



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**EUDILENE LIMA DANTAS**

**CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DE BARAÚNA (PB)**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

EUDILENE LIMA DANTAS

**CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DE BARAÚNA (PB)**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de administração da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Administração.

**Área de concentração:** Administração Política.

**Orientador:** Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior

**CAMPINA GRANDE  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

D192c Dantas, Eudilene Lima.  
Caracterização do modelo de atenção a saúde de baráúna (PB) [manuscrito] / Eudilene Lima Dantas. - 2019.  
27 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.  
"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior ,  
Coordenação do Curso de Administração - CCSA."  
1. Sistema Único de Saúde - SUS. 2. Indicadores de gestão. 3. Financiamento da saúde. 4. Atenção a saúde. 5. Saúde pública. I. Título  
21. ed. CDD 362.1

EUDILENE LIMA DANTAS

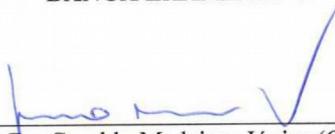
CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DE BARAÚNA (PB)

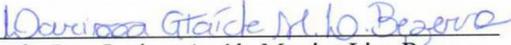
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Administração da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Administração.

Área de concentração: Administração Política.

Aprovada em: 17/06/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Larissa Ataíde Martins Lins Bezerra  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Esp. Paoline Levy Pereira Almeida  
Instituto Federal da Paraíba (UEPB)

A Deus pelo amor, força e determinação e ao meu pai pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
2.1	Financiamento da saúde no Brasil.....	9
2.2	Administração Política da Saúde .....	11
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>14</b>
4.1	Caracterização de Baraúna.....	14
4.2	Grau de dependência de Baraúna.....	18
4.3	Cumprimento da EC 29.....	19
4.4	Relação de Baraúna com outros municípios.....	21
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>

## CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE DE BARAÚNA (PB)

### CHARACTERIZATION OF THE MODEL OF HEALTH CARE FROM BARAÚNA (PB)

Eudilene Lima Dantas\*  
Geraldo Medeiros Júnior\*\*

#### RESUMO

O SUS foi concebido a partir da Constituição Federal de 1988 que representou um grande avanço por parte da sociedade organizada brasileira. Porém o SUS que vem sendo criado está bem longe do SUS disposto na Constituição. O financiamento é uma das principais problemáticas vivenciadas, principalmente no contexto atual com a aprovação da EC 95 que afetará a todos, principalmente aos estados e municípios mais pobres. O SUS representa um belo projeto, mas que encontra barreiras para o seu real desenvolvimento. O objetivo geral desse artigo se constitui em caracterizar o modelo de atenção à saúde de Baraúna, a partir de indicadores de gestão da saúde. Tem como objetivos específicos a identificação dos traços do perfil da população e a comparação dos indicadores da saúde de Baraúna com de outros municípios da microrregião. Trata-se de dados secundários coletados nas plataformas do SIOPS, DATASUS e IBGE. Ao final do trabalho podemos verificar que o município de Baraúna possui um sistema de saúde frágil, onde o gasto por pessoa está bem abaixo da média nacional e estadual, além disso, está entre os municípios com menores indicadores na sua microrregião. O município tem um baixo percentual de arrecadação e depende dos repasses das outras esferas, o que faz com que ele seja afetado de maneira intensa pelas mudanças decorrentes da EC 95.

**Palavras-chave:** SUS. Indicadores de gestão. Financiamento.

#### ABSTRACT

SUS was developed from the Federal Constitution in 1988, which had a significant advance to the Brazilian organized society. However, SUS created is not still correspond to the proposed by Constitution. Its financing is one of the main problems experienced, because the approval of the EC 95, which it will affect all individuals, mainly in the poorest States and Municipalities. SUS is a great project, but it has difficulty in order to develop in fact. This article aims to describe the model of health care from Baraúna, by comparing local administration indicators of health. It has as specific objectives the identification of the profile traits of the population and the comparison of health indicators of Baraúna with other municipalities in the Microregion. This is secondary data collected on the platforms of SIOPS, DATASUS and IBGE. After this work, we can conclude that Baraúna has a fragile health system, in which the expense per person is quite below the state and national average, besides it is among the towns with low indicators. The municipality of Baraúna has a low percentage of tax charge, in addition to depend on resources of other spheres, what do it is affected in a considerable way due to the changes occurred in EC 95.

**Keywords:** SUS. Administration Indicators. Financing

---

\*Aluna de graduação em administração da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)- Campus I.  
E-mail: [eudilene.dantass@hotmail.com](mailto:eudilene.dantass@hotmail.com)

\*\*Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)- Campus I.  
E-mail: [geraldomedeirosjr@uol.com](mailto:geraldomedeirosjr@uol.com)

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da constituição de 1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base o princípio da gratuidade. Concebido com o intuito de ser igualitário, universal e integral, o SUS ainda se encontra em um processo de construção; pois a universalização não se concluiu, já que ainda não se pode atender a todos com qualidade (OCKÉ-REIS, 2012).

Desde a sua criação o SUS passa por incertezas quanto ao seu financiamento. Embora a constituição trouxesse recomendações, nota-se que essas recomendações não foram obedecidas, e que ainda existia muitas coisas que não foram esclarecidas, como por exemplo, o que poderia ser custeado com os recursos destinados a saúde ( MENDES; FUNCIA, 2016).

Para corrigir algumas lacunas, foi aprovada a Emenda Constitucional 29/2000 e posteriormente sua Lei Complementar 141/2012 que determinava quanto cada ente da federação alocaria para a saúde e quais serviços deveriam ser custeados com esses recursos. Esta trouxe estabilidade para o SUS e possibilitou que o investimento aumentasse, porém o crescimento dos gastos com a saúde não foi suficiente para alcançar os dispostos estabelecidos na constituição federal (MENDES, CARNUT, 2018).

Alguns dispositivos foram sendo criados para melhorar a gestão do SUS, como por exemplo, as sucessivas NOBs, que possibilitaram a descentralização dos recursos, havendo assim a transferência de recursos da esfera federal para os municípios, os quais passaram então a ter mais responsabilidades, e não apenas isso, passaram a ser a principal esfera de responsabilização pela gestão da saúde (MEDEIROS JUNIOR; SILVA, 2018).

Apesar dos avanços, nota-se que ainda tem muito a ser feito. Ao longo da história do SUS, houve muitos impasses, contradições e retrocessos. É preciso superar a visão de curto prazo e adotar ações para a construção de um projeto de longo prazo, um projeto de nação, que não esteja subordinado aos interesses do capitalismo, mas que esteja preocupado com bem-estar da sociedade (SANTOS, 2017).

Atualmente com a aprovação da EC 95 o que se tem é o congelamento dos gastos públicos, isso significa para a saúde pública uma grande desestruturação e crescente privatização, já que fatores como crescimento e envelhecimento da população não foram levados em conta. Os maiores afetados com essas medidas serão cidades e estados mais pobres e que tem uma alta dependência dos repasses externos. Por ser uma medida aprovada recentemente não temos dados concretos para analisar seu real impacto.

Diante dessa discussão buscou-se verificar como os indicadores de gestão da saúde do município de Baraúna (PB) comportaram-se entre 2000 e 2017. A partir disso, o objetivo geral desse trabalho consiste em caracterizar o modelo de atenção à saúde no município de Baraúna. Tem como objetivos específicos a identificação dos traços do perfil da população e a comparação dos indicadores da saúde de Baraúna com de outros municípios da microrregião.

Essa pesquisa se justifica diante da importância de se estudar o SUS sob a ótica de diferentes realidades, inclusive de municípios menores, sendo que esses estão em uma condição mais baixa, pois mesmo sendo um sistema único, os indicadores de saúde apresentam variações de acordo com características dos municípios (tamanho, população, arrecadação de impostos, desenvolvimento econômico, etc) e as formas de gestão realizadas pelos gestores.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Financiamento da saúde no Brasil

Com a promulgação da constituição de 1988 é criado o SUS, que representou uma importante conquista política e social, pois foi alcançado por meio de diversas lutas e esforços

do Movimento da Reforma Sanitária entre 1976 e 1988. O SUS substituiu um modelo de saúde voltado para doenças e ofertado apenas para trabalhadores que contribuíam para a previdência por um com princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018) (PAIM, 2009).

O SUS juntamente com a assistência social e previdência formam a Seguridade Social (SS). Portanto saúde, previdência e assistência social fazem parte do orçamento da SS.

Ao longo de sua história o SUS foi marcado por incertezas quanto ao seu financiamento. A constituição federal (CF) de 1988 estabeleceu que no mínimo 30% do orçamento da SS seriam destinados a saúde em 1989 e posteriormente seguiria o percentual estabelecido pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o que na prática não aconteceu. O que se observa até a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 é uma grande instabilidade quanto aos recursos para seu financiamento. A EC 29 estabeleceu que os municípios e Estados deveriam alocar para a saúde até 2004, no mínimo, 15% do produto de arrecadação de impostos, compreendida as transferências constitucionais, para os municípios e 12% para os Estados. Com relação a União seria o total do montante destinado a saúde em 1999, acrescido de, no mínimo 5% no primeiro ano, e nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal. Essa EC 29 estabeleceu de forma clara o modo de financiamento do sistema, porém, deixou indefinido quais despesas poderiam ser consideradas como ações e serviços de saúde e quais não se encaixavam nesse âmbito. Como não houve essa definição, foi introduzido de forma indevida como despesas em ações e serviços de saúde, gastos com: inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, entre outros (MENDES; FUNCIA, 2016).

Só a partir da Lei Complementar (LC) nº141/2012, que regula a EC29, é que foi determinado quais despesas podem ou não seriam custeadas com os recursos da saúde, sendo a base de cálculo da EC 29 mantida (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços representados pela definição dos valores que iriam ser destinados a saúde pelas três esferas do poder, que possibilitou o aumento do gasto com o SUS (passando de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,9% em 2015), ainda não é o suficiente para ser um sistema universal e seguir os padrões estabelecidos na CF. Em países com sistemas similares a média do gasto público é de 8% do PIB (MENDES; FUNCIA, 2016).

Os percentuais destinados pelas três esferas para o gasto com ações e serviços de saúde, principalmente no âmbito do SUS, são insuficientes para atender a demanda, e ficam bem abaixo do que é exercido em outras nações que tem modelos assistências similares ao do SUS.

Segundo cálculos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), com base no ano de 2015, o gasto público do Brasil alcançava US\$ 334 por habitante. No Reino Unido, comumente citado pelos gestores brasileiros como exemplo de sistema universal a ser seguido, o investimento público per capita em saúde foi dez vezes o valor aplicado por aqui: US\$ 3.500. Em outros países que possuem sistema universal de saúde a regra é a mesma. França (US\$3.178), Canadá (US\$ 3.315), Espanha (US\$ 1.672) e na América do Sul a Argentina (US\$ 713) aplicam mais que o Brasil (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA).

Além disso, o Brasil aparece com a menor participação do Estado nas contas com saúde: 42,8%. Fica evidente que o Brasil não investe o suficiente para oferecer um sistema de saúde como o disposto na constituição e que o setor privado absorve a demanda que o SUS não consegue atender.

No contexto atual de crise do capitalismo contemporâneo o Estado adota políticas mais rígidas que promovem cortes de gastos em campos essenciais, redefinições de programas sociais, privatizações e redirecionamento do seu papel. Toda a SS sofre com essa política, o orçamento da seguridade passa a diminuir os seus recursos por conta de renúncias fiscais,

transferências de recursos para o setor privado e desvinculação das receitas para pagamento de juros da dívida. O governo mostra que a austeridade é o caminho para o equilíbrio e crescimento, sendo que, os maiores beneficiários com essas políticas são os rentistas e detentores dos títulos da dívida pública (ANFIP, 2017).

Em 1994 foi criado o Fundo Nacional De Emergência que desvinculava do Orçamento da Seguridade Social (OSS) 20% dos seus recursos para pagamento de juros da dívida pública. Atualmente chamada de Desvinculação das Receitas da União (DRU) esse desvio é de 30%. Com a elevação do percentual ocorrido a partir da EC nº 93/2016 de 20% para 30%, os recursos retirados do OSS passaram de uma média de R\$63,4 bilhões entre 2013 e 2015 para R\$ 99,3 bilhões em 2016 e R\$ 113,4 bilhões em 2017. (ANFIP,2017). Se analisarmos o período entre 1995 e 2016, as perdas de recursos para a SS com a DRU corresponde a R\$ 867 bilhões. (MENDES; CARNUT,2018). E ainda se levarmos em consideração o ano de 2017 essa perda chega a R\$ 980 bilhões.

A DRU é então um mecanismo de subtração dos recursos da SS que beneficia ao capital especulativo, e fortalece o discurso de *déficit* da seguridade. Para se ter uma ideia, a média de *superávit* da SS entre 2005 e 2016 era de 50,1 bilhões, se esse *superávit* não fosse subtraído pela DRU, poderia ser empregado na destinação de maiores recursos para a três esferas que compõe a seguridade social, resultando em ajustes das aposentadorias, maior distribuição de renda e maior qualidade do SUS. Além disso, seria possível a criação de um fundo de reserva que ajudaria a compensar as perdas de arrecadação em momentos de crise, como é o caso atual, onde a economia ainda sofre com a forte contração do PIB verificada nos anos de 2015 e 2016. Nesse período houve uma queda acumulada de 7,5% da produção nacional de bens e serviços. Isso significa para a economia R\$500 bilhões a menos de produção, a eliminação de alguns milhões de empregos e consequentemente cerca de R\$150 bilhões a menos de receitas para o governo (ANFIP, 2017).

Fica evidente que o governo federal vem atuando seguindo a lógica do capitalismo contemporâneo e sua crise, onde o gasto público apresenta desvios que são destinados aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, e a alocação de recursos para a seguridade social, e consequentemente para a saúde, fica em segundo plano (Mendes; Carnut,2018). Usando um exemplo em valores: O pagamento com juros da dívida em 2015, correspondeu a 8% do PIB, enquanto para a saúde (MS) foi transferido apenas 1,7% (MENDES; FUNCIA,2016). Isso demonstra que a prioridade é o pagamento de juros da dívida pública.

O SUS desde sua criação é alvo de uma fragilidade financeira ao passo em que possui recursos insuficientes para o seu funcionamento nos princípios da CF. Em 2015 foi aprovada a EC nº 86 que agravava ainda mais o subfinanciamento do SUS. Segundo Mendes e Funcia (2016) já no primeiro ano essa medida representa uma diminuição de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde. Tal redução nos recursos deve-se porque a EC 86 muda a base de cálculo de aplicação do governo federal antes definida na EC 29/2000 e posteriormente mantida pela LC nº141/2012, para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, aumentando de forma progressiva até chegar a 15% da RCL em 2020. Além disso, o recurso referente ao pré sal deixa de ser um excedente destinado a saúde e há um aumento no gasto com emendas parlamentares.

A EC 86 logo foi substituída por outra, que trazia efeitos bem mais desestruturantes: a EC 95/2016. Essa emenda constitucional desvinculou a despesa federal com saúde de percentuais crescentes da RCL, como estava previsto na EC 86, e estabeleceu um teto de gasto das despesas primárias para os próximos 20 anos, tomando como base o valor das despesas de 2017 (nesse ano foi estabelecido para a saúde 15% da RCL) corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) (MENDES; CARNUT, 2018). Esta medida toma como

base um ano em que se observa a queda da RCL, o que significa um piso da saúde bem abaixo do que foi gasto no ano anterior, que acontece devido ao período de retração da economia. Soma-se ao problema de base de cálculo, o fato de o congelamento não considerar as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Segundo projeções do IBGE a população brasileira passará de 206,8 milhões em 2017, para 229,8 milhões em 2036, além disso, a população com mais de 65 anos aumentará de 8,94% em 2017 para 15,89% da população em 2036.

Observa-se que o Brasil até 2036 aumentará seu número de habitantes e de pessoas idosas, nessa realidade é necessário a oferta de mais serviços e disponibilidade de mais especialidades, sendo que muitas delas podem ter custos maiores. Nesse contexto de congelamento dos gastos não será possível o aumento dos serviços do SUS, praticamente não existirá investimentos nos próximos 20 anos. Isso representa o desmonte e crescente privatização da saúde pública, e não só isso, passa a se ter um quadro de desfinanciamento contínuo até 2036 e não mais de um financiamento insuficiente.

Estima-se uma perda para o SUS de R\$ 415 bilhões nos próximos 20 anos. Os recursos federais destinados ao SUS passarão a representar 1,0% do PIB, o que significa uma redução de 0,7% até 2036 (MENDES; CARNUT, 2018).

Existe uma mudança da lógica de financiamento e o que até então era um percentual mínimo a ser gasto, se torna um teto, ou seja, não há mais a liberdade de se gastar mais do que o mínimo estabelecido, mas sim um limite. Os mais afetados com essa medida serão os grupos sociais mais vulneráveis. Os Estados e municípios mais pobres também terão maiores dificuldades já que tem uma maior dependência das transferências federais para financiamento da saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Diante da restrição orçamentária é provável que os serviços de prevenção e promoção a saúde sejam mais afetados, já que a pressão da demanda dificulta o corte de gastos em serviços de urgência e emergência e pronto atendimento. O que não é uma boa alternativa, já que é mais barato promover e prevenir do que tratar pacientes crônicos cujos problemas poderiam ser evitados. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

## **2.2 Administração política da saúde**

Aprovado mediante a constituição de 1988, o SUS precisava de uma legislação específica, que demonstrasse de forma clara como as orientações estabelecidas na constituição seriam aplicadas na realidade brasileira. Sendo assim é criada a lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como também a organização e funcionamento dos serviços dessa área. Tem uma abrangência muito grande pois regula as ações e serviços em saúde de todo o território brasileiro, não se limitando ao SUS. Esclarece que a saúde é um direito essencial do ser humano e que é dever do Estado prover as condições que a assegurem. Sendo de responsabilidade do Estado reformular e executar políticas econômicas e sociais com o objetivo de reduzir riscos de doenças e outros agravos e de estabelecer as condições para assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde. Como complemento da lei mencionada anteriormente, é sancionada a lei 8.142/90 que passa a regulamentar os repasses intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre união, estados e municípios, como também a participação da população brasileira na gestão do SUS. (PAIM, 2009).

A lei orgânica da saúde determina a competência e atribuição das três esferas (União, Estados e Municípios), como também as atribuições comuns a elas. Existe uma hierarquização da rede, isso não significa que exista um serviço mais importante que outro, ou que um ente possa mandar nos demais, não existe hierarquização entre as três esferas, o que se tem é uma forma de organização ao qual os recursos disponíveis sejam usados de maneira

mais racional para que se possa atender mais e melhor o usuário do sistema. Então utiliza-se de uma estratégia regional de atendimento (com parceria município e estado) em que é seguida uma lógica de complexidade crescente. Essa hierarquização é referente aos serviços disponibilizados, onde entende-se que os recursos devem ser principalmente destinados à promoção da saúde e a prevenção de doenças com enfoque nos serviços e ações disponibilizados nas unidades básicas, não esquecendo da importância dos hospitais e serviços especializados, mas entendendo que a atenção básica constitui a base do sistema de saúde. O que existe é uma continuidade do atendimento, quando for preciso, em um nível hierárquico: atenção primária (básica), atenção secundária (ambulatorial especializada) e atenção terciária (hospitalar) (PAIM,2009).

O SUS passa a se concretizar a partir de um conjunto de instrumentos de gestão que são pensados de forma contínua e participativa com suas diversas instancias de gestão, a exemplo do Conselho de Saúde que formula as estratégias e controla a execução da política de saúde, mas que precisa que suas decisões sejam homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do poder. No âmbito municipal as políticas são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), no âmbito estadual são negociadas e pactuadas pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e no federal pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite). Outros mecanismos de gestão foram sendo criados, como as chamadas normas operacionais: NOB-91, NOB-93, NOB-96, NOAS 2000 e NOAS 2001 que foram atualizadas durante 15 anos e em 2006 traduzidas em um novo instrumento conhecido como pacto da saúde (PAIM, 2009).

As sucessivas NOBs possibilitaram o processo da descentralização da gestão dos recursos, havendo transferência da esfera federal para os municípios. Proporcionando a municipalização, que contribuiu para o sucesso das políticas de saúde, principalmente a atenção básica como forma de promoção de saúde e prevenção de doenças. A saúde passou a ser compreendida além da ausência de doenças.

Após a aprovação da NOB 01/96 é criado o Piso de Atenção Básica (PAB) que intensificou o processo de descentralização dos recursos, a partir disso houve aumento do número de municípios capazes de ficarem encarregados pela gestão da atenção básica e o Programa de Saúde da Família (PSF) foi consolidado e logo após definido com modelo assistencial mais compatível com a missão do SUS(OCKÉ-REIS,2012).

A partir da NOB 96 os municípios passaram a dispor de mais recursos que eram provenientes da união e estados e ser encarregados de muitas responsabilidades, a partir disso, passou a representar a principal esfera com responsabilização na gestão da saúde. Os estados ficaram mais afastados na aquisição de responsabilidades desse processo de descentralização, ficando encarregado de planejar, regionalizar e pactuar.

Essa política de municipalização foi eficaz, pois não representava simplesmente transferências, se observa que realmente existe uma mudança na gestão dos recursos, onde as demandas e opiniões expostas pela sociedade através de conselhos locais, municipais e conferências de saúde, torna possível o estabelecimento de prioridades pelo gestor (PAIM, 2009).

Mesmo com o sucesso dessa medida, não se pode afirmar que o SUS seja um dos poucos exemplos de administração política exitosa no Brasil (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018). Compreendendo melhor o que seja administração política, temos o conceito apresentado por Santos (2009,p.37) que diz que ela “nada mais é senão a gestão feita pelo Estado, nas relações com a sociedade, para edificar uma certa materialidade visando alcançar as finalidades, expressas no bem-estar da sociedade ou da humanidade”.

A administração política viabiliza os meios necessários para a construção, organização e implantação do projeto de nação (SANTOS, et al, 2009).

Se a administração política é a expressão das relações do Estado com a sociedade na concepção de um projeto da nação, então as formas de gestão (bases institucionais e organizacionais) para a implementação desse projeto de nação constituem o objeto da administração (SANTOS, 2009, p.50).

Logo, o Estado passa a ser o principal planejador do projeto de país. Ele é capaz de comandar um projeto de nação, construindo um modelo de gestão que tem o objetivo de criar um novo Estado mais eficiente e transparente, com a participação dos cidadãos. O papel do Estado Segundo Santos (2009, p.48): “é o de gestor e executor do projeto de nação, cuja finalidade é o bem-estar social”.

O cumprimento da finalidade encontra barreiras insuperáveis por conta da descontinuidade (administrativa) do processo de implementação do projeto de nação. A mudança de governo, quando apresenta um foco técnico-político-ideológico diferente, provoca essa descontinuidade. Porém, a alternância de partidos políticos ou outros meios de organização do poder é um dos nossos princípios de sociedade democrática e diversificada. Para tanto, é necessário entender a continuidade administrativa tomando como base a noção de temporalidade, que para nossa discussão, tem duas dimensões: a primeira que chamamos de administrativa, burocrática, normativa e que está relacionada ao mandato da pessoa ou partido que foi escolhido para governar, acabando esse mandato essa pessoa ou partido deve sair do comando, e ser substituído por outro (escolhido de acordo com as normas em vigor) que pode ter as mesmas fundamentações técnico-político-ideológicas ou não. A segunda dimensão chamamos de teórica e não está relacionada ao mandato, mas sim ao tempo técnico necessário para se alcançar a finalidade que é o bem-estar. Sendo assim a temporalidade administrativa, burocrática, normativa deve submeter-se a temporalidade teórica. (SANTOS, 2009).

Mesmo sendo um projeto que apresenta certa consolidação, o SUS sofreu muitos retrocessos, sendo que os progressos obtidos só foram possíveis a partir de pressões por parte da sociedade organizada. Por conta disso, não se pode dizer que o SUS se tornou uma política de Estado, ou mesmo parte de um projeto de nação (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018) (PAIM, 2009). Nota-se que há uma continuidade das políticas, porém em um âmbito de menor atenção, aspecto que varia de acordo com cada governo, sendo que alguns deles estabeleceram políticas austeras, o que impede o pleno funcionamento do sistema e coloca em debate a sua desestruturação.

### **3 METODOLOGIA**

O presente artigo tem como objetivo geral caracterizar o modelo de atenção a saúde de Baraúna, município localizado na Paraíba. Tem como objetivos específicos a identificação dos traços do perfil da população e a comparação dos indicadores da saúde de Baraúna com de outros municípios da microrregião. Em um primeiro momento trata-se de um estudo exploratório que segundo Gil (2010) tem o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro. Em um segundo momento se configura como um estudo descritivo que segundo Gil (2010) tem a finalidade de descrever características de determinado grupo, identificando possíveis relações entre variáveis.

A estratégia de pesquisa utilizada foi do tipo documental que de acordo com Martins e Theóphilo (2009) são estudos que usam documentos como fonte de dados, informações e evidências. Os dados foram coletados principalmente nas plataformas do SIOPS (Sistema de Informação sobre orçamentos públicos em saúde), DATASUS (Departamento de informática do SUS) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Trata-se de dados e análises que relacionam variáveis numéricas e as descreve, sendo assim uma pesquisa quanti-qualitativa que segundo Martins e Theóphilo (2009) é a

organização, sumarização, caracterização e interpretação de dados numéricos juntamente com sua análise e descrição.

Neste trabalho houve a coleta de dados para a caracterização do município estudado, como também para análise comparativa entre os municípios integrantes da mesma microrregião (Picuí, Frei Martinho, Pedra Lavrada, Nova Palmeira, Cubati, Tenório, Juazeirinho e Seridó). Os indicadores utilizados foram: participação percentual das receitas de impostos diretamente arrecadados pelos municípios; percentual da participação das transferências intergovernamentais correntes e de capital em relação a receita total; receitas de impostos e transferências constitucionais; porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29); despesa total com saúde; gasto total em saúde por habitante; despesa de recursos próprio em saúde por habitante e despesa com investimento.

Para a identificação dos traços do perfil da população os dados coletados foram: percentual de rendimento domiciliar, total de pessoas ocupadas (empregadas) e índice de desenvolvimento humano (IDHM) bem como sua evolução e participação de cada variável desse índice.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Caracterização de Baraúna

O município de Baraúna foi fundado em 29 de abril de 1994. Localiza-se na região centro norte da Paraíba, meso região da Borborema e microrregião do Seridó oriental paraibano, limita-se com os municípios de Sossego, Cuité, Pedra Lavrada e Picuí, como pode ser visto no mapa abaixo. Ocupa uma área de 50,582 km<sup>2</sup>. Situa-se aproximadamente a 207 km da capital paraibana, João Pessoa. Está incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, suas chuvas concentram-se de fevereiro a maio, com 9 a 11 meses de seca. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

**Mapa 1 - Localização Baraúna**



**Fonte:** Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (2017).

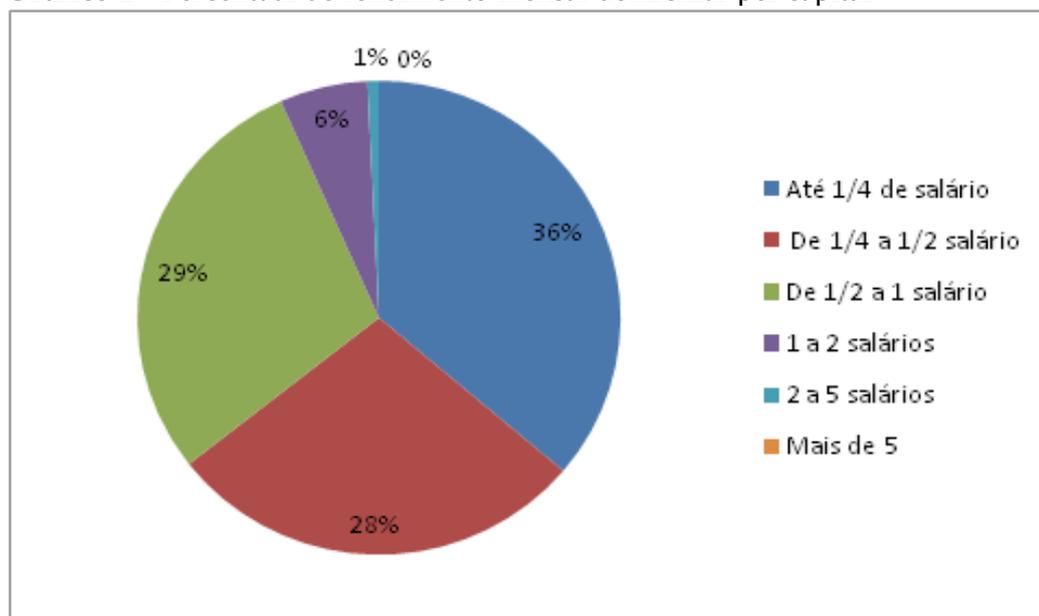
Em 2018 a população estimada do município foi de 4.831 habitantes, sendo o 7º município mais populoso na sua microrregião (Seridó) que possui 9 municípios, em termos estaduais ocupa o 170º dos 223 que compõe o estado. Sua densidade demográfica é de 83,43 hab/km². (IBGE, 2018).

A agricultura, a pecuária e avicultura (setor primário) representam as atividades econômicas predominantes (50 a 75%). Os principais produtos cultivados são mandioca, feijão, algodão e o sisal. A pecuária apresenta modesta criação de bovinos, caprinos e ovinos. Também tendo a criação de galináceos na avicultura. O setor secundário representa de 20 a 40%, e o setor de serviços (terciário) representa de 5 a 25%. (Prefeitura Baraúna).

O município depende quase que exclusivamente dos repasses oriundos de fontes externas que representa 98,3% das receitas. Apresentando uma renda per capita em 2016 de R\$ 7.666,51 (IBGE, 2015, 2016).

Ainda em 2016, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 1,7 salários mínimos, ocupando então a posição 47 de 223 em termos de média salarial no estado. O total de pessoas ocupadas era 286 pessoas o que representa 5,9% da população total. (IBGE, 2017). Segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, os domicílios com rendimentos mensais de até ¼ de salário mínimo representavam 36%, os que apresentavam rendimentos maiores que ¼ até meio salário mínimo representavam 28%, de meio salário até 1 salário 29%, de 1 a 2 salários 6%, de 2 a 5 salários mínimos 1% dos domicílios. Conforme pode ser observado no gráfico abaixo:

**Gráfico 1** - Percentual de rendimento mensal domiciliar per capital



**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do censo 2010 do IBGE.

Se voltar a 2010 quando o censo foi feito e o salário mínimo era R\$ 510,00, teria:

- 36% dos domicílios tendo uma renda mensal de até R\$127,50;
- 28% acima de 127,50 até R\$255,00;
- 29% acima de R\$255,00 até R\$510,00;
- 6% acima de R\$510 até R\$ 1020,00 e apenas 1% correspondendo mais que R\$ 1.020,00 até R\$2.550,00. Não foi registrado nenhum domicílio que possuísse renda mensal acima de 5 salários mínimos.

Utilizando o mesmo contexto e modificando apenas o valor do salário para o qual é hoje, teria respectivamente:

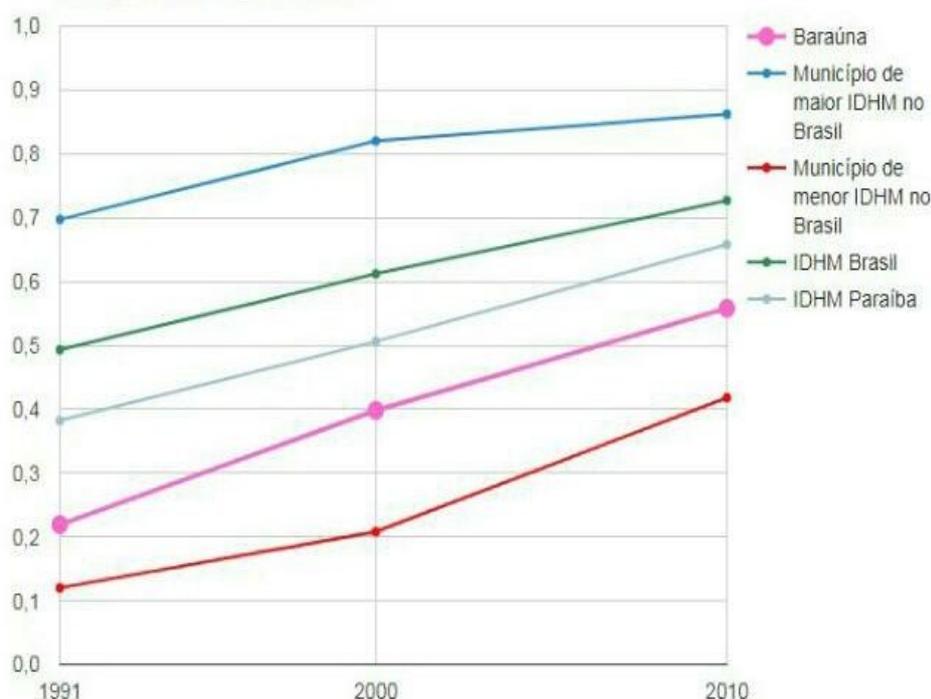
- 36% dos domicílios tendo uma renda mensal de até R\$ 249,50;

- 28% a partir de 249,50 até R\$ 449,00;
- 29% acima de R\$449,00 até R\$998,00;
- 6% acima de R\$998,00 até R\$ 1.996,00 e apenas 1% correspondendo mais que R\$ 1.996,00 até 4.990,00.

Trata-se de um município que possui uma população dependente de políticas públicas, entre as quais se destaca o SUS. Como citado anteriormente, apenas 5,9% da população possui ocupação formal. A partir do gráfico 1 pode-se concluir que 93% dos domicílios recebem até 1 salário mínimo, valor esse destinado para satisfação das necessidades primárias (alimentação e higiene). Sendo assim essa população não possui recursos para recorrer ao setor privado, o sistema de saúde público é sua única alternativa.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), de Baraúna em 2010 é de 0,558, o que coloca o município na faixa de desenvolvimento humano baixo (IDHM entre 0,500 e 0,559). Sendo a dimensão da longevidade a que mais contribui para o IDHM do município com o índice de 0,718, seguida pela renda, com índice de 0,526 e a educação, com índice de 0,459. O IDHM do município apresentou notável crescimento entre os anos de 1991 a 2010, saindo de 0,219, em 1991, para 0,558, em 2010, o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,382 para 0,658. Em comparação com a UF, o município apresentou maior taxa de crescimento que foi de 154,79% enquanto a UF apresentou taxa de crescimento de 72%. Para o município, a dimensão que teve o maior crescimento em termos absolutos foi a educação (com crescimento de 0,405), seguida por renda e longevidade. Já na UF, a dimensão que teve maior crescimento em termos absolutos também foi a educação (com crescimento de 0,358), seguida, no entanto, por longevidade e por renda. (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO NO BRASIL, 2010). Observa-se a evolução do IDHM no gráfico abaixo:

**Gráfico 2 - Evolução IDHM- Baraúna- PB**



**Fonte:** PNUD, Ipea e FJP (2010).

No que se refere a educação, segundo o IBGE (2010), a taxa de escolarização de 6 a 14 anos foi de 97%. Ainda em 2010, 72,99% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino regular com até dois anos de defasagem idade-série. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 3,66% estavam cursando o ensino superior. Nesse mesmo ano o percentual de pessoas

de 15 a 24 anos que não estudavam, não trabalhavam e eram vulneráveis representavam 36,44% da população dessa faixa. (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010). De acordo com o IBGE, em 2018 foram matriculados 754 alunos no ensino fundamental e 213 no ensino médio. O município conta com 2 estabelecimentos voltados para o ensino fundamental possuindo 35 docentes que leciona nessas escolas e 1 estabelecimento voltado para o ensino médio com 13 docentes.

Na área da saúde, de acordo com o IBGE (2017) a taxa de mortalidade é de 22,23 óbitos por mil nascidos vivos. As internações por conta de diarreias, em 2016, são de 0,6 para cada mil habitantes. A atenção primária no município é executada pelas Equipes de Saúde as Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Agente de Combate à Endemias (ACE), Vigilância em Saúde que agrega as Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Segurança e Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, possuindo para esse fim, 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 02 Unidade Básicas de Saúde (UBS) do tipo âncora na zona rural (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2017).

O quadro abaixo mostra a produção ambulatorial (SUS) de Baraúna, por grupos de procedimentos que apresentou as seguintes quantidades no ano de 2017:

**Quadro 1-** Produção Ambulatorial (SUS) de Baraúna, por grupos de procedimentos

<b>Grupo de Procedimento</b>	<b>Quantidades</b>
Ações de promoção e prevenção em Saúde	11.153
Procedimentos com finalidade diagnóstica	1003
Procedimentos clínicos	22.741
Procedimentos cirúrgicos	517
Órteses, próteses e materiais especiais	499
Ações complementares da atenção à saúde	13
Total	35.926

**Fonte:** elaboração própria a partir dos dados do plano municipal de Baraúna (2017).

A maior porcentagem da produção ambulatorial está relacionada com procedimentos clínicos e ações de promoção e prevenção em saúde, o que mostra que a produção ambulatorial está concentrando seu foco no diagnóstico de doenças para seu tratamento, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com relação a morbidade hospitalar os números de internações por grupos de causas, em 2017, apresentaram as respectivas quantidades como mostrado no quadro abaixo:

**Quadro 2 -** Número de internações por grupos de causas

<b>Causas de morbidade hospitalar</b>	<b>Nº de internações</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12
Neoplasias (tumores)	14
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5
Transtornos mentais e comportamentais	7
Doenças do sistema nervoso	2
Doenças do aparelho circulatório	18
Doenças do aparelho respiratório	33
Doenças do aparelho digestivo	33
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3

Doenças do sistema osteomuscular e do tecidoconjuntivo	3
Doenças do aparelho geniturinário	17
Gravidez, parto e puerpério	70
Algumas afecções originadas no períodoperinatal	2
Malformações congênicas, deformidades eanomaliascromossômicas	1
Sintomas, sinais e achados anormais de examesclínicos e de laboratório, não classificados emoutra parte	6
Lesões, envenenamento e algumas outrasconsequências de causasexternas	25
Fatores que influenciam o estado de saúde e ocontato com os serviços de saúde	5
Total	258

**Fonte:** Adaptando do portal DATASUS (2017).

Observa-se que o número total de internações no ano de 2017 foi de 258, prevalecendo o maior número de internações nas causas de gravidez, parto e puerpério, correspondente a 27,13% das internações, seguida pelas doenças do aparelho respiratório e digestivo onde ambas correspondem a 12,79% dos casos. Sendo então esses três grupos de causas responsáveis por 52,71% das internações.

Ainda em 2017, o município apresentou um total de 30 mortes por grupos de causas. As causas de mortalidade no município de Baraúna são apresentadas no quadro abaixo:

### **Quadro 3 - Causas de mortalidade**

<b>Causas de Mortalidade</b>	<b>Nº de Mortes</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitarias	1
Neoplasias (tumores)	7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2
Doenças do aparelho circulatório	12
Doenças do aparelho respiratório	2
Doenças do aparelho digestivo	1
Malformaçõescongênicas,deformidadeseAnomaliacromossômicas	1
Causas externas de morbidade e mortalidade	4
Total	30

**Fonte:** Adaptando do portal DATASUS (2017)

Está relacionado a doenças do aparelho circulatório o maior número das mortes que foi de 12, o que representa 40% do total das mortes. A segunda causa que apresenta maior número de mortes é neoplasias (tumores) com 7 mortes, o que representa 23,33% das causas das mortes. Sendo então essas duas causas as maiores responsáveis por mortes no município.

## **4.2 Grau de dependência de Baraúna**

Para analisar o grau de dependência do município foram utilizados dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Segundo essa plataforma, em 2017, a participação percentual das receitas de impostos diretamente arrecadados pelo município representava 0,98% em relação a receita total, o percentual da participação das transferências intergovernamentais correntes e de capital em relação a receita total era de 95,09% das receitas totais. Trata-se de um município que depende quase que exclusivamente das receitas oriundas de fontes externas. Assim, qualquer alteração na política de repasse de

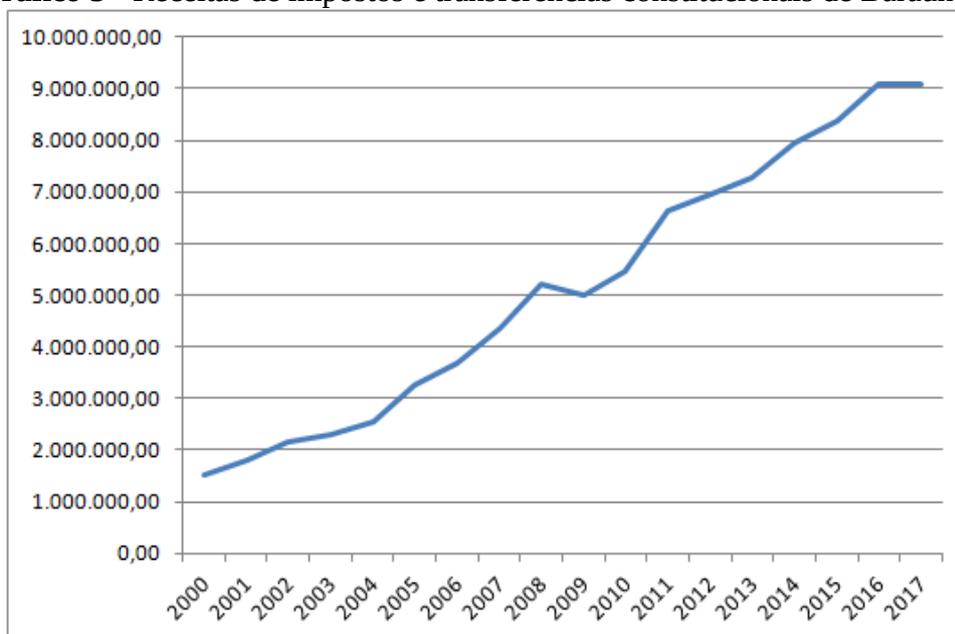
recursos, como redução, ou congelamentos de gastos afetará de forma negativa os serviços oferecidos pelo município.

### 4.3 Cumprimento da EC 29

Como já mencionado anteriormente, a EC 29/2000 representou um grande avanço para saúde, pois, definiu de forma clara o modo de financiamento do SUS. Bem como os percentuais mínimos a serem gastos por cada ente em ações e serviços de saúde pública. Ela estabeleceu que os Estados e Municípios deveriam alocar, no primeiro ano, pelo menos 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, e alcançar o percentual, no mínimo, de 12% para os Estados e 15% para os municípios até 2004, para a União o percentual mínimo seria corrigido pela variação do PIB (Produto interno Bruto), conforme já explicado na fundamentação teórica dessa pesquisa (MENDES; FUNCIA, 2016).

. Segundo dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde a partir do ano de 2000, nota-se que as receitas de impostos e transferências constitucionais tiveram um expressivo aumento, conforme apresentado no gráfico abaixo:

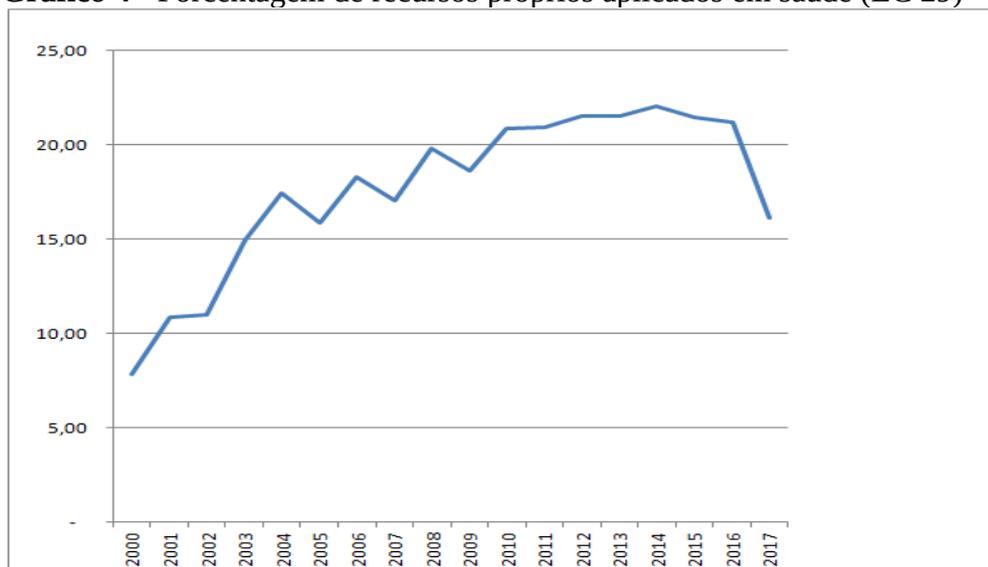
**Gráfico 3** - Receitas de impostos e transferências constitucionais de Baraúna (PB)



**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Baraúna passou a ter uma receita 594% maior do que a que tinha em 2000, em 2017 o valor dessas receitas e transferências não apresentaram crescimento, como vinha tendo ano após ano, ao contrário, teve uma leve queda de R\$ 2.837,47 devido a retração da economia e os debates quanto a EC 95.

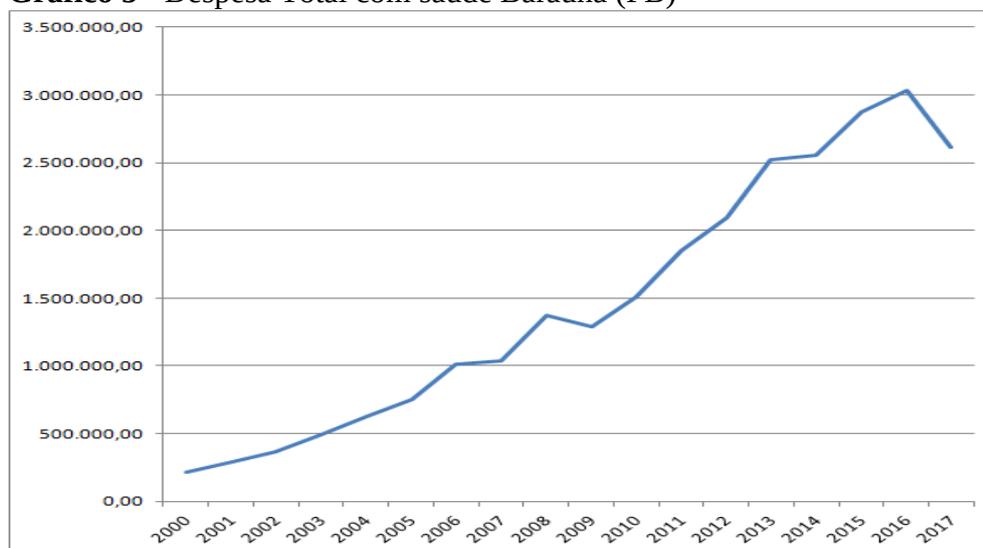
Ainda de acordo com os dados do SIOPS, Baraúna passou não apenas a alocar o mínimo exigido, mas também a aplicar mais do que era obrigatório (15% segundo a EC 29). A evolução dos percentuais dos recursos próprios aplicados em saúde pode ser verificada no gráfico a seguir:

**Gráfico 4 - Porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)**

**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Entre 2004 e 2017 os recursos alocados para ações e serviços de saúde apresentaram uma média de 19,5%, sendo os anos de 2010 a 2016 os quais apresentaram maior porcentagem (entre 20,89 e 22,08), em 2017 nota-se uma redução significativa da porcentagem de recursos próprios aplicados pelo município que caiu de 21,2% para 16,14%

Com o aumento das receitas de impostos e transferências constitucionais, o estabelecimento do mínimo obrigatório a ser gasto com ações e serviços de saúde e a liberdade para se gastar acima do mínimo; Baraúna, assim como outros municípios, passou a ter uma maior despesa. O gráfico 5 mostra o aumento das despesas em saúde que de 2000 a 2016 que apresentou um aumento de 1.388,64%.

**Gráfico 5 - Despesa Total com saúde Baraúna (PB)**

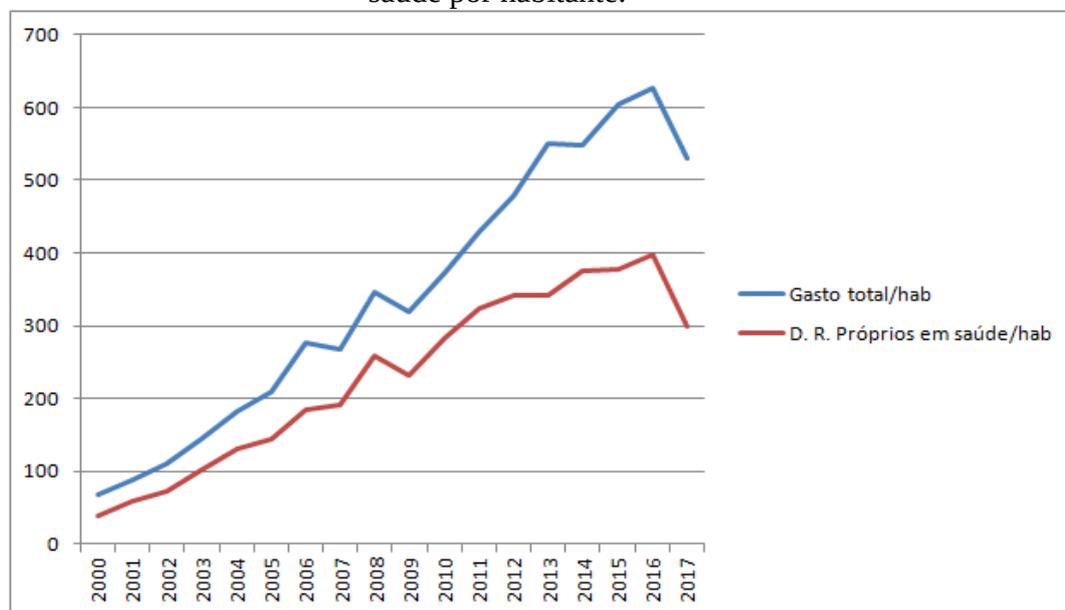
**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

A despesa total com saúde saiu de R\$ 218.706,41 em 2000 para R\$ 3.037.052,77 em 2016, apresentando um queda significativa em 2017 de R\$ 420.701,73 . Embora em 2017 as receitas de impostos e transferências constitucionais não tenham tido diminuição significativa,

a despesa total apresentou diminuição de 13,86%, causada pela redução da porcentagem de recursos próprios aplicados pelo município que caiu de 21,2% para 16,14%.

Como consequência da EC 29 e todos os seus resultados, não pode-se deixar de mencionar a despesa total com saúde per capita (gasto da saúde por habitante), que saiu de R\$ 69,01 por habitante em 2000, para R\$ 627,1 em 2016, apresentando crescimento de 908,70%. Conforme observa-se no gráfico abaixo:

**Gráfico 6** - Gasto total em saúde por habitante e despesa de recursos próprios em saúde por habitante.



**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Em 2017, devido a causas como a retração da economia e as medidas de cortes, as despesas apresentaram uma queda de 15,27% passando então a ser R\$ 531,24 a despesa total por habitante.

No âmbito das despesas dos recursos próprios em saúde por habitante, até 2016 apresentou crescimento, passando do valor de R\$ 37,93 em 2000 para R\$398,20, em 2017 a despesa per capita dos recursos próprios teve uma redução de 25,16%. Podemos a partir daí concluir que uma das causas da diminuição do gasto total está relacionado a redução da despesa dos recursos próprios.

#### 4.5 Relação de Baraúna com os outros municípios da região

A microrregião do Seridó Oriental Paraibano é composta por 9 municípios: Baraúna, Picuí, Frei Martinho, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Cubati, Tenório, Juazeirinho e Seridó. A partir de agora, iremos comparar alguns indicadores de Baraúna com outros municípios.

O quadro 4 nos possibilita ter uma ideia de diferenças populacionais, demográficas e de óbitos entre os municípios.

**Quadro 4:** Municípios da microrregião do Seridó Oriental Paraibano

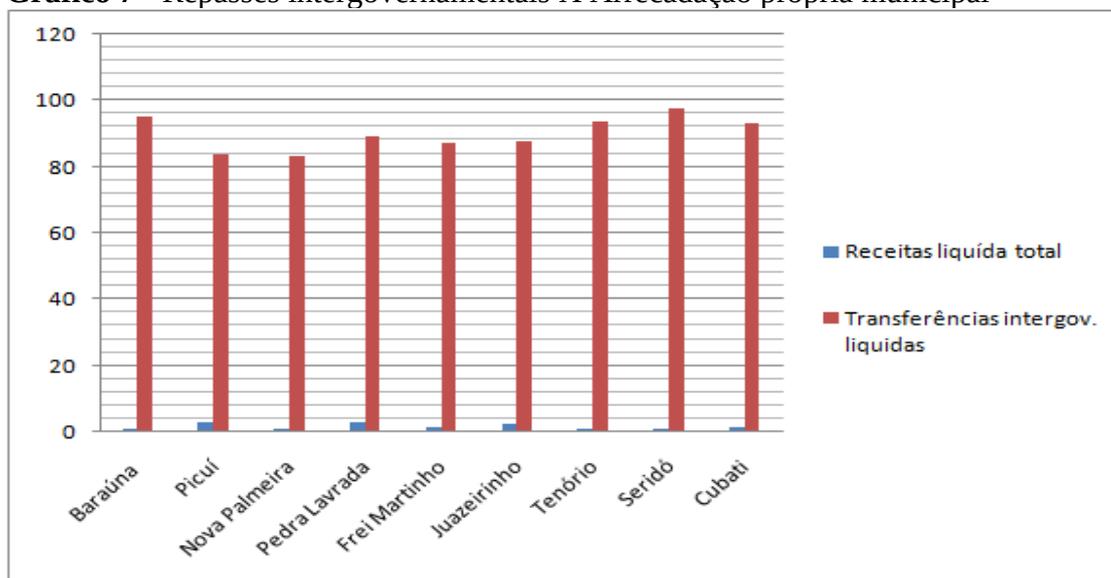
Municípios	População Estimada (2018)	Densidade demográfica (2010)	Óbitos por mil nascidos vivos (2017)
Baraúna	4.831	83,43hab/km <sup>2</sup>	21,28
Picuí	18.706	27,54hab/km <sup>2</sup>	11,81

Frei Martinho	2.990	12hab/km <sup>2</sup>	47,62
NovaPalmeira	4.840	14,05ab/km <sup>2</sup>	24,39
Pedra Lavrada	7.766	21,26hab/km <sup>2</sup>	17,76
Cubati	7.763	50,13hab/km <sup>2</sup>	10,75
Tenório	3.035	26,72hab/km <sup>2</sup>	47,62
Juazeirinho	18.041	35,88hab/km <sup>2</sup>	25,97
Seridó	10.728	37hab/km <sup>2</sup>	20,83

Fonte: Elaboração própria segundo dados do IBGE.

Como pode-se observar trata-se de municípios pequenos, que possuem um número de óbitos acima da média nacional (12,8 para cada mil nascidos vivos, segundo o IBGE 2017). Tendo apenas 2 municípios (Picuí e Cubati que apresentam percentuais abaixo desse valor). O município de Baraúna encontra-se com o quinto maior número de óbitos na sua microrregião. Além disso, são municípios que tem uma alta dependência de repasses intergovernamentais como mostrado no gráfico a seguir:

**Gráfico 7 - Repasses intergovernamentais X Arrecadação própria municipal**



Fonte: Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

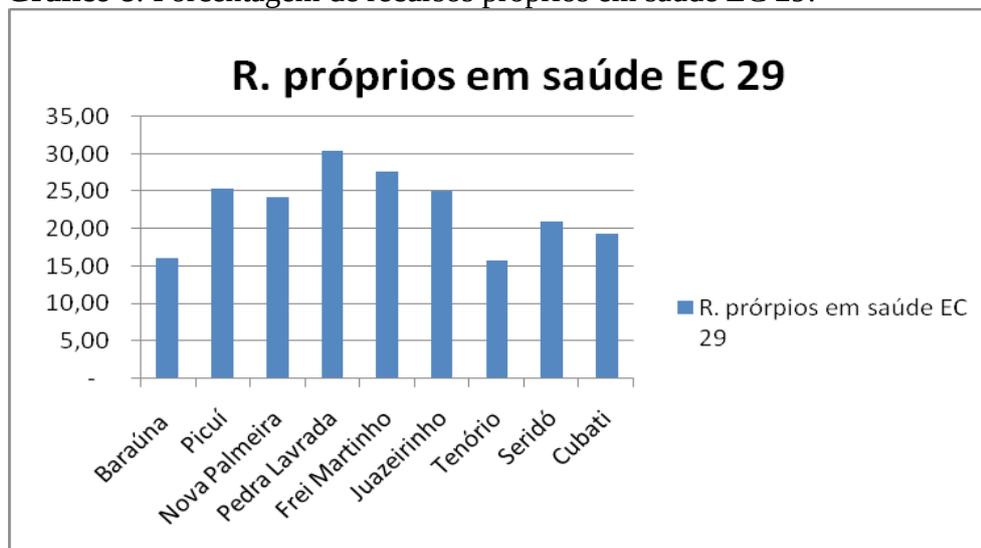
Se tratando do percentual de receita líquida provenientes dos impostos arrecadados pelos municípios, nota-se que todos possuem um percentual muito baixo, por conta disso eles possuem uma necessidade muito grande dos repasses intergovernamentais, que como nota-se no gráfico, são elevados.

Baraúna na sua microrregião encontra-se como o segundo município com menor percentual de receita líquida arrecadada e segundo maior em transferências intergovernamentais, ficando atrás somente de Tenório. Isso demonstra a fragilidade dos municípios da microrregião do Seridó Oriental Paraibano, principalmente de Tenório e Baraúna, que serão fortemente afetados pelas políticas de austeridades.

Através do gráfico a seguir, pode-se verificar que existe uma relação entre o total de receitas líquidas arrecadadas pelos municípios e os recursos próprios destinados a saúde, os municípios que arrecadam menos, destinam percentuais menores de recursos próprios para a saúde, como o caso de Tenório e Baraúna que são os que menos arrecadam e os que também tem o menor percentual de recursos próprios destinados a saúde. Porém, os que arrecadam

mais, não necessariamente destinam mais, como o caso de Picuí que é o que mais arrecada, mas em termos de recursos próprios destinados a saúde fica em terceiro.

**Gráfico 8:** Porcentagem de recursos próprios em saúde EC 29:

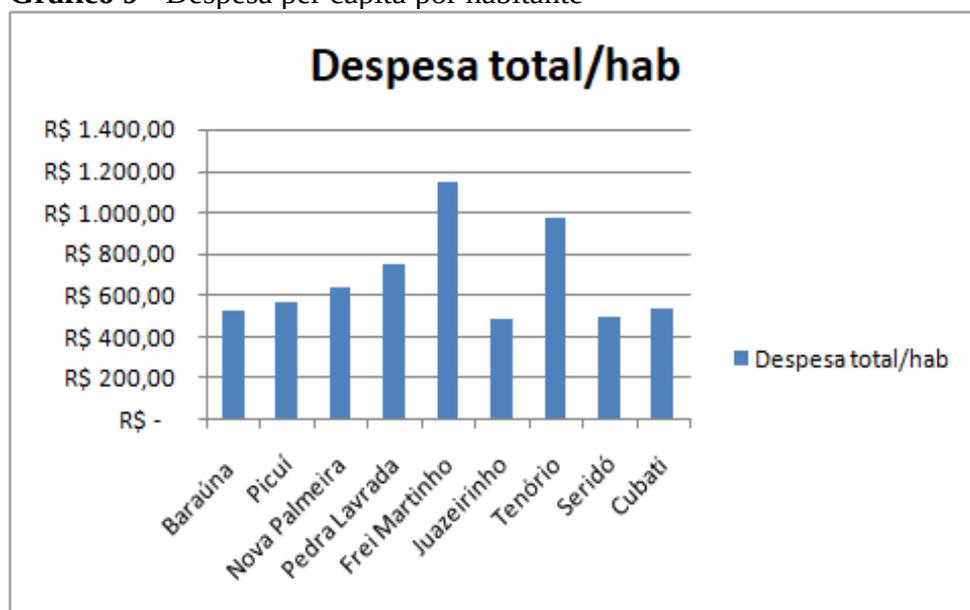


**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Cabe destacar o município de Pedra Lavrada que destina de recursos próprios o dobro do que é obrigatório (segundo a EC 29) e Frei Martinho que embora seja o quinto em arrecadação é o segundo que mais destina recursos próprios em saúde da sua microrregião.

A despesa per capita por habitante apresenta variação de acordo com os municípios. O gráfico 9 mostra que Baraúna fica em uma das posições que tem menor despesa per capita, sendo o terceiro com o menor valor dentre os nove municípios da sua microrregião (R\$ 531,24). Juazeirinho, Seridó e Baraúna possuem respectivamente os menores valores, como se pode verificar no gráfico a seguir:

**Gráfico 9 -** Despesa per capita por habitante



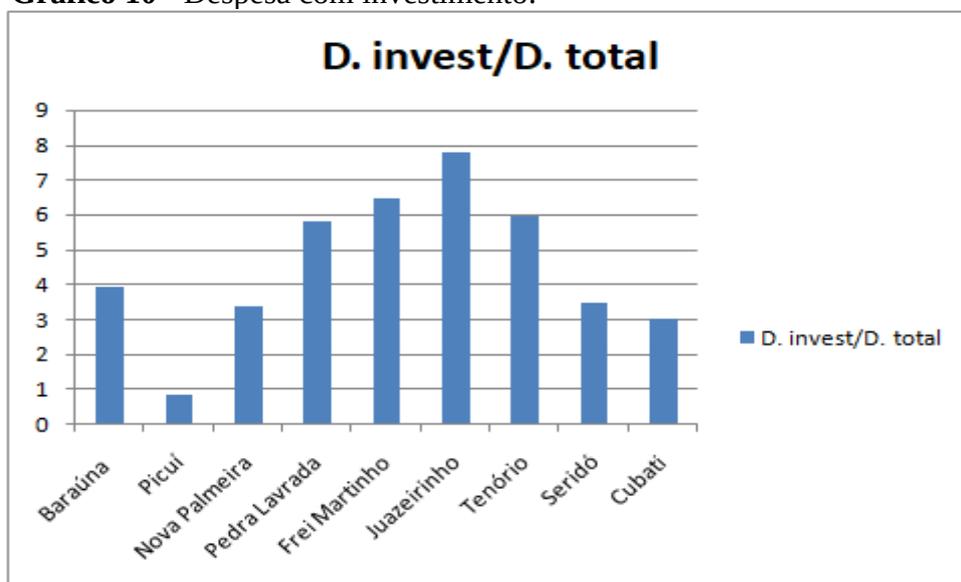
**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Algo curioso é que embora Tenório seja o que destina menor porcentagem de recursos próprios para a saúde, representa o segundo maior em despesa per capita (R\$ 973,30) isso pode ser relacionado ao número de habitantes que possui, pois quando se divide a despesa total por habitante tem-se um valor maior, já que sua população é pequena. Fato esse que também pode ser visto no caso de Frei Martinho, que possui a maior despesa per capita (R\$1.150,05), isso tanto por conta de sua população que é a menor na microrregião, quanto pelo seu percentual de recursos próprios destinados a saúde que é um dos maiores (27,66%).

Esses dois municípios são os únicos que ultrapassam a média da despesa per capita da Paraíba (R\$ 912,11) e se aproximam, especialmente Frei Martinho, da média do país (R\$1.271,65) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Tratando-se da despesa com investimento, percebe-se que o comportamento dos municípios tem variações, Juazeirinho que tem a menor despesa per capita, apresenta uma despesa maior com investimentos, o que pode ser relacionado com a busca por aumento e/ou melhoria da sua estrutura (estabelecimentos voltados para a saúde) e até mesmo ao modelo de gestão adotado pelo prefeito. Pode-se visualizar melhor os percentuais de investimento no gráfico abaixo:

**Gráfico 10 - Despesa com investimento:**



**Fonte:** Elaboração própria segundo dados do SIOPS, dados referentes a 2017.

Embora Baraúna seja o terceiro município com menor despesa per capita, quando se trata da despesa com investimento ele vai para o quinto dentre os nove municípios de sua microrregião. Picuí que está com uma despesa per capita superior ao de Baraúna, encontra-se como o que menos investe. Fatos esses, como já mencionados, que podem estar relacionados, dentre outros motivos, com a forma de gestão escolhida pelo gestor e o estabelecimento de prioridades.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS representa um projeto estruturado, o qual possui um arcabouço bem elaborado. Porém quando se trata do seu financiamento existe negligência. Desde sua concepção há incerteza quanto aos recursos que irão o custear, além disso, ele tem se tornado alvo de cortes de verbas, com a desculpa de que existe um déficit nas contas públicas. O SUS como foi proposto pela constituição não pode ser consolidado diante de recursos insuficientes.

A partir da EC 29, o SUS passou a ter uma certa estabilidade, porque se tinha definido de onde viriam os recursos destinados a saúde, porém ainda se tinha um caso de subfinanciamento, o que compromete a quantidade e qualidade de serviços prestados. Não o bastante, se tem a aprovação de EC 95 que congela os gastos públicos com saúde durante 20 anos, o que piora ainda mais o quadro de subfinanciamento. Como se trata de uma medida aprovada recentemente não se tem como analisar o seu real impacto, que afetará de forma mais agressiva a estados e municípios mais pobres.

Nesse artigo estudou-se o município de Baraúna, localizado na Paraíba, observou-se alguns indicadores sociais que possibilitaram identificar que se trata de um município com uma pequena população, baixo nível de escolarização, com a maioria dos domicílios tendo renda de até um salário mínimo e um IDHM que o coloca na faixa de desenvolvimento humano baixo.

No âmbito da saúde, Baraúna é um município, que até 2017, destinava pouco mais do que o obrigatório (estabelecido na EC 29). Possui uma despesa total por habitante bem abaixo da média estadual e nacional e dentre os municípios da sua microrregião está entre um dos que menos destina recursos próprios para a saúde e com menor despesa per capita por habitante. Com relação ao investimento está em uma posição mediana, nem muito alta e nem muito baixa em comparação aos outros municípios de sua microrregião. Sua população diante da baixa renda precisa e depende que as políticas públicas deem certo, elas não têm mais a quem recorrer, se não, ao Estado, porém diante dos percentuais e valores verificados, nota se que o município não chega nem perto de oferecer serviços e ações de saúde com qualidade para todos.

Baraúna, assim como os municípios de sua microrregião, entre outros com realidades parecidas, serão um dos municípios que sentirá de forma mais dura os efeitos da EC 95, já que sua arrecadação é muito baixa (não chega a 1% do total das receitas), o que faz com que ele seja dependente de repasses das outras esferas. Diante de um menor repasse das fontes externas, o município não tem condições de arcar com o valor que deixou de ser recebido e consequentemente, diminuirá ou deixará de oferecer alguns serviços, impactando diretamente a população, principalmente as mais necessitadas.

Algumas das limitações esta relacionada com a defasagem dos dados, como por exemplo, o censo do IBGE que é realizado de 10 em 10 anos, e o último censo ter sido em 2010, também ao índice de desenvolvimento humano que é do mesmo ano, sendo que o contexto atual pode ter mudado. Outro ponto é o SIOPS possuir informações até 2017, e os valores de 2018 não terem sido divulgados até o momento da pesquisa, não dando para analisar os efeitos iniciais da EC 95.

Sugere-se fazer novos estudos a medida que os dados forem sendo publicados, além disso, o censo do IBGE está prestes a ser realizado agora em 2020, e é uma ótima oportunidade para se estudar o contexto atual com dados atualizados e acompanhar os efeitos da EC 95, seja em um contexto de nível nacional ou específico.

## REFERÊNCIAS

ANFIP. **Análise da Seguridade Social 2017**. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de estudos da Seguridade Social e Tributário. Brasília: ANFIP 2018.

BARAÚNA. Plano municipal de saúde, 2018. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=25&codTpRel=01>. Acesso em 14 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde: eixo 1**. Brasília (DF), 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, v.1). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). Acesso em: 13 de maio de 2019.

CONOF/CD. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. **Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000**, 2012. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2019.

CFM- Conselho Federal de Medicina. **Estados reduzem participação no gasto com saúde**, 2018. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27963:2018-11-12-18-36-26&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27963:2018-11-12-18-36-26&catid=3). Acesso em 26 de maio de 2019.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Países ricos gastam quase dez vezes mais que o Brasil**, 2018. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=27965:2018-11-13-14-23-18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=27965:2018-11-13-14-23-18). Acesso em: 05 de junho 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2º Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEDEIROS JÚNIOR, Geraldo; SILVA, Ana Maria Vicente. **Saúde e seguridade em tempos de ec-95: uma análise sobre o comportamento dos gastos com saúde á luz da economia e administração política**. UEPB, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo Contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc**, São Paulo, v.27, n.4, p. 1105-1119, 2018.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.M et al. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; MS, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-168. (v.1).

ÓCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS- o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, Jairnilson. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PREFEITURA DE BARAÚNA. Dados Geográficos. Disponível em: <http://barauna.pb.gov.br/paginas/dados-geograficos>. Acesso em 16 de maio de 2019.

SANTOS, Reginaldo Souza. A administração política como campo do conhecimento. 2 ed. Salvador: EAUFBA, São Paulo: Hucitec-Mandacaru, 2009.

SANTOS, Reginaldo Souza; RIBEIRO, Elizabeth Matos; CHAGAS, Thiago. Bases teórico-metodológicas da administração política. **Revista Brasileira de Administração Política**, Salvador: EAUFBA, v.2, n.1, p. 19-43, 2009.

SIOPS- [Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde](#), indicadores. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicPB.def>. Acesso em 05 de abril de 2019.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci De Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito a saúde no Brasil. **IPEA**, Brasília, n.28, set.2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT\\_n28\\_Disoc.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf). Acesso em: 13 de maio de 2019.