, 50 ou mais, média, entre 20 e 49 e baixas, menor que 20. Refletem de maneira geral baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

O PIB per capita foi calculado a partir dos dados do Produto Interno Bruto a preços correntes, impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos a preços correntes e valor adicionado bruto a preços correntes total e por atividade econômica, e respectivas participações, dividido pela população estimada dos respectivos anos, ambos fornecidos pelo IBGE e disponíveis no SIDRA. Os valores foram dessazonalizados por IPCA anualizado a preços de 2019, realizado pelo autor. Referente ao PIB das mesorregiões utilizou-se os dados até o ano de 2010, devido ser a data do último Censo realizado.

Os dados concernentes a população total atendida com abastecimento de água e esgoto são disponibilizados pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) a nível municipal, foi realizado a somatória dos dados municipais a nível das mesorregiões.

As despesas com saúde e saneamento per capita foram calculadas a partir das despesas por função saúde e saneamento fornecidos pelo Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional, os dados estavam disponíveis a nível estadual a preços correntes, foi realizado a somatórias dos valores a nível de mesorregião e dividido pela população estimada das mesorregiões nos respectivos anos, os valores foram dessazonalizados por IPCA anualizado a preços de 2019.

A razão de número de médicos a cada 1000 habitantes por mesorregião fora calculada a partir do número de médicos por municípios fornecidos pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) no Datasus, dividido pela população estimada dos respectivos anos, ambos fornecidos pelo IBGE e disponíveis no SIDRA, multiplicando por 1000, os valores municipais foram agregados a nível de mesorregião.

O indicador leitos de UTI total e do SUS a cada 100 mil habitantes por mesorregião foram calculados de acordo com o número dos leitos de UTI de cada município fornecido pelo CNES, agregando-os ao recorte de mesorregião, foram contabilizados apenas os leitos de UTI adultos, divididos pela população estimada fornecida pelo IBGE.

Devido à variedade de indicadores envolvidos na pesquisa, é válido ressaltar que os recortes temporais são diferenciados ao longo da seção de resultados, desse modo, utilizou-se dados mais recentes disponíveis para a efetiva análise.

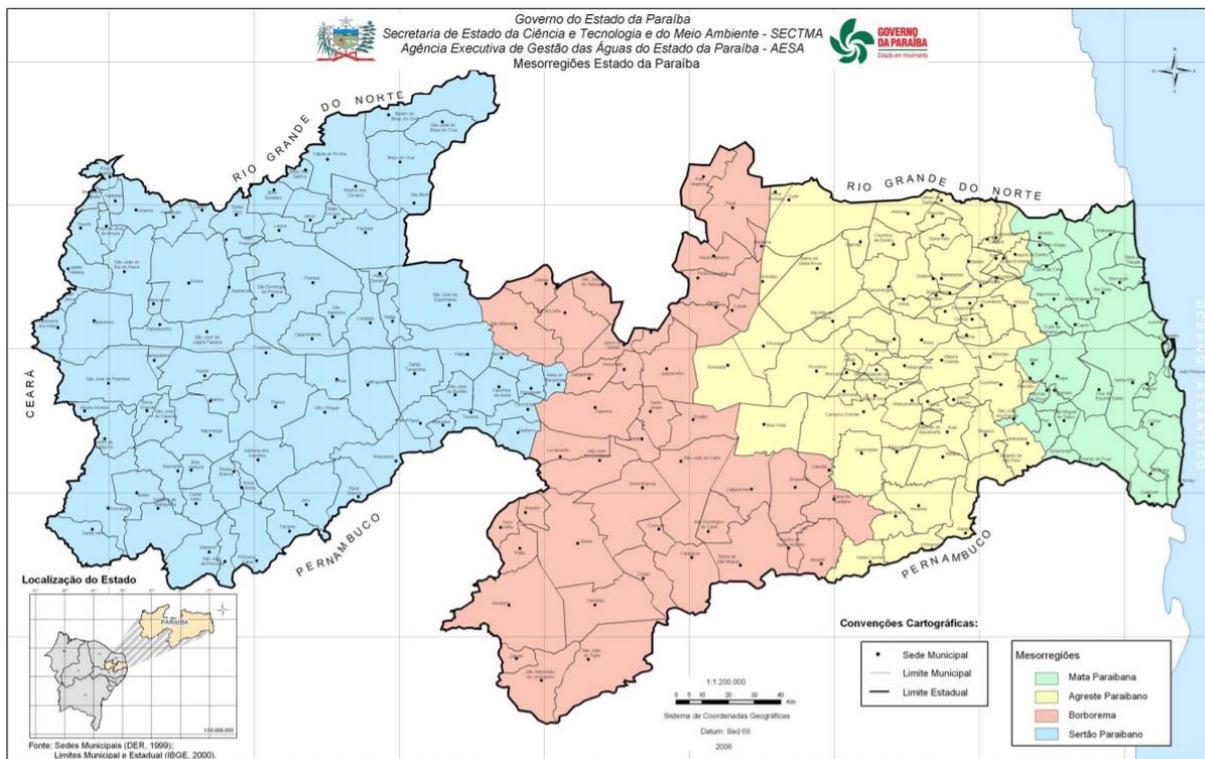
## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Condições demográficas e sociais das mesorregiões paraibanas**

Situado na região Nordeste do Brasil, o estado da Paraíba é composto por 223 municípios, distribuídos em 4 mesorregiões e 23 microrregiões (Figura 4). De acordo com o IBGE (2019), a Paraíba é o quinto estado mais populoso do Nordeste e o 13º do Brasil. A população estimada paraibana, em 2019, era de 4.018.127 habitantes, um acréscimo de 5,6% em relação a 2010. O último censo realizado, em 2010, aponta que 1/3 da população paraibana residia na zona rural, em oposição a 2/3 da zona urbana, aproximadamente. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2017), o estado apresentou um (IDH-M), no ano de 2017, de 0,722 detendo 20ª posição entre as 27 Unidades da Federação.

Para alcançarmos uma compreensão mais abrangente acerca do perfil socioeconômico da Paraíba entre os anos de 2005 a 2019, consideramos metodologicamente relevante analisar a economia estadual a partir da configuração espacial de suas mesorregiões. Essas áreas do estado, como tentaremos mostrar nessa seção, apresentam aspectos muito singulares e explicam algumas diferenciações demográficas, sociais, da estruturação da produção e do mercado de trabalho que persistem até a fase recente. Os instrumentos à disposição dos governos para a formulação e implementação de políticas públicas nas áreas de saúde, previdência e assistência social, entre outras, devem tomar com ponto de partida os aspectos estruturais das economias estaduais.

As Mesorregiões paraibanas estão divididas entre: Agreste Paraibano, Borborema, Mata Paraibana e Sertão Paraibano. No tocante a demografia das mesorregiões a Mata Paraibana destaca-se por ser a mais povoada, a qual abrange a região da capital do Estado, João Pessoa. Nas últimas décadas, a população residente estimada dessa mesorregião aumentou cerca de 25,8% no período de 2001 para 2019, como observado no Gráfico 05. As mesorregiões do Agreste Paraibano, Borborema e Sertão Paraibano, no mesmo período apresentaram um crescimento populacional médio de 11%. Por outro lado, a mesorregião da Borborema é a menos povoada, e destaca-se por possuir 40% de sua população na região rural, de acordo com o último censo realizado.

**Figura 4 - Mapa territorial da Paraíba dividido por mesorregiões**

Fonte: Governo do Estado da Paraíba.

Com base na Tabela 01, observa-se que a taxa de fecundidade da Paraíba acompanha a tendência de queda registrada pela região Nordeste, com taxas abaixo do nível de reposição de 2,10 filhos, com declínio de 28,57% entre 2000 e 2019, com 1,75 filhos por mulher.

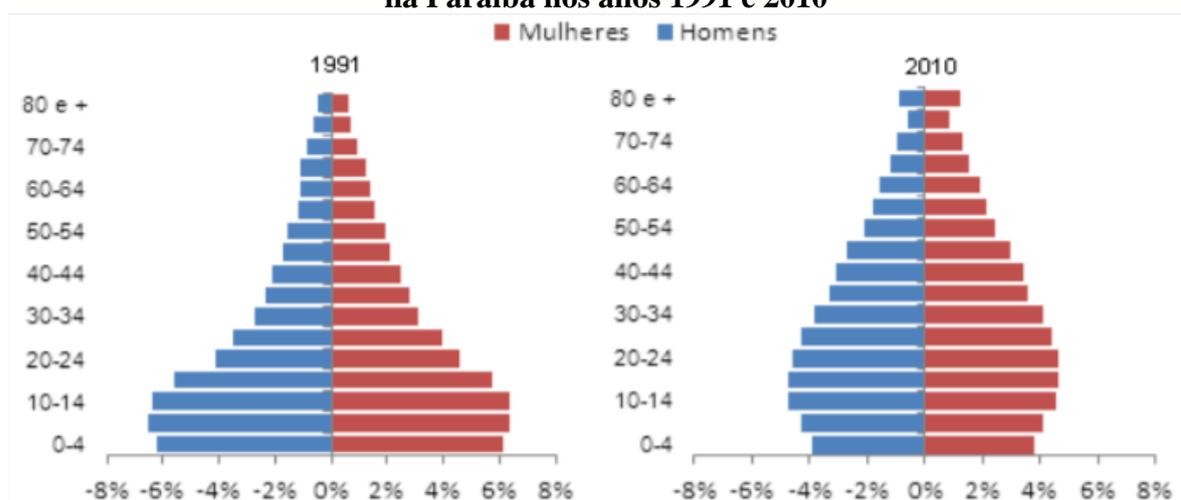
**Tabela 01 – Taxa de fecundidade total estimada e diferença relativa. Brasil, Região Nordeste e Paraíba, 2000, 2010 e 2019**

<b>Região e Unidade da Federação</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2019</b>	<b>Diferença Relativa 2000/2019 (%)</b>
<b>Brasil</b>	2,32	1,75	1,77	-23,71
<b>Nordeste</b>	2,59	1,82	1,74	-32,82
<b>Paraíba</b>	2,45	1,76	1,75	-28,57

Fonte: IBGE – Projeção da População.

As pirâmides etárias, demonstradas nos gráficos 1 e 2, evidenciam as céleres mudanças na estrutura etária da população paraibana, pelo achatamento da base, especificamente nos grupos até 14 anos, e aumento no topo nos grupos acima de 60 anos, indicando o envelhecimento da população e redução da taxa de fertilidade.

**Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Paraíba nos anos 1991 e 2010**



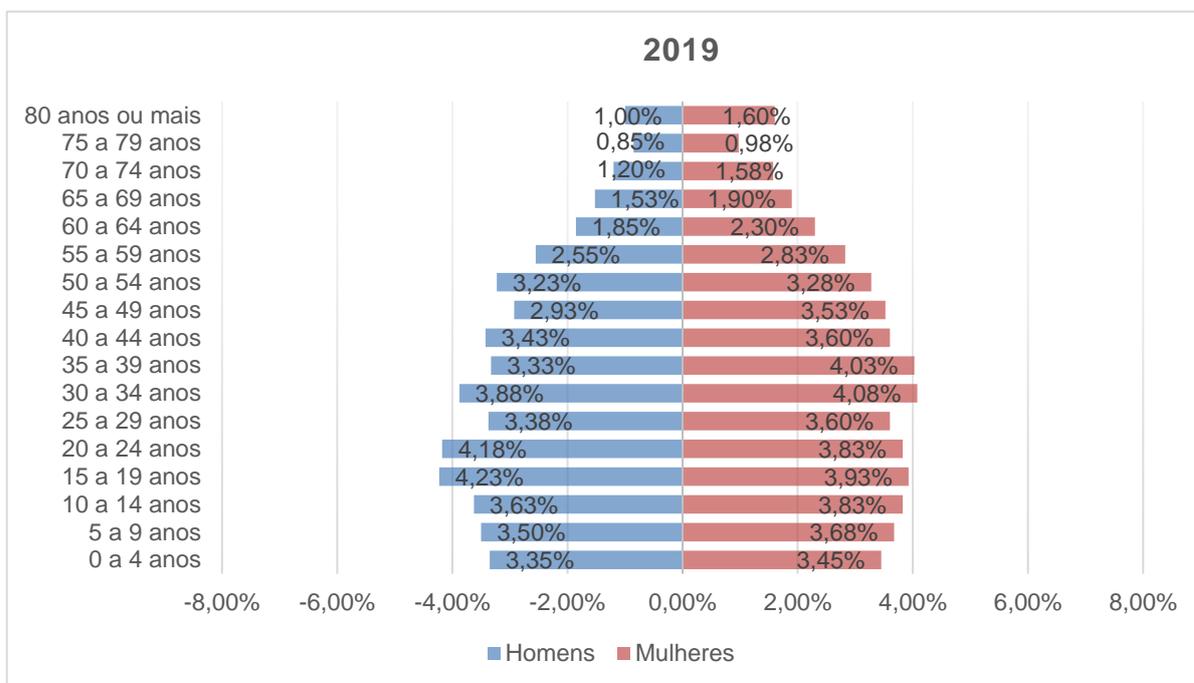
Fonte: Plano Estadual de Saúde (2016).

A população idosa cresceu 3 pontos percentuais, de 12% para aproximadamente 15% entre 2010 e 2019, enquanto a população mais jovem diminuiu de 24% em 2010 para 21,4% em 2019, uma queda de 2,6 pontos percentuais. O envelhecimento da população é resultado das mudanças rápidas observadas na taxa de fecundidade e da expectativa de vida. Tais mudanças podem ser observadas no Gráfico 03, que demonstra o índice de envelhecimento na Paraíba entre os anos de 1991 e 2019. Valores elevados do índice indicam que a transição demográfica se encontra em estágio avançado.

A progressiva queda nas taxas de natalidade e de mortalidade observados na Paraíba também é um fenômeno nacional e mundial. As transformações na estrutura etária caminham aceleradamente na direção do envelhecimento da população. É importante ressaltar que o envelhecimento populacional em países com grandes assimetrias sociais como o Brasil traz grandes impactos para a qualidade de vida. A proporção de pessoas idosas aumenta

consideravelmente sem terem ocorrido importantes conquistas sociais quanto ao acesso aos serviços básicos de saúde de qualidade no âmbito das políticas públicas sociais.

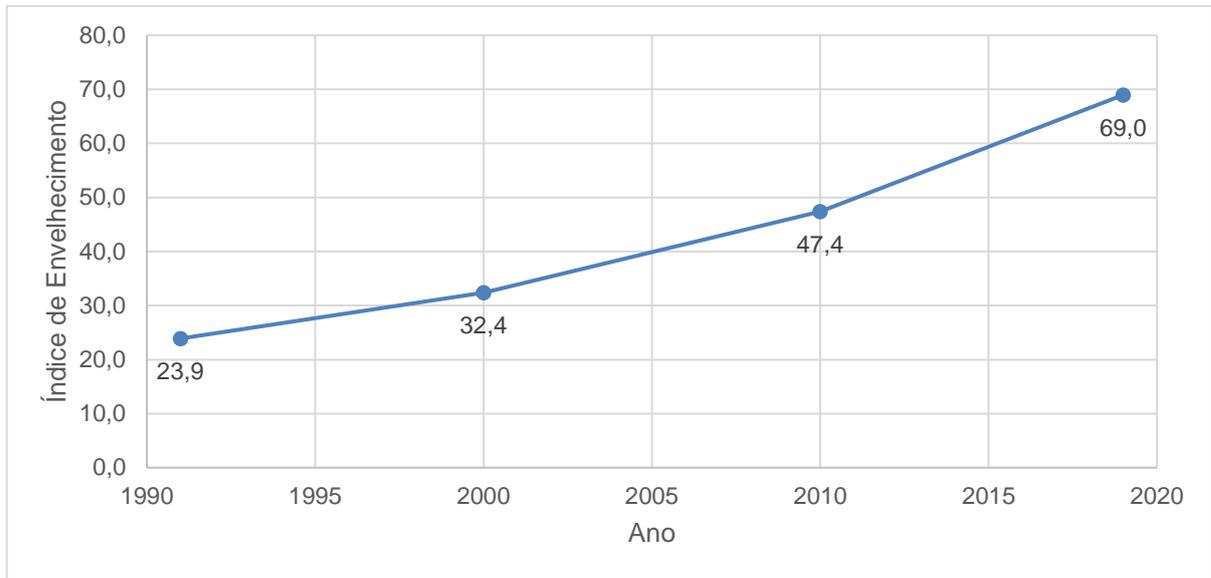
**Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, na Paraíba em 2019**



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 1ª visita. Elaboração própria.

As causas para as alterações no padrão reprodutivo no país e nas regiões estão associadas a necessidade de limitação da família diante de um mercado de trabalho competitivo e excludente, ao acesso a novos métodos contraceptivos e às mudanças socioculturais.

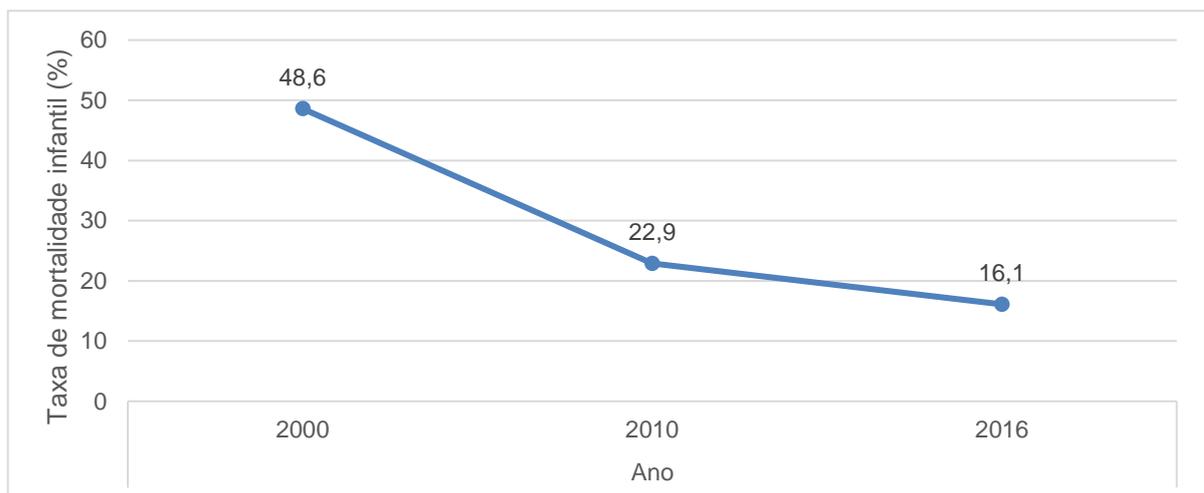
**Gráfico 3 - Índice de envelhecimento Paraíba 1991 a 2019**



Fonte: IBGE, ano de 2019 calculado pelo autor.

A taxa de mortalidade infantil (Gráfico 4) é outro indicador relevante para a análise demográfica, pois repercute o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura em torno de elementos como: a desnutrição infantil e as infecções associadas a ela. A qualidade e o acesso dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil.

**Gráfico 4 - Taxa de mortalidade infantil na Paraíba, de 2000 a 2016**



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil.

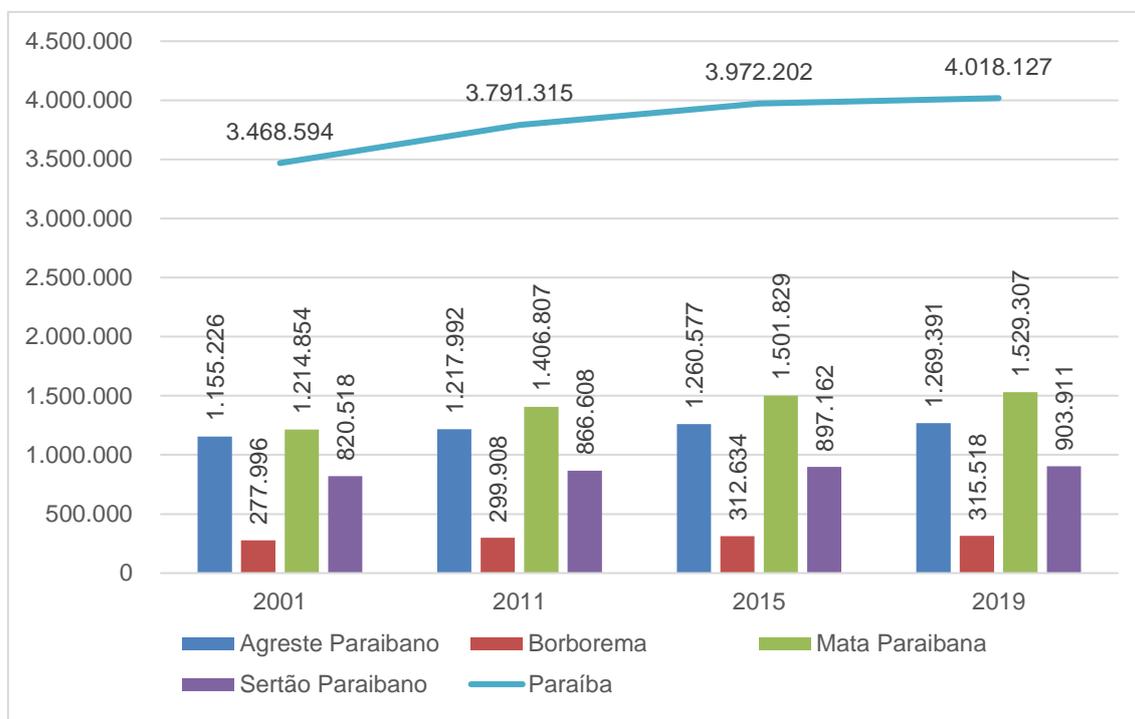
De acordo com projeções do IBGE, a Taxa de mortalidade infantil no ano de 2016 na Paraíba era de 16,1%, reduziu 66,8% em comparação ao ano 2000. Redução significativa, porém o indicador continua superior ao nacional, de 13,3 no mesmo período. Desse modo, pode-se perceber a fragilidade e desigualdade do sistema de saúde paraibano.

#### **4.2 As desigualdades econômicas intraestaduais**

Conforme os dados das Contas Nacionais e Regionais do IBGE, o estado da Paraíba tinha um PIB de R\$ 64 bilhões no ano de 2018, situando-se na 19ª posição entre as unidades da federação. No referido ano, o PIB estadual apresentava a seguinte composição: 35% representava a participação da administração pública, 35% correspondia à contribuição do PIB do setor de serviços, 14% era a participação do comércio, 7%, 5% e 4% representavam as participações percentuais da indústria de transformação, construção civil e agropecuária, respectivamente. O PIB per capita paraibano cresceu 15,9% no período de 2010 a 2018, passando para R\$16.710,68 (Gráfico 06) em 2018, o terceiro menor dentre os estados brasileiros.

No Gráfico 5, é possível observar uma concentração espacial da população paraibana em torno da mesorregião da Zona da Mata. Em 2015, do total de 4.018.127 habitantes na Paraíba, 38% residia na referida mesorregião. A Mata Paraibana agrega um conjunto de aspectos que contribui para sua posição privilegiada na economia estadual. Mais da metade do PIB da Paraíba, em 2010, era produzido nesse espaço. Os municípios de João Pessoa, Santa Rita, Cabedelo e Bayeux, possuem várias unidades produtivas industriais e empreendimentos no setor de serviços que geram economias de aglomeração e maiores oportunidades de emprego em comparação a outras áreas do estado. O polo cimenteiro instalado recentemente no Litoral Sul, também concorre para o maior dinamismo da mencionada área estadual.

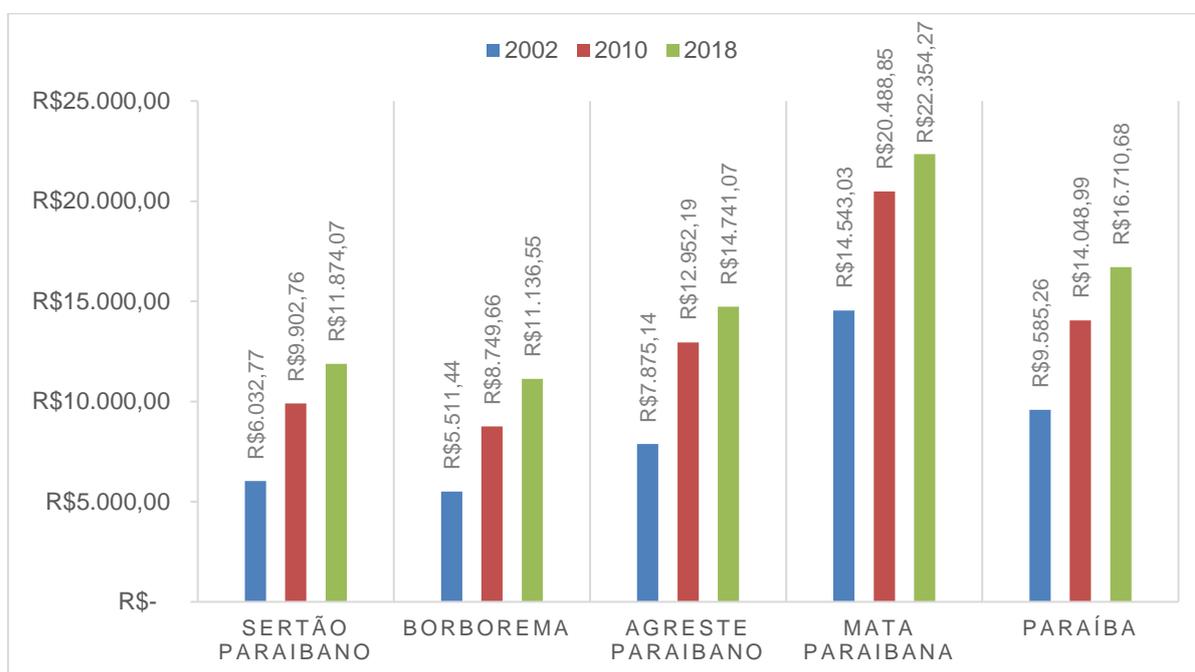
**Gráfico 5 - População residente estimada (pessoas), Paraíba e mesorregiões, 2001, 2011, 2015 e 2019**



Fonte: IBGE - Estimativas de População.

O Agreste paraibano ocupava a segunda posição no que se refere à distribuição espacial da população da Paraíba. Fica evidente que, entre os anos de 2001 e 2019, os processos migratórios em direção a essa área do estado se ampliaram. No Agreste, se destaca a dinâmica econômica do polo industrial de Campina Grande bem como a produção de algumas fábricas de segmentos da indústria de transformação em Boa Vista, Queimadas e Guarabira. A mesorregião do Sertão (903.911) ocupava, em 2019, o terceiro lugar na distribuição territorial da população do estado, com 22,4 % do total. Por último, no aludido ano, na mesorregião da Borborema (315.518) estavam 7,8% da população estadual. É oportuno destacar que essa concentração espacial revela não só as diferenciações quanto às condições naturais que existem nessas mesorregiões como os aspectos climáticos, a dotação de recursos hídricos, a composição do solo e características de relevo como a fatores históricos associados ao processo de ocupação do espaço paraibano e os impactos das políticas estaduais de desenvolvimento.

**Gráfico 6 - Produto Interno Bruto per capita, a preços de 2019 deflacionado a IPCA anualizado, Paraíba e mesorregiões, 2002, 2010 e 2018**



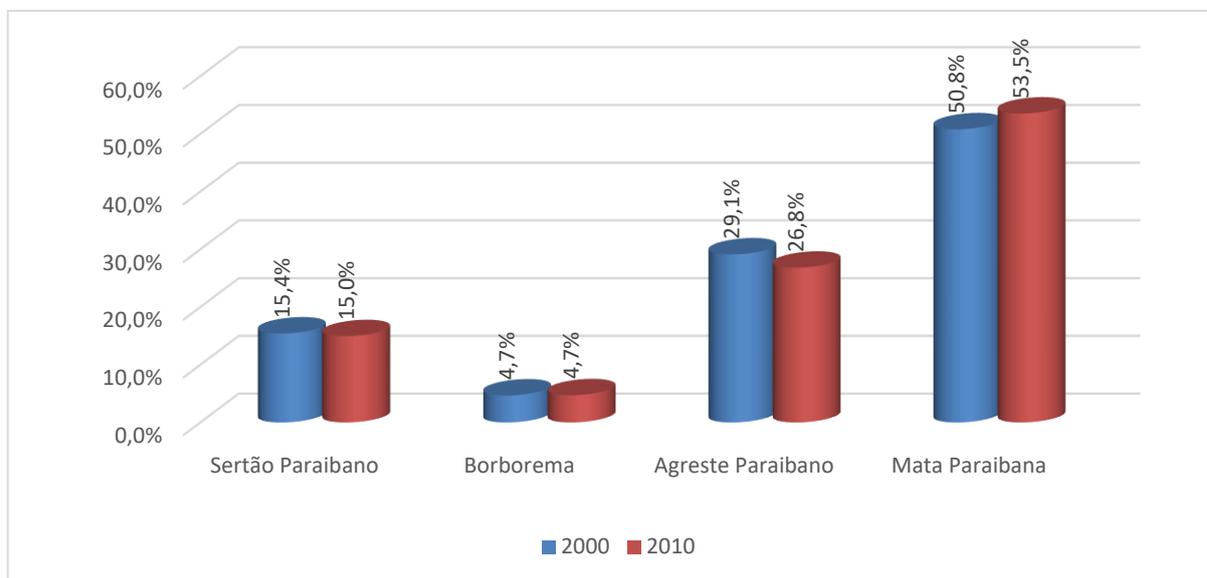
Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo.

Dados deflacionados pelo autor com base no IPCA 2019 anualizado.

A Mata Paraibana possui o maior PIB per capita entre as mesorregiões da Paraíba, com R\$22.354,27 em 2018, valor superior até mesmo que o PIB per capita estadual. Em contrapartida, a mesorregião da Borborema possui o menor PIB per capita do estado, com R\$11.136,55 em 2018, mesmo com um crescimento real de 21,4% entre 2010 e 2018. Vê-se que há uma grande diferenciação entre a área mais próspera da economia estadual e a área mais débil, que só representa 49,8% do PIB per capita da Mata Paraibana. O baixo PIB per capita da Borborema reflete a fragilidade econômica e social da mesorregião, tendo em vista que o PIB está relacionado com a qualidade de vida. De acordo com o Censo 2010 53,5% do PIB paraibano concentra-se na mesorregião da Mata Paraibana, já a mesorregião da Borborema corresponde a apenas 4,7% de participação (Gráfico 7). As frágeis condições sociais podem ser observadas a partir dos indicadores apresentados no Gráfico 9, sobre o número de domicílios com acesso a rede geral de esgoto e água canalizada.

### Gráfico 7 - Distribuição do PIB entre as Mesorregiões paraibanas

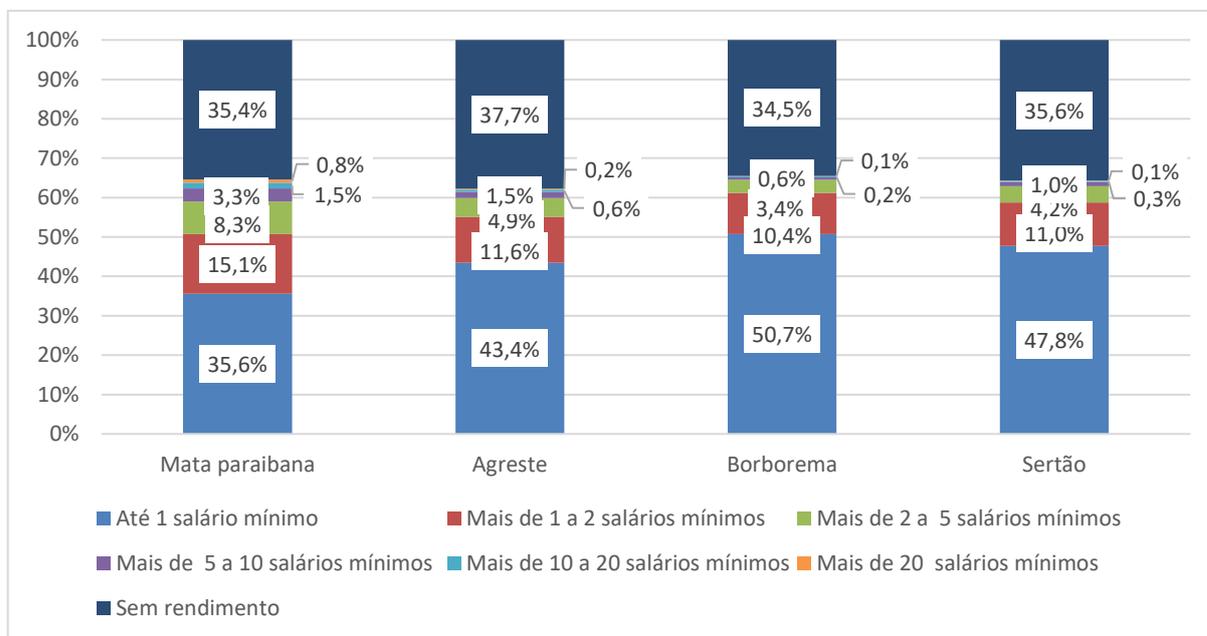
nos anos de 2000 e 2010



Fonte: IBGE – contas Regionais e Nacionais, 2010.

É notório a grande concentração de renda, populacional e de infraestrutura básica, como será mostrado mais adiante, na mesorregião que abrange a capital do estado, ressaltando ainda mais as desigualdades econômicas e sociais entre as mesorregiões da Paraíba. O indicador da distribuição populacional por faixa de salário mínimo (Gráfico 8) corrobora essa análise. De acordo com dados do IBGE do Censo de 2010, percebe-se que a maior parcela da população das mesorregiões do estado possui rendimento de até 1 salário mínimo, um nível médio salarial que cria restrições para o acesso aos planos privados de saúde. A maior parte da população do estado depende da saúde pública. Dentre as mesorregiões, a Mata Paraibana é a que apresenta a menor concentração populacional com renda de 1 salário mínimo, somando 35,6%, no ano de 2010.

**Gráfico 8 - População por faixa de salário mínimo nas mesorregiões paraibanas, pessoas ocupadas, 2010**



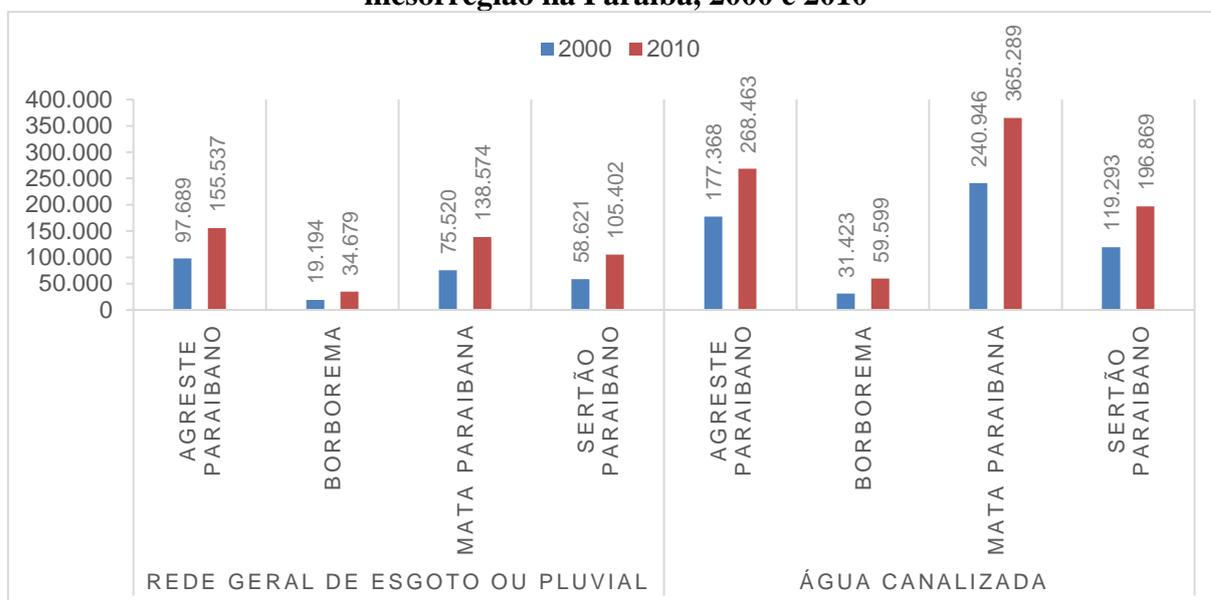
Fonte: IBGE Censos Demográficos

Nas mesorregiões do Agreste e do Sertão Paraibano, parcela significativa das pessoas ocupadas no mercado de trabalho, em 2010, estava na faixa de até 1 salário mínimo, com 43,4% e 47,8%, respectivamente. Chama atenção a elevada concentração de trabalhadores nas faixas mais reduzidas de salário na mesorregião da Borborema. Mais da metade da população ocupada detinha uma renda de até 1 salário mínimo. Por outro lado, cabe frisar que, nessa área geográfica, prevalecia a menor infraestrutura de acesso à água canalizada e saneamento do Estado. Desse modo, observa-se que uma parte significativa do contingente populacional residente nas áreas menos dinâmicas do estado não possuía condição de custear os gastos com saúde, além de outros bens e serviços necessários para o alcance da qualidade de vida.

Os serviços de saneamento básico afetam de modo direto no bem estar e desenvolvimento da sociedade como um todo, sendo um dos itens que mais interferem nas metas para alcançarem os ODS. Apesar de sua importância, apenas uma parcela da população possui acesso a distribuição de água potável, coleta e tratamento de esgoto, drenagem e coleta

de resíduos sólidos. No ano de 2019, como relatado no Gráfico 10, segundo dados do SNIS, 73% da população paraibana era atendida com abastecimento de água e apenas 34% com acesso a esgotamento sanitário.

**Gráfico 9 - Domicílios com acesso a rede geral de esgoto e a água canalizada por mesorregião na Paraíba, 2000 e 2010**



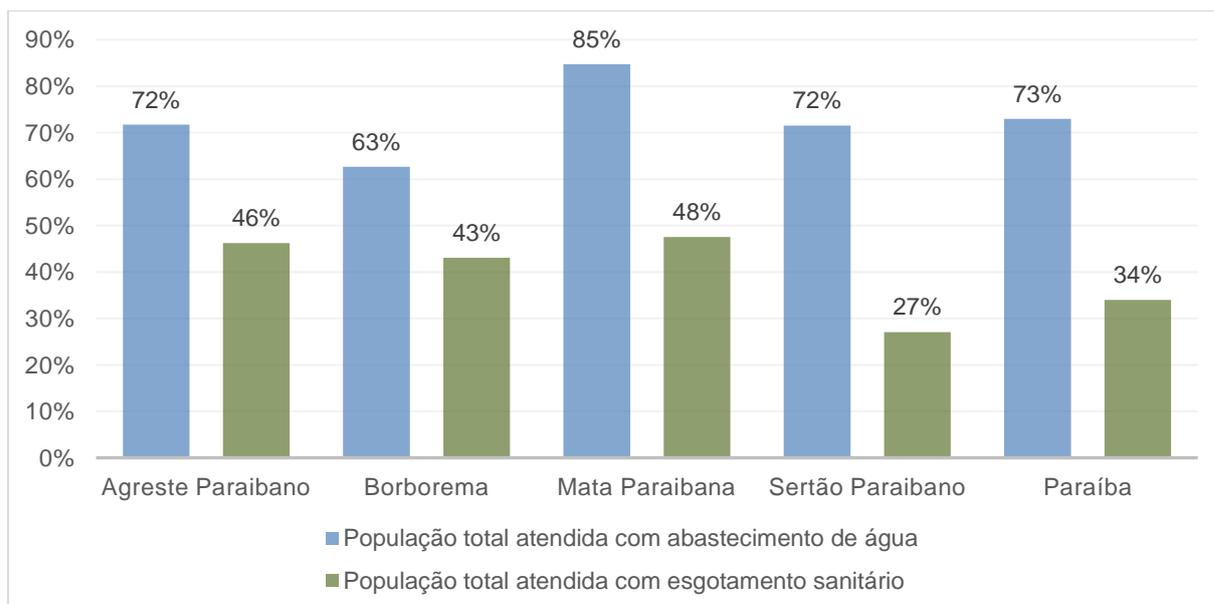
Fonte: Censo IBGE.

Na perspectiva mesorregional, de acordo com o Censo IBGE, a população residente na Mata Paraibana era a que tinha, em termos relativos, o maior acesso ao serviço de água canalizada e ao sistema de drenagem e rede de esgoto em 2010. O Sertão Paraibano, por sua vez, correspondia a área que exibia os indicadores mais precários quanto ao acesso da população à rede de esgoto sanitário. Apenas 27% dos residentes nessa área do estado dispunha desse serviço básico em 2010. Além de relativamente pouco abastecida de rede geral de esgoto ou pluvial, a mesorregião da Borborema ocupava, em 2010, a última posição quanto ao abastecimento de água canalizada. Um quadro de infraestrutura de serviços essenciais marcado por grandes diferenciações entre as mesorregiões do estado e bastante preocupante, pois o acesso a esses serviços são fundamentais para uma vida digna e com saúde.

É pertinente destacar que os investimentos no setor de infraestrutura básica, de um lado, impactam na geração de emprego, renda e nos valores dos ativos imobiliários. As obras para implementação, manutenção e expansão do saneamento básico geram oportunidades de

ocupações laborais, desse modo, contribui para o desenvolvimento econômico da mesorregião. Por outro lado, o acesso da população ao serviço de saneamento e rede geral de esgoto contribui para a redução de diversas doenças, tornando-se assim uma política de saúde pública e de inclusão social.

**Gráfico 10 - População total atendida com abastecimento de água e esgoto, Paraíba e mesorregião, 2019**



Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento -SNIS

Também estão ligados de forma direta ao IDH-M, pois o acesso ao saneamento afeta o desenvolvimento social. O tratamento deficitário de esgoto afeta o meio ambiente negativamente, debilitando o potencial turístico de uma região e causa impacto direto na segurança hídrica, que favorece a propagação de doenças.

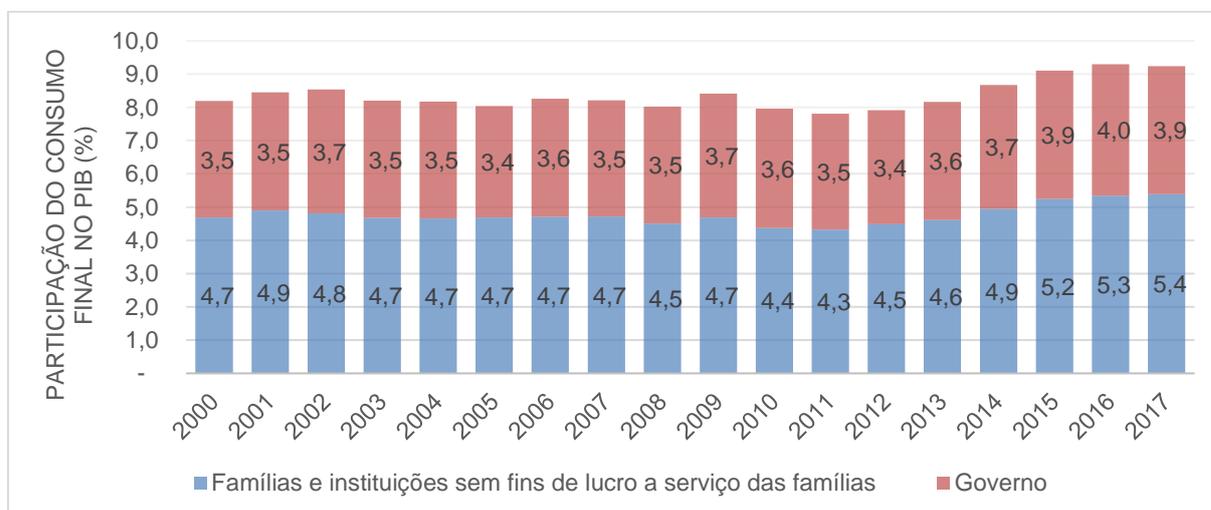
Infraestrutura e saneamento básico são bases essenciais da organização espacial das cidades que devem ser valorizadas pelos gestores locais. Sem investimentos nesses setores, o avanço de outras importantes áreas, como a saúde, é afetado e está fadado a medidas que consumem ainda mais recursos públicos e retardam o desenvolvimento sustentável.

### 4.3 A distribuição espacial do serviço de saúde na Paraíba

A saúde é um direito social básico e necessário a todos e está direta e estrategicamente correlacionado ao desenvolvimento. As despesas com saúde no Brasil possuem participação relevantes do consumo final do PIB, os gastos com saúde somaram R\$ 608,3 bilhões em 2017, cerca de 9,2% do Produto Interno Bruto. De acordo com a Conta-Satélite de Saúde (2019), elaborada pelo IBGE, as despesas com saúde possuíam uma participação de 8% do PIB. A partir do ano de 2015, essa participação passou para 9% PIB (Gráfico 11). No entanto, em 2017, foi registrado o primeiro recuo no total de gastos com saúde desde 2011.

Desde o início da série histórica, a participação das famílias nas despesas com saúde no país superou a parcela do governo em volume. No ano de 2010, o gasto do governo representava 3,6% do PIB, chegou a 4% em 2016. Na fatia das famílias ficou em 4,3% em 2010, caiu para 4,2% no ano seguinte, e seguiu elevando até 5,4% em 2017 (Gráfico 11).

**Gráfico 11 - Despesas com saúde no Brasil. Participação do consumo final no PIB (%), 2000 a 2017**



Fonte: Conta-Satélite de Saúde 2010-2017 (2019).

A elevação dos gastos públicos e privados com saúde está diretamente relacionado ao envelhecimento da população e às circunstâncias relacionadas ao aumento de doenças

endêmicas e epidêmicas<sup>1</sup>. A gestão da saúde pública no Brasil é operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo foi estruturado para oferecer, de modo universal, o acesso gratuito ao atendimento médico e hospitalar. No entanto, como abordado na seção Revisão de literatura, há alguns anos, o SUS enfrenta diversos desafios para oferecer os recursos tecnológicos e humanos necessários para a cobertura universal dos serviços de saúde. Cabe frisar que o Sistema Único de Saúde é uma estrutura complexa e com grande capilaridade nos estados e municípios brasileiros. Para alcançar a efetividade na prestação de serviços, além da dotação de uma rede médico hospitalar diversificada, as ações entre os níveis de governo precisam ser realizadas de maneira coordenada e integrada.

O governo da Paraíba, no ano de 2019, empenhou cerca de 2,57 bilhões de reais com despesas em saúde e saneamento. O Gráfico 12 apresenta as despesas per capita com saúde e saneamento em cada mesorregião do estado. Constatou-se que, nos anos de 2000 e 2010, a mesorregião da Zona da Mata foi a que exibiu os maiores gastos per capita com saúde, enquanto o Sertão foi a que teve o menor gasto per capita.

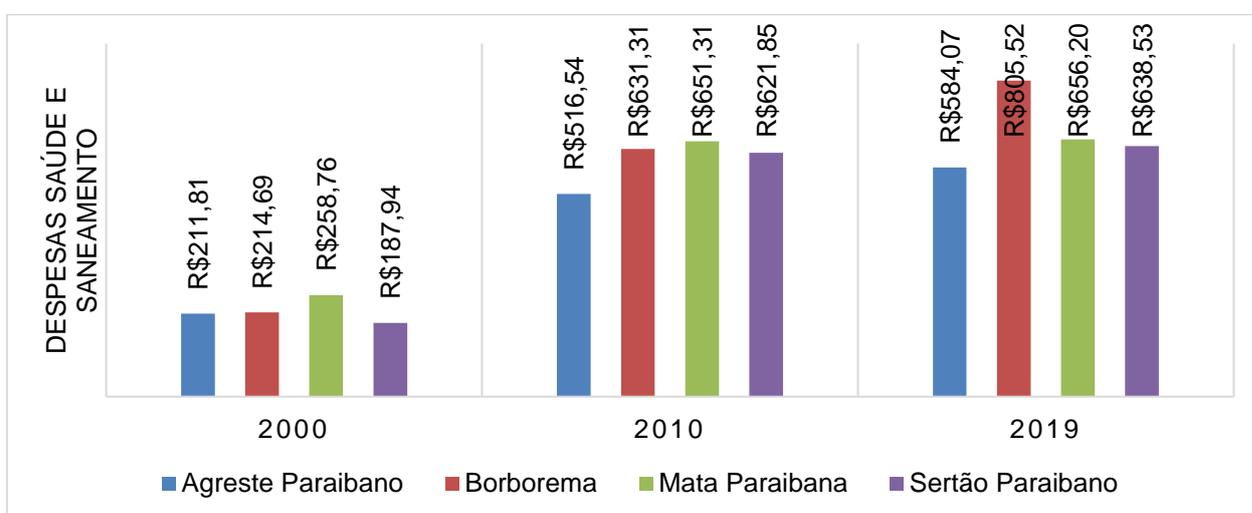
Como abordado na seção anterior, as mesorregiões do Sertão e da Borborema foram as que detiveram os indicadores mais precários de acesso da população ao sistema de saneamento e tratamento de esgoto e de água canalizada. Esse é um aspecto que está relacionado diretamente às limitações de uma política pública de saúde preventiva. Por outro lado, também foram essas áreas que exibiram uma maior concentração de pessoas ocupadas na faixa de até um salário mínimo. Uma população com baixos salários, em geral, tem dificuldades de adquirir serviços privados de saúde, desse modo, o sistema público de saúde, baseado nos princípios da universalidade e da integralidade da atenção, torna-se essencial para a coletividade que precisa acessar serviços médicos como diagnóstico de doenças, tratamento e reabilitação dos pacientes.

---

<sup>1</sup> As principais doenças endêmicas no Brasil foram e são, a malária, a febre amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filarioses, a peste, a doença de Chagas, além do tracoma, da boubá, do bócio endêmico e de algumas helmintíases intestinais, principalmente a ancilostomíase. De modo geral, uma doença epidêmica é aquela que atinge diversas regiões e países.

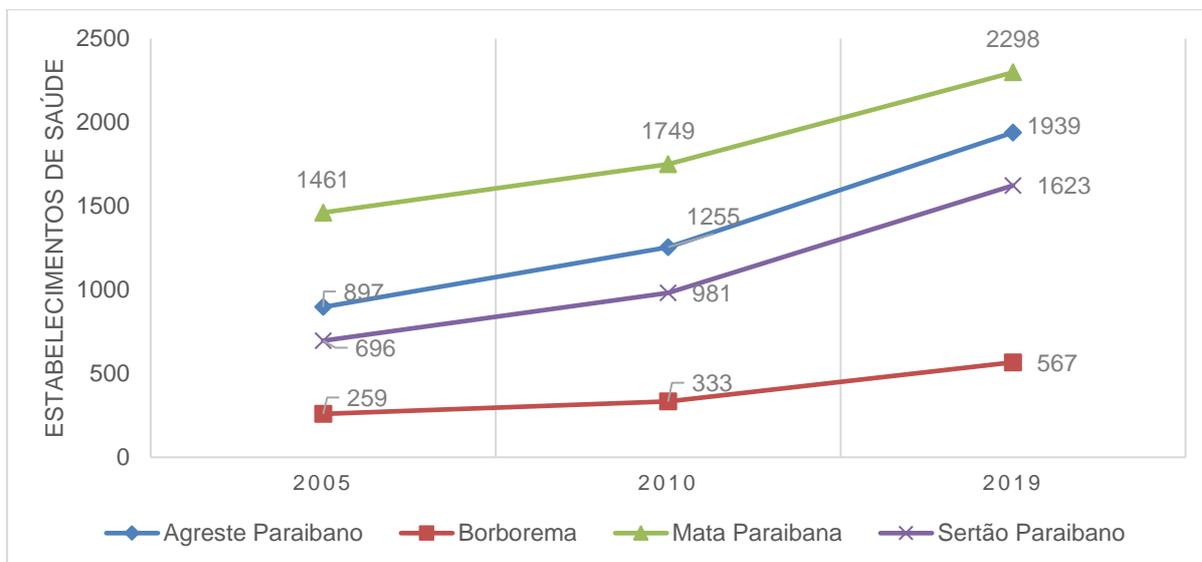
Em 2019, um fato que merece atenção é uma mudança na distribuição mesorregional das despesas com saúde e saneamento em favor de uma área mais débil da Paraíba do ponto de vista socioeconômico. A mesorregião da Borborema deteve a maior despesa per capita com saúde e saneamento realizada pelo governo estadual, de R\$ 805,52. Porém, o Sertão ficou em último lugar, com uma despesa per capita em torno de R\$ 584,07.

**Gráfico 12 - Despesas por função - saúde e saneamento per capita, por mesorregião, 2000 a 2019**



Fonte: Ministério da Fazenda - Secretaria do Tesouro Nacional, a preços de 2019, dessazonalizado por IPCA anualizado pelo autor.

Os recursos para a saúde pública devem ser alocados da melhor maneira a promover o acesso aos serviços de saúde para toda população. O número de estabelecimentos de saúde cresceu em média 90% nas áreas da Paraíba no período de 2005 a 2019, conforme o Gráfico 13. O significativo aumento dos estabelecimentos de saúde, em tese, resulta em maior acesso da população a saúde, podendo ser observadas pela redução da taxa de mortalidade infantil.

**Gráfico 13 - Estabelecimentos de Saúde da Paraíba por mesorregiões**

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

Por outro lado, mais de 65% dos estabelecimentos estavam concentrados em duas mesorregiões do estado. As áreas com maior quantidade de estabelecimentos de saúde foram as da Mata Paraibana e Agreste Paraibano, que acabam tendo que suprir a demanda da população das outras mesorregiões do estado. A mesorregião da Borborema foi a menos provida com unidades de saúde. Em 2019, haviam 567 estabelecimentos na referida área, o que representava apenas 24,6 % do total de estabelecimentos de saúde localizados na Zona da Mata.

Outro ponto a ser analisado é distribuição de médicos entre as mesorregiões do estado da Paraíba para se ter uma noção se todas as áreas do estado estão bem guarnecidas com a oferta desses profissionais da saúde. No ano de 2019, a razão de médicos por 1.000 habitantes na Paraíba era de 2,04, valor superior a razão da região Nordeste de taxa 1,69, e 19,9% inferior a taxa brasileira de 2,11.

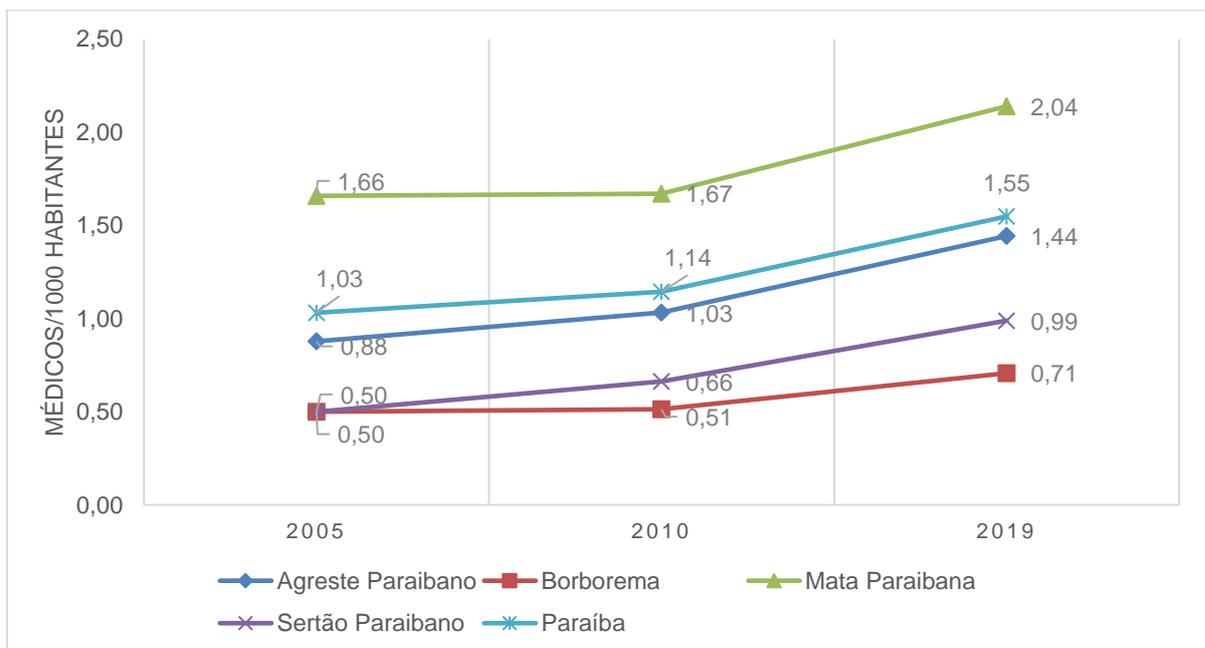
As regiões Norte e Nordeste tinham as piores proporções, com todos os estados abaixo da média nacional. De acordo com a Demografia Médica no Brasil 2020 (SCHEFFER et al. 2020), dentre os estados nordestinos, a Paraíba era o que possui a maior razão. Um fator que, possivelmente, contribuiu para essa maior razão na Paraíba é a presença de 8 cursos de medicina, distribuídas pelas cidades de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

Presentes em quase todas as mesorregiões do estado com exceção da mesorregião da Borborema.

A distribuição de médicos no território paraibano evidencia a concentração desses profissionais na capital do estado, João Pessoa, e na região de Campina Grande. No que se reporta as mesorregiões, a Mata Paraibana e Agreste Paraibano (Gráfico 14) foram as que detiveram as maiores proporções. A razão de médicos dessas áreas estaduais foi de 1,55 e 1,44 respectivamente em 2019. Por outro lado, a situação no Sertão Paraibano e na Borborema é bastante assimétrica, com razão média de 0,99 e 0,71, respectivamente. Tal concentração espacial revela a limitação que a população, localizada nas áreas economicamente mais frágeis do estado, tem em relação ao acesso ao serviço público de saúde, principalmente no Sertão Paraibano e na Borborema.

A meta para o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação é que o Brasil atinja a proporção de 2,5 médico por 1.000 habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) não define ou recomenda números necessários de médicos por habitante devido as particularidades e circunstâncias de cada região. Por exemplo, no Brasil há enorme desigualdade entre a disponibilidade de médicos nas capitais e nas cidades do interior.

**Gráfico 14 - Médicos a cada 1000 habitantes, Paraíba e mesorregião 2005, 2010 e 2019**



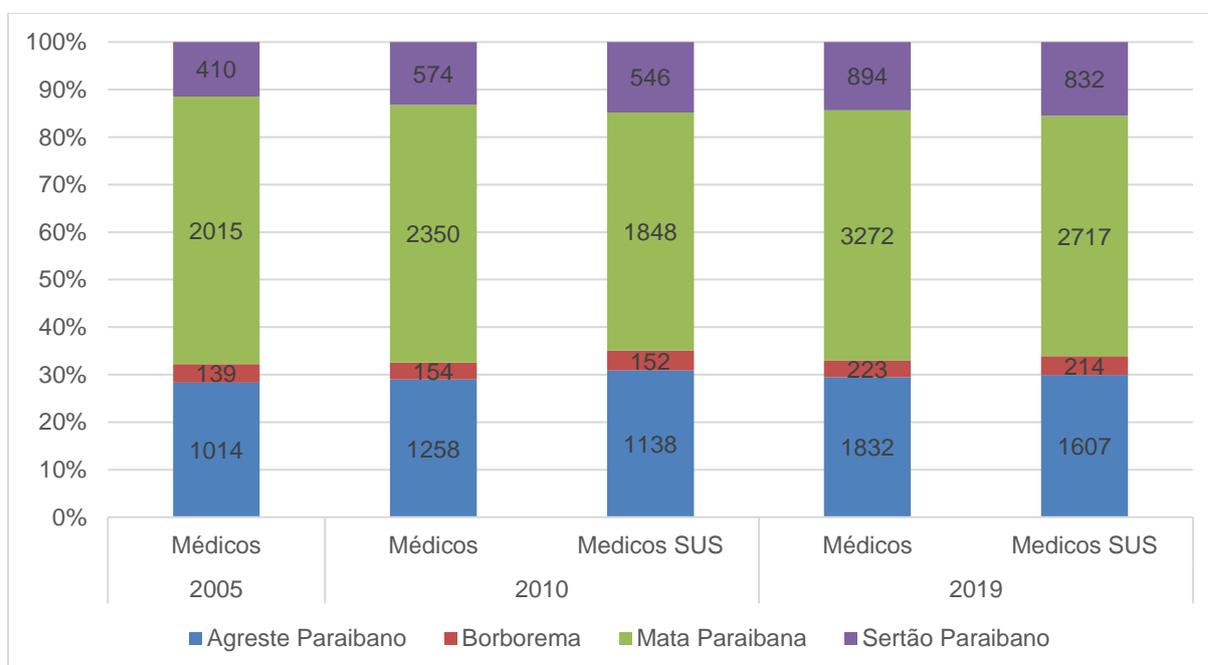
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

O Gráfico 15 reforça a desigualdade entre as regiões do Estado ao revelar que no decorrer dos anos, mais de 80% dos médicos prestavam serviços profissionais majoritariamente na Mata Paraibana e no Agreste Paraibano. Quando se analisa a distribuição dos médicos que prestavam serviços no SUS na Paraíba, mais uma vez, constata-se algumas diferenciações. Em 2019, o contingente desses profissionais que trabalhava em estabelecimentos públicos de saúde, na mesorregião da Mata Paraibana, era 6,5 vezes maior que o número de médicos atuando no SUS na mesorregião da Borborema.

Para analisar a distribuição dos serviços de saúde de alta complexidade pelas mesorregiões do Estado, foi escolhido o indicador razão leitos de UTI para cada 100.000 habitantes. Métrica utilizada pela OMS que, antes da pandemia da COVID-19, recomendava como suficiente a existência de 10 a 30 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes. No Gráfico 16 são apresentados o indicador para cada mesorregião.

No ano de 2019, a mesorregião da Mata Paraibana possuía 18,9 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes, esta era a área com a maior estrutura de serviços de alta complexidade do estado.

**Gráfico 15 - Quantidade de médicos por mesorregião na Paraíba**



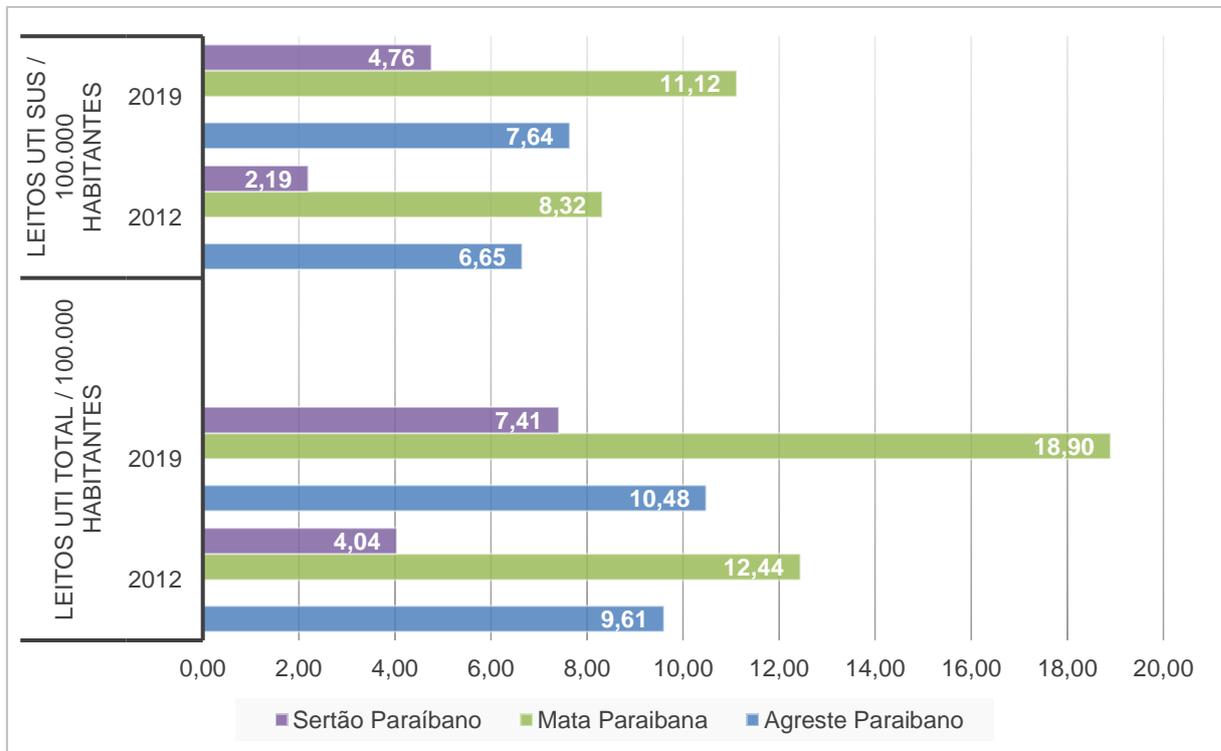
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

No mesmo período, o Agreste Paraibano possuía 11,12 leitos de UTI, enquanto o Sertão Paraibano detinha apenas 7,41 leitos, valor menor que a recomendação da OMS. A mesorregião da Borborema não possuía leitos de UTI. Tais dados revelam a baixa complexidade dos serviços de saúde no estado da Paraíba, principalmente na mesorregião da Borborema e no Sertão Paraibano (Gráfico 16).

Em relação a disponibilidade de leitos de UTI no SUS, a situação agrava-se ainda mais, apenas a mesorregião da Mata Paraibana tinha um indicador dentro do valor recomendado, com 11,12 em 2019. O Agreste e Sertão paraibano possuíam a razão de 7,64 e 4,76, respectivamente. Em geral, nas áreas com condições socioeconômicas mais frágeis, a população tende a apresentar maiores problemas de saúde e demandar diversos serviços de saúde pública. Cabe frisar que, ao lado da reduzida quantidade de leitos e recursos hospitalares, somam-se também o precário Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas prefeituras municipais localizadas nas áreas menos dinâmicas da economia estadual, bem como o número insuficiente de Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros aspectos.

É importante mencionar que cada município paraibano possui uma secretaria de saúde, que são responsáveis por auxiliar o Governo do Estado em seu plano estadual de saúde. Com isso, essas instituições deveriam estar focadas em minimizar os riscos para a saúde pública da população por meio de políticas de promoção de saúde.

**Gráfico 16 - Leitos de UTI total e SUS a cada 100.000 habitantes, por mesorregião, 2012 e 2019**



Fonte: Elaboração própria com base em CNES.

Os municípios assumem a responsabilidade de zelar pela qualidade da água, da habitação, e da alimentação de sua população. Devem também, conduzir a vigilância epidemiológica e sanitária e atuar de forma integrada com os serviços de atenção básica com metas e objetivos para reduzir a mortalidade por causas infecciosas.

A expansão do número de unidades de saúde e da proporção de médicos por habitantes por si só não é suficiente, é necessário melhorar a qualidade da estrutura para atendimento e criar políticas públicas que incentivem a fixação de médicos nas regiões mais vulneráveis, desse modo, regionalizando os ODS por todas as regiões do Estado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo geral a discutir e analisar a distribuição espacial dos serviços de saúde na Paraíba no que se refere a rede de estabelecimentos públicos e privados de saúde, o grau de complexidade tecnológica das unidades hospitalares e a quantidade de médicos por mil habitantes nas mesorregiões paraibanas, tomando como base as diferenciações demográficas, sociais e econômicas existentes no âmbito estadual.

Observou-se que uma proporção significativa da população paraibana está localizada nas mesorregiões da Mata Paraibana e do Agreste. Foi possível constatar que essas áreas estaduais exibiram os melhores resultados nos indicadores socioeconômicos e de infraestrutura social básica. A Mata Paraibana apresentou um Produto Interno Bruto per capita superior ao da Paraíba e uma distribuição salarial menos concentrada nas faixas de salário menores. Por outro lado, esta área estadual foi a que teve a maior porcentagem de população atendida com água encanada e esgotamento sanitário no estado. A grande concentração de renda, demográfica e de infraestrutura social básica na Mata Paraibana contribui para a continuidade das desigualdades econômicas e sociais entre as mesorregiões da Paraíba.

Verificou-se que a população da Paraíba está passando por transição demográfica devido ao crescimento do índice de envelhecimento juntamente com o alargamento do topo da pirâmide etária, aspecto que requer políticas públicas de saúde que atendam, com efetividade, esses grupos etários.

De forma geral, foi possível perceber um aumento no conjunto dos serviços de saúde nas mesorregiões do estado no período histórico analisado, tais como o aumento no número de médicos, dos estabelecimentos de saúde e leitos de UTI. Por outro lado, esse crescimento ainda não parece ser suficiente para atender a demanda por serviços médicos e hospitalares da população paraibana, tendo em vista que a grande maioria do sistema de saúde está centralizada nas regiões da Mata Paraibana e Agreste Paraibano. Essa concentração espacial tende a sobrecarregar a estrutura estadual de urgência e emergência e os serviços da rede hospitalar das

referidas áreas, pois a população residente nas demais mesorregiões, em busca serviços de saúde de alta complexidade, migram para os mencionados centros urbanos do estado.

Constatou-se que a mesorregião da Borborema é a mais vulnerável dentre as regiões do estado, com menor PIB per capita, frágil acesso da população a água encanada, baixo números de estabelecimentos de saúde, baixa quantidade de médicos por mil habitantes e a ausência de Leitos de UTI tanto no serviço público e privado, mesmo sendo a área que possui as maiores despesas com saúde e saneamento per capita.

O estudo realizado teve algumas dificuldades no que se reporta ao acesso aos dados, principalmente os fornecidos pelo Ministério da Saúde, pois as bases de dados existentes são de difícil utilização e incompatíveis, dado a constante mudança metodológica e a falta de periodicidade das pesquisas, aspecto que dificulta o desenvolvimento de análises mais detalhadas, principalmente no nível regional. As bases de dados, principalmente em relação a saúde sofreram ataques de hackers em 2019 e 2020, que revelavam a desorganização e falta de segurança dos dados armazenados. A ausência do Censo 2020 também impediu uma coleta e análise mais precisa do tema proposto. Sugere-se a replicação futura da análise em um recorte espacial a nível municipal juntamente com os dados que serão fornecidos pelo Censo 2021.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. de. ANDRADE, E. de O. **O SUS e o direito a saúde do brasileiro: leitura dos seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura.** Revista Bioética, Brasília, DF: CFM, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.
- BARATA, R. B; RIBEIRO, M. C. S. **Condições de Saúde da População Brasileira.** In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro – Editora FIOCRUZ, 2008. 143-181.
- BRASIL. **Constituição Federal.** Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: outubro 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: SUS: princípios e conquistas.** Brasília, DF: Ministerio da Saude, 2001.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Site. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: setembro 2020.
- BRAVO, M. I. de S. **Política de saúde no Brasil.** In: Mota, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.
- Carvalho, Laura & Nassif Pires, Luiza & de Lima Xavier, Laura. (2020). **COVID-19 e Desigualdade no Brasil.** 10.13140/RG.2.2.27014.73282.
- COHN, A. **O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, N. T. et al. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005.
- CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.** 2005. 342 f.
- ELIAS, P. E. **Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set. 2004.

FIOCRUZ et al. **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

Disponível em: <[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo\\_saude\\_brasil\\_2030.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf)>. Acesso em: novembro 2020.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel S. de Varge; COSTA, Laís Silveira. **O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde**. In: GIOVANELLA, L., et al. orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

2nd. ed. rev. andenl. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em SciELO Books

<<http://books.scielo.org>>. Acesso em: outubro 2020.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 46, n. suppl 1, p. 13–20, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000062.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª edição ed. São Paulo, Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista**. Revista APS, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.

MENEZES, A. P. do R; MORETTI, B.; REIS, A.C.dos R. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 5, P. 58-70, Dez- 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU BR. **A Agenda 2030**. Tradução Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/> Acesso em: junho 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** In: Textos para discussão n. 1376, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**, Paraíba 2016-2019. Publicado em fevereiro/2016.

PNUD, O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **As Perguntas Mais Frequentes sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, 2016. Disponível em: <<https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODS/undp-br-ods-FAQ.pdf>> Acesso em: junho 2020.

PNUD Brasil, **Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017**, 2019. Disponível em: <

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9150/1/Radar%20IDHM\\_evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20IDHM%20e%20de%20seus%20%C3%ADndices%20componentes%20no%20per%C3%ADodo.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9150/1/Radar%20IDHM_evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20IDHM%20e%20de%20seus%20%C3%ADndices%20componentes%20no%20per%C3%ADodo.pdf)> Acesso em janeiro de 2020.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SÁ, Edivaldo Batista de, BENEVIDES, Rodrigo Pucci de SÁ. **ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Monografia, Brasília; IPEA; 2019. 40 p. *Disponível em:*

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos\\_ODS\\_Objetoivo\\_3\\_Asegurar%20uma%20vida%20saud%c3%avel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetoivo_3_Asegurar%20uma%20vida%20saud%c3%avel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf)

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SILVA, Edna Lúciada; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 121, 2005. DOI: 10.1590/S1517-97022003000100005.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOUSA, A. M. da C. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas**. Brasília: Editora MS, 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. suppl, p. 1765–1777, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000700002.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa 2013** 2ª edição reimpressa. Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, [S. l.], 2013.