

GESTÃO DA SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DA PARAÍBA: Uma análise à luz da Administração Política

Geraldo Medeiros Júnior¹

Renato Augusto da Silva Alves²

Isabel Cristina Araújo Brandão³

RESUMO: Este artigo se propõe analisar, de forma comparativa, indicadores de gestão da saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde da Paraíba (Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa) a partir de dados divulgados pelo SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de caráter descritivo. Foram escolhidos sete indicadores referentes à gestão dos recursos financeiros destes municípios. A análise ancorou-se nas interlocuções do professor Reginaldo Souza Santos e do escritor João Ubaldo Ribeiro, estudiosos do campo da Administração Política no Brasil. Observa-se que, ao longo do tempo, houve uma tímida expansão dos indicadores da saúde, o que não assegura que tenha havido uma melhoria na qualidade da gestão da saúde destes municípios. A falta de continuidade das políticas públicas corrobora para a ausência de uma Administração Política eficaz para a saúde.

PALAVRAS CHAVES: Administração Política; Gestão de Saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT: This article aims to analyze comparatively few indicators of health management offices in the municipalities of macro health of Paraíba (Campina Grande Joao Pessoa, Ducks and Sousa) from data released by SIOPS (Information System on Public Health Budget) in light of a critical analysis. Seven indicators of management, worked at SIOPS, as a way to make that argument, relating them to the concerns expressed by Prof been chosen. Reginaldo Souza Santos and writer João Ubaldo Ribeiro in developing the field of Political Management. Thus, from the point of view of your goals, this work is characterized as an exploratory study, since, aims to investigate the relationship between indicators of health management headquarters municipalities. From the point of view of technical procedures is considered literature and documents. What is observed over the years under review is that there was a timid expansion of indicators although not yet meaning an ideal improvement. The lack of continuity of public health policies corroborates the absence of an effective policy for health administration.

¹ Professor da Universidade Estadual da Paraíba. Doutorando do IPPUR/UFRJ.

² Graduado em Administração pela Universidade Estadual da Paraíba.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGCSA/UFRN. Professora do Centro Univertitário

KEYWORDS: Management Policy; Health Management; Public Policy.

1. INTRODUÇÃO

Um importante debate que se faz a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde ao financiamento, o qual passa pela análise do impacto gerado pelo processo de descentralização/municipalização sobre sua efetividade.

Num momento de crise econômica, com reduções das receitas públicas, retorna-se ao debate sobre a necessidade de criação de uma contribuição para a saúde, com a proposta governamental da reedição da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras).

Mediante tal apontamento, o presente trabalho busca responder a seguinte questão de pesquisa: o processo de municipalização trouxe como resultado uma maior eficiência do sistema? O Decreto Nº 7508/11 que regulamenta a Lei 8080/90 e define os parâmetros de territorialização para o SUS consegue reestruturar o sistema para assegurar, minimamente, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para os cidadãos brasileiros, dentro da perspectiva da regionalização em saúde?

O presente trabalho se propõe analisar os indicadores de gestão da saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde da Paraíba (Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa) a partir de dados divulgados pelo SIOPS. Tal análise permite investigar ainda o impacto da municipalização sobre os municípios paraibanos que são sede de macrorregiões de saúde. Destaca-se no estudo a entrada em vigor da Emenda Constitucional Nº 29 (EC Nº29) e os atuais desafios do sistema. Como referencial teórico serão utilizados estudos do Prof. Reginaldo Souza Santos, da Universidade Federal da Bahia e do escritor João Ubaldo Ribeiro relativos à administração política.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Correlação entre Política e Administração

Nos estudos sobre a Administração científica há um quase consenso de que entre esta área do conhecimento e a Política praticamente inexistem relações. Santos (2009) atribui um nível de instrumentalização tão exacerbado à Administração que a grande maioria dos estudos não se dedicam à especulação filosófica. Com a característica de promover a eficiência produtiva, a Administração pouco tem dialogado com outras questões das Ciências Sociais e cada vez mais se desenvolve epistemologicamente dentro do âmbito das organizações. O administrador seria um executor de tarefas pensadas por outras áreas do pensamento.

O escritor João Ubaldo Ribeiro, em sua dissertação de título “Política e Administração” escrita em 1969, em plena efervescência da ditadura militar no país, afirma a necessidade de construir um quadro de referência para o administrador, que consiste basicamente em interpretar a realidade brasileira em termos amplos e, diante dela, definir a posição deste profissional. Nesse contexto, é possível perceber a preocupação do autor em inserir o administrador no cenário da realidade social e trazê-lo de forma interventiva (RIBEIRO, 2006).

Para a construção desse quadro de referência o autor conceitua dois níveis de consciência que teve expressão na realidade brasileira de sua época, cujos desdobramentos são perceptíveis até os dias atuais. São elas: a consciência crítica e a consciência ingênua.

A consciência ingênua, segundo Pinto (1960), não tem plena clareza das condições e elementos que a produzem. Muitas vezes traz uma visão muito além (ou aquém) de sua realidade e distante de determinantes sociais, produzindo diagnósticos controvertidos da realidade brasileira. Assim, essa consciência se torna responsável por diagnósticos acríticos e parciais, com pouca ou nenhuma análise, e que acaba por extenuar qualquer projeto de transformação da realidade por vir imbuídos de promessas de soluções superficiais.

É comum de se encontrar na grande mídia, por exemplo, a ideia de que o Estado brasileiro não consegue dar sustentabilidade ao seu sistema de saúde, havendo a necessidade de criar novas contribuições para seu financiamento. No caso da educação não parece ser diferente. Divulga-se a impressão controvertida é de que o Estado brasileiro ‘quebrou’, não havendo recursos para pintar escolas e, por isso, é necessário que os pais de alunos se tornem voluntários da escola.

Por outro lado, a consciência crítica possibilita interpretar a realidade através de uma formulação crítica, como “resultado da inter-relação entre realidade observada e a perspectiva socialmente condicionada do sujeito.” (RIBEIRO, p. 183, 2006). Desta forma, o gestor pode simplesmente ser um executor de tarefas desprendido de questões transformadoras. Assim, torna-se um profissional cujas ações não possuem um significado político mediante os resultados de seu trabalho.

2.2 Administração Política e a Necessidade de um Plano Para o Desenvolvimento do País

Santos (2009) demonstra uma preocupação referente à base metodológica para se compreender o novo/velho campo conhecimento denominado de Administração. Foi descoberto que a falta de uma construção teórica faz com que o próprio objeto da Administração seja confundido,

isso porque se trabalha em livros textos com o objeto da ciência Administração como organização. Entretanto, o objeto de estudo que traz a particularidade da ciência é a gestão.

Ao admitir a gestão como objeto de estudo a administração pode ser inserida não somente nas organizações privadas ou públicas, mas também nas relações sociais, e isso envolve as relações sociais de produção bem como a interação entre Estado, sociedade e modo de produção.

A partir daí pode-se perceber que existe uma relação entre a Administração Profissional e Administração Política. A primeira cuida da gestão das organizações vinculada epistemologicamente à Economia Neoclássica. A segunda está vinculada à Economia Política no que se refere a uma perspectiva de compreensão crítica da gestão das relações entre Estado, Economia e Sociedade.

Assim, define-se mais amplamente a Administração Política como “a expressão das relações do Estado com a sociedade na concepção do projeto da nação, então as formas de gestão para implementação desse projeto de nação constituem o objeto da administração” (SANTOS, 2009, p. 50).

No modo de produção capitalista, principalmente no século XX, as possibilidades de desenvolvimento econômico com distribuição de renda e elevação dos padrões de vida e bem-estar são muito estreitas, tanto em termos de espaço quanto em sua duração no tempo.

Assim, como coloca Santos (2009) a perspectiva da Administração Política nasce da necessidade de se compreender aquelas possibilidades e defender a ideia de que é preciso se repensar um Projeto Nação, tendo o Estado como gestor. Assim, é deste Estado a incumbência de conceber as formas de gestão mais adequadas ao processo de execução deste projeto, que tenha como finalidade o desenvolvimento.

A ação de gerir as relações sociais no processo de execução do projeto de nação (sob o comando do Estado com o poder político e econômico) constitui a essência da administração política. Dessa forma, a Administração Política passa a ser vista como um modelo de “gestão ideal” inserindo o profissional de Administração no debate das relações de gestão do Estado. Então, a Administração Política pode avançar no sentido de construir as mudanças necessárias à sociedade.

Torna-se evidente a urgência em discutir acerca do mercado. Este não consegue garantir a materialidade, acaba gerando insatisfações entre os indivíduos, principalmente no aspecto de distribuição de renda, devendo o Estado buscar o equacionamento dessas insatisfações. Portanto há necessidade de um projeto que busque melhores condições de vida a sociedade, sobretudo no que se refere a políticas de distribuição de renda.

Nesse aspecto, distribuição de renda pode ser vinculada tanto a políticas de transferências de renda direta, como as políticas de serviços à população, a exemplo de saúde, educação e segurança.

Desta forma, o acesso a serviço de saúde torna-se objeto de análise deste estudo pela perspectiva da gestão.

2.3 Gestão no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce a partir da construção de uma nova força política advinda no movimento sanitaria. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, construiu as bases de forma estruturada e com forte apoio popular (FERNANDES; MAIA, 2004).

Ancorada com a discussão advinda da VIII CNS, a Constituição Federal de 1988 contempla a saúde no capítulo Da Seguridade Social e determina sua responsabilidade em desenvolver políticas e ações de Saúde para a população, através dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

Para a efetivação da gestão do SUS é necessário dispor de instrumentos de gestão. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) traz dois conceitos necessários ao entendimento da gestão da estrutura do sistema: gerência e gestão. Gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracterizam como prestadores de serviço do SUS, podendo ser um ambulatório, hospital, instituto ou fundação. Gestão consiste na atividade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (CONASS; 2003).

Ainda de acordo com o Conass (2003), para cada sistema de saúde é necessário um gestor. Portanto, é preciso definir quem são esses gestores, bem como o seu papel. Os gestores do SUS são os representantes do sistema em cada esfera de governo. Na esfera Federal têm-se o Ministro da Saúde, no âmbito Estadual, o Secretário Estadual de Saúde e, na esfera municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Suas funções podem ser sintetizadas em quatro macro-funções: (a) formulação de políticas públicas e planejamento; (b) financiamento; (c) coordenação, controle e avaliação; (d) prestação direta de serviços de saúde. No entanto, para a realização de suas funções o gestor de saúde necessita de instrumentos específicos; documentos devidamente apropriados para viabilizar a gestão e as gerências do sistema.

Como forma de orientar a implantação da operacionalização do sistema descentralizado, ou seja, com a gestão dos recursos se desenvolvendo no âmbito municipal, destacam-se as Normas Operacionais, que são instituídas por portarias ministeriais. De acordo com o CONASS (2003) seus objetivos são: Induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação dos SUS; regular as relações entre os gestores; normatizar o SUS, dentre outros.

A Norma Operacional Básica SUS-96 (NOB-SUS 96) foi a grande responsável pelo avanço no processo de autonomia por parte dos estados e municípios por instruir duas novas modalidades de gestão. Para a esfera estadual a Gestão Avançada e Plena e para a esfera municipal a Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena (FERNANDES; MAIA, 2004).

Entretanto, para a habilitação dos estados e municípios a essas modalidades de gestão, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - SUS 01/02 traz uma série de responsabilidades que deverão: (a) elaborar o Plano Municipal de Saúde; (b) integrar e articular município na rede estadual e respectivas responsabilidades na Programação Pactuada Integrada (PPI) do Estado; (c) Gerenciar unidades ambulatoriais próprias e transferidas pelo Estado ou pela União; entre outras responsabilidades. Da mesma forma, o Estado para se habilitar na condição de gestão avançada do sistema deverá assumir várias responsabilidades. Destacam-se a elaboração do Plano de Saúde (PS) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (CONASS, 2003).

Esses planos compõem o que se chama de Instrumentos de Gestão em Saúde. Caracterizam-se como ferramentas que garantem o funcionamento do SUS em todas as suas esferas. Existem, portanto, instrumentos nas esferas municipal, estadual e nacional, e outros que favorecem a integração e articulação entre essas três esferas. São eles: Agenda de Saúde (AS); Planos de Saúde (PS); Relatórios de Gestão (RG); Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2002).

Apesar de definidas as funções das esferas governamentais, a partir das normas citadas, está distante a ideia de uma corresponsabilidade que leve a uma divisão de responsabilidades equitativa e que permita trazer eficiência ao sistema. As atribuições relativas aos estados são por demais vagas, o que acaba por estimular atuações pontuais, desvinculadas de um projeto maior, ou mesmo das prioridades estabelecidas pelos municípios. Ao mesmo tempo assiste-se a uma excessiva carga de responsabilidades ao gestor municipal.

As Agendas de Saúde são instrumentos de gestão no qual os municípios, estados e governo federal estabelecem, detalham e justificam as prioridades da política de saúde, destacando os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e indicadores de política de saúde. Os Planos de Saúde são instrumentos que consolidam, nos municípios, estados e governo federal o processo de planejamento na área de saúde por um período de quatro anos. Os Relatórios de Gestão (RG) têm por finalidade a divulgação de informações sobre os resultados obtidos sobre a gestão do SUS, tendo uma função importante de prestação de contas uma vez que correlaciona metas, resultados e aplicações do recurso (BRASIL, 2002).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), integra o PS estadual, o qual tem como principal função organizar, de forma regionalizada e hierarquizada, a assistência à saúde com o objetivo de garantir à população o acesso aos serviços de saúde. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é o instrumento do qual, baseado no PDR, programa a realização de ações que foram estabelecidas nas agendas de saúde e planejadas nos planos de saúde.

Ressalta-se ainda que, segundo Matus (1989), plano é diferente de planejamento. Plano é um documento elaborado momentaneamente a fim de auxiliar o processo de planejamento que é contínuo e permanente, necessário na esfera pública, pois é o planejamento que orienta as ações desenvolvidas pelo estado. Neste contexto, o PS, o PDR, o PDI e o PPI configuram instrumentos de gestão da saúde. Assim, para uma boa efetivação das políticas públicas é necessário um plano bem elaborado que atenda as demandas da população e que seja adequado a realidade em que atua.

Ainda de acordo com CONASS (2003) outro importante instrumento de gestão que auxilia no acompanhamento, fiscalização e controle de gestão é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O SIOPS possui a finalidade de trazer visibilidade aos gastos com saúde para a sociedade civil. Caracterizado por construir uma fonte de informações de fácil acesso a fim de facilitar a realização de estudos e pesquisas que possam subsidiar o desenho de políticas públicas e programas na área de saúde.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica forneceu o embasamento teórico necessário para respaldar a construção do conhecimento acerca do objetivo de estudo e um embasamento sólido e contemporâneo ao estado da arte. A pesquisa documental forneceu os dados que passaram pelo tratamento analítico-

Foram utilizados os indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) relativos à gestão da saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde da Paraíba (Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa).

O tratamento das fontes foi realizado à luz da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010, p. 40), que a descreve como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Segundo Vergara (2012), é um conjunto de técnicas que busca, através de procedimentos sistematizados, categorias de

análise e assim tratá-las, visando identificar o que está sendo dito a respeito do tema. Esta técnica também pode ser utilizada em transcrições de entrevistas, documentos institucionais, entre outros.

A análise utilizou-se do método crítico dialético, por possuir como referencial teórico o materialismo histórico. Este, apoiado na concepção dinâmica da realidade e nas relações dialéticas entre sujeito e objeto; conhecimento e ação; teoria e prática. Com propostas marcadamente críticas que pretendem desvendar conflito de interesses, numa perspectiva transformadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Desafios da Seguridade Social

A Seguridade Social (SS) é definida na Constituição Federal no caput do artigo art. 194 como “um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar o direito à Saúde, à Previdência e à Assistência Social”. Também pode ser vista como um conjunto de políticas e ações articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo e/ou seu grupo familiar ante aos eventos decorrentes de morte, invalidez, doença, idade, desemprego ou incapacidade econômica em geral. (OLIVEIRA, p.3, 1992)

Assim, a “SS”, garantida pela Constituição Federal de 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito a ações e políticas sociais.

A Assistência Social “será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição a seguridade social” (BRASIL, 1988, art. 203), ou seja, a todo brasileiro que comprovar sua condição de necessitado, terá acesso aos programas independentemente de contribuir. Seus programas possuem o objetivo de proteção da família, amparar a crianças e adolescentes carentes, promover a integração ao mercado de trabalho.

A Previdência Social de acordo com Oliveira (1992) consiste em um programa que concede pagamentos em dinheiro ou benefícios prestados aos indivíduos ou aos seus dependentes como forma de compensação de forma total ou parcial por perda da capacidade laborativa do empregado. Ainda de acordo com a Constituição Federal de 1988.

A Previdência Social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá:

- Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;
- Proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

- Salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa-renda;
- Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependente.

A Saúde, terceiro componente da SS, consiste em um conjunto de políticas e ações médicas, sanitárias, nutricional e educacional que buscam a prevenção e a cura de qualquer agravo ao bem-estar físico do indivíduo e seus dependentes. Análogo a Assistência Social, para se ter acesso aos programas de saúde não é preciso contribuir com a seguridade social, ou seja, qualquer pessoa que assim necessite pode requerer atendimento médico na rede hospitalar.

4.2. Execução Orçamentária da Seguridade Social

A observação da execução orçamentária da “SS” revela a ocorrência de sucessivos superávits. No último ano divulgado, o exercício de 2014, o resultado foi de R\$ 53,89 bilhões, valor correspondente a 8% de suas receitas. Ou seja, do que é arrecadado para políticas de seguridade 92% foram recursos efetivamente utilizados.

Gráfico 01: Gráfico 1 – Resultado da Seguridade Social (em R\$ milhões) – 2010 a 2014



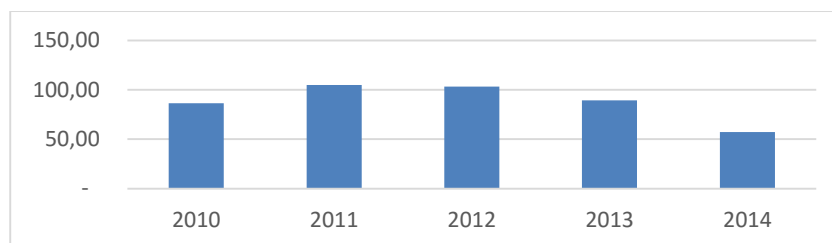
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Apesar da tendência de decréscimo do superávit a partir de 2013, o resultado ainda é expressivo. Mais que isto, revela que numa conjuntura de insuficiência de recursos para produzir uma assistência à saúde de boa qualidade. Os recursos excedentes seriam, ainda, suficientes para anular o déficit da previdência.

O valor do superávit representou 57,19 % do que foi gasto em saúde, em 2014. O gráfico 2 demonstra que o Resultado da Seguridade Social poderia mudar de forma significativa o desempenho do setor saúde. Em 2011 e 2012 o resultado foi superior aos gastos com saúde, o que significa que existiam recursos disponíveis para a Seguridade que poderia ter dobrado a execução orçamentária do SUS. Mesmo com a queda nos anos seguintes, ainda se tem o percentual significativo apresentado em 2014.

Tais dados demonstram que antes de se discutir a criação de um imposto exclusivo para a saúde, talvez fosse importante utilizar na íntegra os recursos que já seriam alocados por lei para a Seguridade Social.

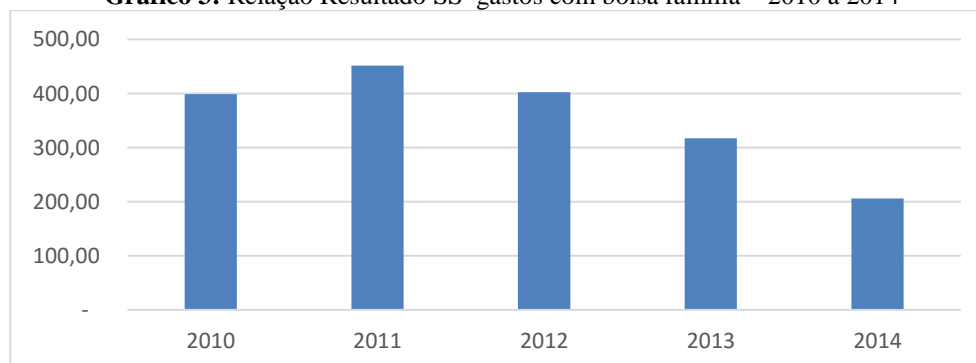
Gráfico 2: Relação entre Resultado da SS e gastos com saúde – 2010 a 2014



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Quando comparado o resultado com o gasto com o Bolsa Família, a relação é ainda maior. Em 2011 o Resultado significou 450% o valor gasto com o Bolsa Família. Ou seja, daria para quadruplicar este importante e polêmico programa. Mesmo no momento de queda nos dois últimos anos, chega-se a 200%. Isto pode ser visto no gráfico 3. Em todos os momentos a relação entre o Resultado da Seguridade Social e o volume gasto com o Bolsa Família foi significativa.

Gráfico 3: Relação Resultado SS gastos com bolsa família – 2010 a 2014



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Grande parte do superávit é canalizado para a DRU, a Desvinculação das Receitas da União. A DRU vem sendo renovada pelo Congresso Nacional, por iniciativa do Governo Federal, sendo a medida substituta do Fundo Social de Emergência e do Fundo de Estabilização Fiscal. Assim, desde 1994, com as diferentes nomenclaturas, este instrumento tem se destacado como um mecanismo que desobriga o repasse integral de tributos aos seus destinos vinculados. “Embora tenha amparo legal, a DRU caminha na contramão do crescimento da economia, uma vez que retira recursos da sociedade [...] e em seguida os transfere para o mercado.” (DAVI; MARTINIANO; PATRIOTA, p. 98, 2011). Em sua última aprovação, realizada no final de 2015, tal instrumento foi prorrogado até 2023.

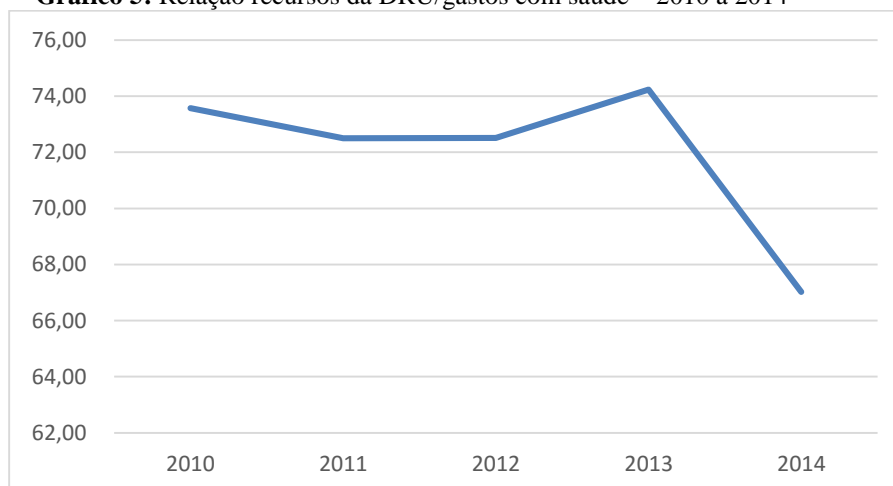
Gráfico 4: Recursos da DRU – em R\$ milhões – 2010 a 2014

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Isto significa na prática uma importante renúncia de recursos na Seguridade Social. No gráfico 4 é possível ver que a DRU desvinculou recursos crescentes ao longo dos últimos anos, chegando a mais de R\$ 60 bilhões em 2013 e 2014. Isso significa que o superávit obtido no Resultado da Seguridade Social é utilizado para a desvinculação de Receitas promovida pela DRU.

Assim, se os recursos da DRU alimentam o pagamento de juros da dívida interna, vê-se claramente uma transferência de recursos da Seguridade Social para o pagamento de juros, alimentando o capital portador de juros.

O gráfico 5 mostra a relação existente entre os gastos com saúde e a desvinculação realizada pela DRU. Em 2013 os gastos com a DRU chegaram a mais de 74% do orçamento do setor saúde. Mesmo com a queda apresentada em 2014, ainda assim se vê gastos que chegam a 67% dos gastos com saúde.

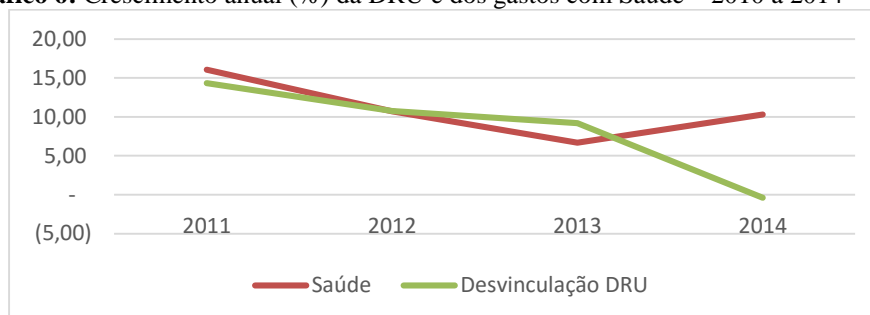
Gráfico 5: Relação recursos da DRU/gastos com saúde – 2010 a 2014

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

O gráfico 6 demonstra o crescimento anual da DRU em comparação com a evolução dos gastos com saúde. Observam-se em todos os anos uma proximidade muito grande. Isso revela que não houve ganho da saúde com relação à DRU. A exceção é o ano de 2014, quando os gastos com saúde cresceram significativamente mais que a DRU. Talvez isso como consequência da política

monetária adotada até este último ano, que levou a queda na taxa de juros e, consequentemente, menos necessidade de esforços para o pagamento dos juros da dívida.

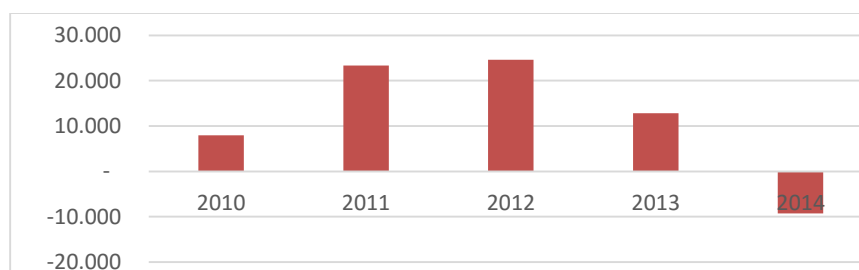
Gráfico 6: Crescimento anual (%) da DRU e dos gastos com Saúde – 2010 a 2014



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Mesmo após a desvinculação promovida pela DRU, a SS ainda apresentou superávit por diversos anos. Assim, a estratégia recorrente de segurar recursos ao longo do ano para só serem liberados no final do ano, acaba por levar a ainda mais renúncia orçamentária. No gráfico 7 é possível ver que apenas em 2014 o resultado é deficitário após a retirada da DRU. Nos anos anteriores ainda ocorre significativo superávit. Em 2012 o superávit restante ainda chegou a R\$ 25 bilhões.

Gráfico 7: Resultado da SS após a retirada da DRU – em milhões de R\$ - 2010 A 2014



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANFIP.

Tais dados ganham importância se confrontados com um Sistema Único ainda em construção, com necessidades não atendidas e sem perspectivas de serem atendidas. Em alguns lugares, a exemplo dos municípios paraibanos a serem aqui estudados, a atenção básica ainda não conseguiu ser a realidade para grande parte da população.

No pacto federativo promovido, o governo transferiu importantes responsabilidades para a esfera municipal. Como se discutirá a seguir, mesmo com importantes aumentos nos gastos dos municípios, ainda o volume de recursos é insuficiente para promover uma atenção à saúde de boa qualidade.

5. ANÁLISE DOS INDICADORES DO SIOPS NAS SEDES DAS MACRO REGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

O SIOPS objetiva subsidiar o planejamento, a gestão e o controle social dos gastos públicos de Saúde, nas três esferas de governo, com informações contábeis padronizadas publicadas via internet⁴, propiciando um importante instrumento que baliza as ações de planejamento, gestão e controle (Brasil, 2010).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (2008), os municípios DE Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa representam as sedes das macrorregiões assistenciais de saúde da Paraíba por possuírem os recursos necessários para a realização dos atendimentos oriundos das cidades circunvizinhas.

A tabela 1 demonstra a síntese da estrutura organizacional presente no PDR-PB. Nela é possível perceber a importância das sedes macrorregionais. O município de João Pessoa, por exemplo, é responsável por atender a 47,82% da população do estado. Campina Grande, Patos e Sousa ultrapassam os 50% restantes da população e acolhem a demanda do interior. (BRANDÃO, 2012).

João Pessoa com uma população que representa mais que 19% da Paraíba, congrega 65 municípios nas suas regiões de saúde, somando 47,82% de cobertura de atendimento de média e alta complexidade da população do Estado. Campina Grande com pouco mais de 10% da população do estado, congrega 70 municípios em suas regiões de saúde, somando 28,30% de cobertura de média e alta complexidade da população da Paraíba. Patos, com 2,6% da população da Paraíba, congrega 48 municípios em sua macrorregional de saúde, somando 12% de cobertura da população do estado. Por fim, Sousa com 1,75% da população da Paraíba, congrega 40 municípios na sua macrorregional de saúde, somando 11,88% de cobertura da população do estado.

Tabela 01: Estrutura Organizacional do Plano Diretor de Regionalização 2008

Macrorregional de Saúde	População do município	População do município em relação ao estado (%)	Numero de Regiões de Saúde	Número de municípios nas regiões de saúde	Municípios (%)	População em número absoluto	Percentual da População
João Pessoa	723.515	19,21	7	65	29,15	1.732.585	47,82
Campina Grande	385.213	10,23	8	70	31,39	1.025.343	28,3
Patos	100.674	2,67	5	48	21,52	434.858	12
Sousa	65.803	1,75	5	40	17,94	430.429	11,88
Total Geral	1.275.205	33,85	25	223	100	3.623.215	100

Fonte: BRANDÃO (2012)

⁴ www.siops.datasus.gov.br.

5.1. Despesa total com saúde por habitante

O gráfico 8 trata da despesa per capita com saúde nos municípios escolhidos. O gráfico revela que aconteceram importantes incrementos nos gastos realizados pelos municípios. Em média, os municípios selecionados tiveram um aumento de 1.212% nos gastos com saúde. Isso reflete os impactos do processo de municipalização e a entrada em vigo da Emenda Constitucional N. 29 que definiu o percentual mínimo de 15% a ser gasto pela esfera municipal.

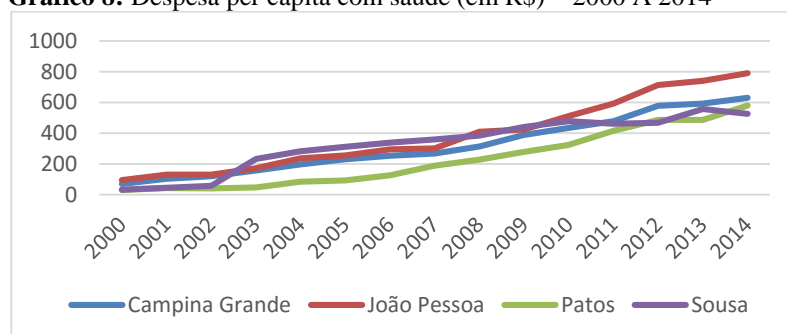
Observa-se que todos os municípios analisados gastavam menos de R\$ 100,00 per capita em 2000. Ao longo do tempo, a entrada em vigor da EC-29 e o processo de municipalização levam a aumentos significativos. No caso de João Pessoa, em 2014 aproximou-se de R\$ 800,00.

Mesmo com aumentos tão significativos, é importante observar que tais volumes são insuficientes para proporcionar uma atenção à saúde de boa qualidade. O município de Campina Grande possui cobertura de 70% por parte da Estratégia Saúde da Família. Também ainda não logrou criar uma rede de referência às unidades básicas. Claramente uma das barreiras é a limitação orçamentária.

Quando se observa o gasto per capita mensal, em Campina Grande gastou apenas R\$ 49,22, quantia insuficiente para oferecer uma assistência de boa qualidade para o cidadão. Da mesma forma, o município de João Pessoa despendeu apenas R\$ 57,94. Patos e Sousa, respectivamente, gastaram R\$ 40,44 e R\$ 40,62.

Por outro lado, esses acréscimos podem ter contribuído para uma importante melhoria nos índices de desenvolvimento humano. Nesse período, a Paraíba saiu de uma expectativa de vida de 65 anos, em 2000, para 72 anos, em 2010. A mortalidade infantil caiu de 44 crianças para 21 a cada mil nascidas vivas.

Gráfico 8: Despesa per capita com saúde (em R\$) – 2000 A 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

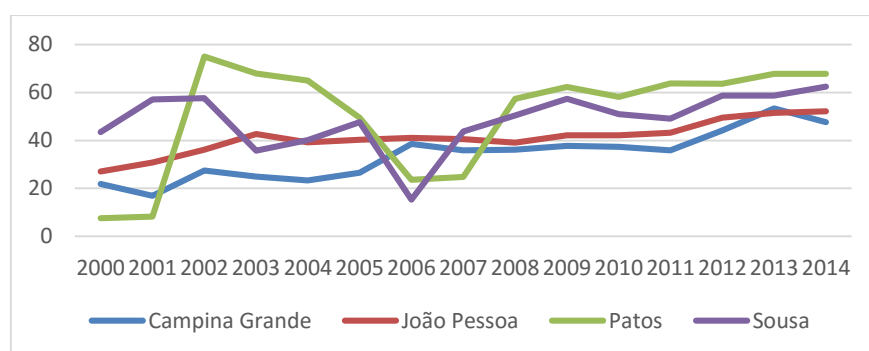
Diante disto, mesmo com esse incremento de recursos, esses municípios por serem referências em atendimento de média e alta complexidade na Paraíba, necessitam de uma política estratégica

maior no sentido de garantir um acréscimo de recursos e assim garantir melhor atendimento à saúde para a população.

5.2.Despesa de pessoal em relação à despesa total com saúde

Ao se analisar a despesa de pessoal em relação à despesa total com saúde, observa-se o grande peso da folha de pagamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal determina que o município não pode ultrapassar o limite 60% das Receitas Correntes Líquidas com gasto de pessoal. Através do Gráfico 9, é possível perceber níveis bastante alternados dessa despesa.

Gráfico 9: Despesas com pessoal / despesa total – 2000 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS.

Observa-se uma tendência ao aumento dos gastos com pessoal em todos os municípios. No início do período, os municípios de Patos e Sousa apresentaram picos, como o do primeiro no ano de 2002 quando chegou a quase 80%.

Ao mesmo tempo se vê que com o aumento da complexidade e da quantidade dos serviços prestados há a necessidade de mais contratação de mão-de-obra. Deseja-se que esta seja concursada, não terceirizada. Assim sendo, inevitavelmente isso acarreta em aumento do percentual gasto.

Se a Lei de Responsabilidade Fiscal teve como objetivo garantir um equilíbrio entre os itens da despesa, garantindo a capacidade de investimento, por outro lado chegou a impossibilitar a viabilização de atividades e serviços necessários. Isso acaba por estimular a terceirização, com precarização do trabalho e possibilidade de contratação de mão-de-obra por indicação política.

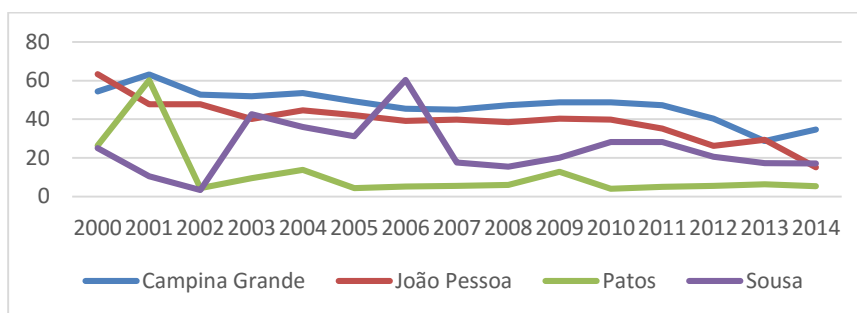
Os municípios de Campina Grande e João Pessoa demonstraram forte tendência de cumprimento da LRF. Por outro lado, os dados de Patos demonstram que de 2001 a 2004, e de 2011 a 2013, uma forte tendência de descumprimento, com o ápice de em 2002, quando chegou a cerca de 75%, 21% a mais que o definido pela LRF. Sousa por sua vez mostrou tendências de descumprimento apenas em 2013.

O ano de 2014 é exceção a esta lógica. Num momento de diminuição do ritmo de crescimento econômico, a tendência é que o percentual suba, já que há uma queda nas receitas com, pelo menos, manutenção do volume de recursos utilizados com pessoal. A tendência é de uma piora ainda maior neste indicador no ano de 2015.

5.3. Despesa com Serviços de Terceiros em relação à Despesa Total com saúde

O gráfico 10 demonstra a relação de Serviços de Terceiros com a despesa total com saúde em termos percentuais. Este indicador revela o quanto os municípios têm destinado de suas despesas a serviços de terceiros. Nota-se que as cidades estudadas possuem realidades bastante difusas nesse quesito.

Gráfico 10: Despesas com terceiros sobre a despesa total – 2000 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

Observa-se que índices muito altos de gastos com serviços de terceiros no início do período. A gestão municipal de João Pessoa gastou mais de 60% de seus recursos com este item. Campina Grande gastou próximo a isto, com 55%. Há uma tendência clara de queda, com uma pequena exceção no município de Sousa que em 2006 gastou cerca de 60% dos recursos.

Tal tendência está relacionada a pressão do Ministério Público e da sociedade organizada no sentido de substituir a contratação temporária de profissionais pelo concurso público. Também uma vigilância maior quanto às parcerias com empresas e organizações terceirizadas.

Os gastos com despesa de pessoal e serviços de terceiros nesses municípios durante o período obtiveram comportamentos irregulares, o que demonstra a ausência de planejamento de coordenação estratégica. Os dados indicam que nesses municípios a maior parcela de seus recursos são gastos com pessoal e com terceiros, ficando uma parcela menor para investimentos e custeio. Este vultoso comprometimento do orçamento acaba engessando significativamente a gestão.

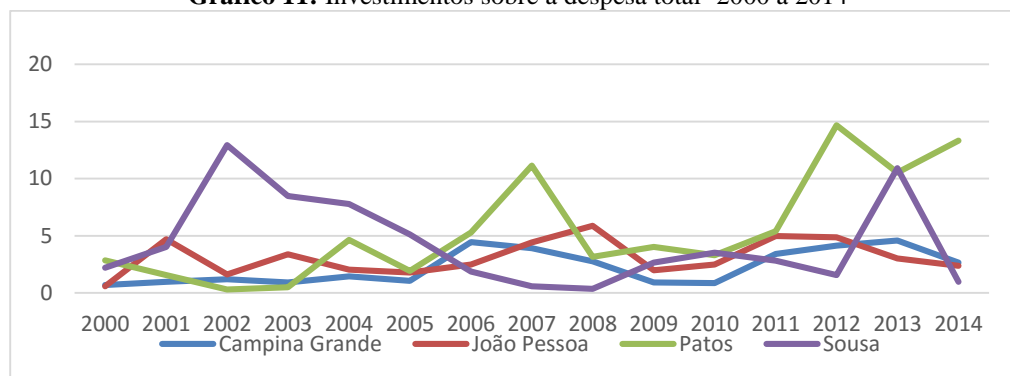
Por outro lado, o forte comprometimento dos municípios em questão com Serviços de Terceiros demonstra tendência dos municípios em se eximirem da gestão direta de serviços,

entregando a outros algumas de suas obrigações. Chamam a atenção a tendência de terceirizar serviços a exemplo diagnósticos por imagem feitos em laboratórios particulares, exames de análises clínicas, serviços de comunicação visual, consultoria e etc.

5.4. Investimentos em relação à Despesa Total

Observa-se uma grande oscilação com as despesas com investimentos. Alguns municípios alternam alto índice de investimento com outro baixo no ano seguinte. Os dados revelam a ausência de um planejamento que permita que sejam feitos gastos contínuos, no sentido de constituir a rede de atenção à saúde.

Gráfico 11: Investimentos sobre a despesa total -2000 a 2014

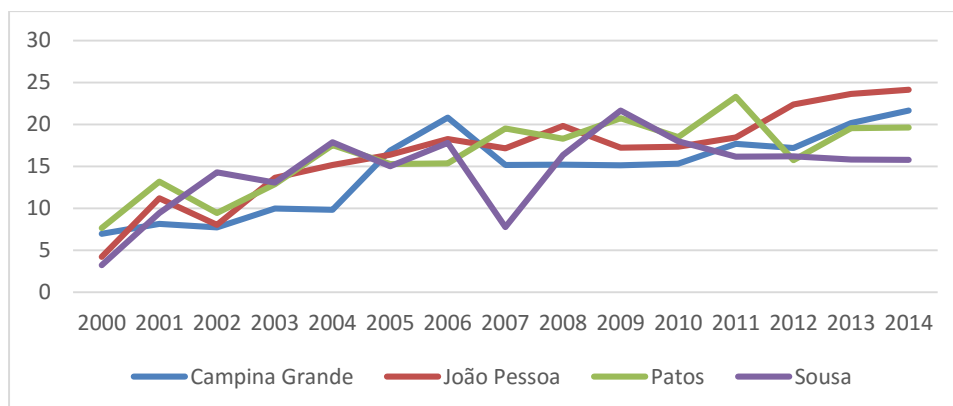


Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

Os investimentos em saúde significam compra de equipamentos, construção de unidades de saúde, compra de ambulâncias, ou seja, uma conta que pode ser estratégica para consolidação de um modelo ideal de assistência. No entanto, nos municípios em questão, novamente a curva da descontinuidade de gestão parece mais acentuada. Essa falta de continuidade, além de uma média baixa de investimento, pode significar uma utilização do fundo de saúde de maneira descontínua, ou seja, sem uma estratégia de longo prazo, ficando sob a orientação da conjuntura política atual dos municípios.

5.5. Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29

A emenda constitucional nº 29 determina aos municípios um percentual mínimo de sua arrecadação de 15% dos recursos próprios a serem destinados as despesas com saúde. Com vigência partir do ano 2000 é possível perceber no gráfico 5 que os municípios passaram a cumprir com o gasto mínimo de 15% a partir do ano de 2004.

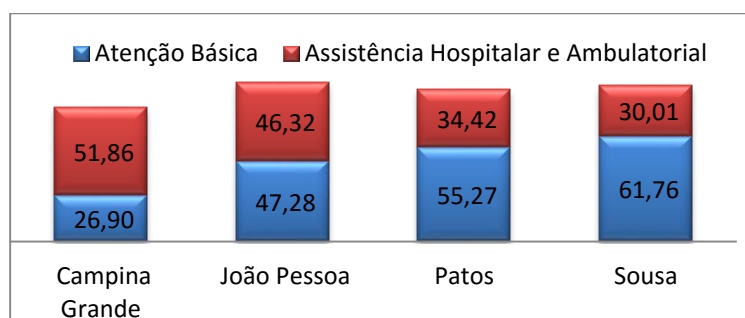
Gráfico 12: Cumprimento da EC-29 – 2000 a 2014

Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

De uma maneira geral acaba havendo uma tendência ao cumprimento. Se por um lado houve a elevação do percentual mínimo, por outro lado ocorre uma preocupação burocrática. Assim, é comum se ver municípios que se mantêm em percentuais muito próximos de 15%. Para municípios menores isto tem pouco significado prático. Para outros que ainda têm muito a construir, a tendência de mudanças muito lentas em sua realidade. Isso se comprova, quando comparado com o indicador investimentos.

5.6. Atenção Básica x Assistência Hospitalar e Ambulatorial

O gráfico 13 revela a relação existente entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial. A Atenção Básica reflete um modelo que contrapõe a centralidade dos tratamentos nos hospitais. A ideia é de tratar o indivíduo de maneira preventiva, priorizando gastos que levem à prevenção e à promoção de qualidade de vida. Este modelo se demonstra um desafio no Brasil sobretudo pela sua predominância de um modelo de saúde baseado em hospitais privados e planos de saúde particulares.

Gráfico 13: Relação gasto atenção básica e assistência hospitalar - 2013

Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

O município de Campina Grande destinou no ano de 2013 cerca de 26% dos recursos para Atenção Básica, enquanto que na Assistência Hospitalar e Ambulatorial esse número chega a quase 52% dos recursos. João Pessoa de maneira mais equânime destinou 47% de seus recursos para atenção básica e 46% para Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Patos e Sousa revelam um modelo oposto, com uma importante destinação de recursos à Atenção Básica, Patos com 55% e Sousa com 61%, e para Assistência Hospitalar e Ambulatorial Patos destina 34% e Sousa destina 30%.

Vale ressaltar que os recursos da Atenção Básica são destinados apenas para o atendimento da população local, cabendo as sedes das macrorregiões receber a demanda externa apenas para média e alta complexidade.

Medeiros Jr (1999) apontava, no fim dos anos 90, uma gestão meramente curativa, ou seja, onde a atenção básica era tida em segundo plano, enquanto que a assistência ambulatorial e hospitalar predominava no ponto de vista dos gastos de recursos. Atualmente percebe-se o quanto a cidade de Campina Grande ainda está distante de um modelo que, de acordo com uma das filosofias do SUS, busque priorizar a prevenção de doenças, contrapondo a o modelo apontado por Medeiros Jr (1999) de característica meramente curativa. Através disso se faz necessário um forte investimento em Atenção Básica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui realizadas pretendem discutir alguns dos limites relacionados à gestão da saúde no Brasil. Distante do discurso midiático que leva a ideia de que todos os problemas estariam ligados à corrupção, observa-se que existem sérios problemas relacionados à gestão.

É pertinente discutir a função da DRU nos dias atuais. Com a continuidade de uma política monetária que privilegia as altas taxas de juros, algumas consequências imediatas são a queda da atividade econômica e, dentre muitas outras consequências, a redução da arrecadação do setor público. Com isto, há a necessidade de contingenciamento de recursos para possibilitar o pagamento dos juros da dívida.

A análise do Orçamento da Seguridade Social revela que existe na realidade um superávit. Tal fato desmonta grande parte do discurso presente da mídia de déficit na previdência e insuficiência de recursos para o setor saúde.

Ao mesmo tempo, os recursos atualmente gastos com saúde são insuficientes para garantir uma atenção de boa qualidade. Mesmo com recursos insuficientes, ainda é comum se observar uma

considerável renúncia orçamentária, que tem como razão, mais uma vez, a necessidade pagar juros da dívida interna.

A insuficiência de recursos tem rebatimentos perversos sobre a administração municipal. Com o processo de descentralização, coube aos municípios a gestão plena do sistema. Com isto, as responsabilidades são muito maiores para esses gestores.

Mesmo com a aprovação da EC-29 e de sua regulamentação, os recursos investidos pelos municípios são claramente insuficientes. A ausência de um pacto federativo que chame a esfera estadual para exercer um papel claro e complementar, aumenta ainda mais o problema.

O resultado é que os municípios acabam tendo dificuldades em cumprir com o planejamento, expresso no Plano Municipal de Saúde e recomendado pela sociedade organizada nas conferências de saúde.

A análise dos dados demonstra a ausência de planejamento, o que se demonstra pela oscilação nos indicadores de investimentos, no alto percentual de gasto com pessoal e na predominância de gastos hospitalares, de natureza curativa, em contraposição com uma lógica de atenção à saúde preventiva.

Os dados demonstram a necessidade de mudar este processo a partir do cumprimento das normas que regem a Seguridade Social. É possível estabelecer normas viáveis para o funcionamento da SS, de modo a garantir o pleno financiamento das atividades em saúde.

Ao mesmo tempo é necessário discutir o pacto federativo. O fato da esfera estadual não ter na saúde funções claras possibilita em alguns casos a realização de obras que não eram apontadas como prioritárias pela sociedade organizada.

Mais que eleger a corrupção como causa de todos os problemas, é importante observar que muitos dos problemas se relacionam à gestão do sistema. Por isso, é possível criar condições para um Sistema Único de Saúde com ações e serviços mais satisfatórios para o conjunto da população.

7. REFERÊNCIAS

ANFIP. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FISCAIS DA RECEITA FEDERAL. Análise da Seguridade Social. Brasília, 2015.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRANDÃO, Isabel Cristina Araujo et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a partir do modelo de Regionalização. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, v. 16, n. 3, p.347-352, mar. 2012.

BRASIL, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). . Para entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS Instrumentos de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. . Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília: Bndes, 2000.

SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: Origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988. 208p.

FERNANDES, Aliana; MAIA, Cláudia Lopes. Dos atores e dos Cenários: Municipalização da Saúde de Campina Grande(PB). Campina Grande: Eduepb, 2004.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito Social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p.201-234, 01 mar. 2006.

IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MARTINIANO, Claudia et al. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, Jordeana; MARTINIANO, Claudia; PATRIOTA, Lucia Maria.Seguridade Social. 2. ed. Campina Grande: Eduepb, 2011. p. 87-116.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Metodologias Convencionais e Não Convencionais e a Pesquisa em Administração. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c00-art01.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIOPS: Visibilidade dos Gastos Públicos. 2010. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosP%FAblicosSa%FAde.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

MOTTIN, Lucia Maria. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Um estudo no Rio Grande do Sul. 1999. 198 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

NETTO, José Paulo. Economia Política: Uma Introdução Crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 267 p.

- OLIVEIRA, Francisco Eduardo B. de. Proposta de um Referencial Básico para Discussão da Seguridade Social. Rio de Janeiro: Ipea, 1992. 34 p.
- OLIVEIRA, S. L. Tratado de Metodologia Científica. São Paulo: Editora Pioneira, 2001.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba. João Pessoa, 2008. Disponível em: [http: <www.saude.pb.gov.br/>](http://www.saude.pb.gov.br/). Acesso em: 19/04/2014.
- RIBEIRO, João Ubaldo. Política e Administração. O & S, Salvador, v. 13, n. 38, p.167-198, 01 jul. 2006.
- SANTOS, Reginaldo Souza. A administração como campo do conhecimento. 2. ed. Salvador: FEAUFBA; São Paulo: Hucitec-Mandacaru, 2009.
- SILVA, Ademir Alves da. A Gestão da Seguridade Social Brasileira. São Paulo: Cortez, 2010.
- SILVA, Edmilson Guimarães. Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil, Concepção e Implantação do SUS e Modelos de Assistência à Saúde em Campina Grande (PB). Dissertação Defendida no Mestrado em Economia, Campina Grande, UFPB, 1998.
- SMITH, Adam. A Riqueza das Nações. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- SOUZA, Nilson Araujo de. O Colapso do Neoliberalismo. São Paulo: Global, 1995.
- VERGARA, Sylvia Constant. Métodos de Pesquisa em Administração. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012