



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC**

JOSÉ CAETANO DE LEMOS NETO

**O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE NOVA FLORESTA: UMA ANÁLISE DOS
INDICADORES DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2001 A 2017.**

**CAMPINA GRANDE
2019**

JOSÉ CAETANO DE LEMOS NETO

**O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE NOVA FLORESTA: UMA ANÁLISE DOS
INDICADORES DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2001 A 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento do Curso de Administração e Economia - DAEC do Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA da Universidade Estadual da Paraíba em forma de artigo como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

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.

L555m Lemos Neto, Jose Caetano de.

O modelo de atenção à saúde de nova floresta [manuscrito] : uma análise dos indicadores de gestão no período de 2001 a 2017 / Jose Caetano de Lemos Neto. - 2019.

29 p.

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, Departamento de Administração e Economia - CCSA."

1. Gestão pública. 2. Saúde pública. 3. Administração política. 4. Atenção à saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.1

JOSÉ CAETANO DE LEMOS NETO

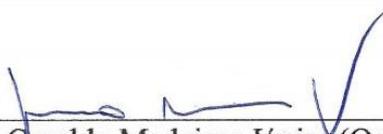
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE NOVA FLORESTA: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2001 A 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento do Curso de Administração do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual da Paraíba, em forma de artigo como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

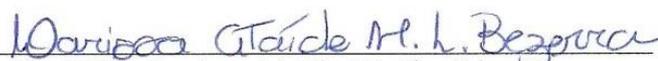
Área de concentração: Administração Pública

Aprovada em: 17/06/2019.

BANCA EXAMINADORA



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



Prof. Dra. Larissa Ataíde Martins Lins Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Paoline Levy Pereira Almeida
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE	7
3	ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE	9
4	OS CONSÓRCIOS E A GESTÃO PÚBLICA	10
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO	12
6	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA FLORESTA/PB.....	13
6.1	Efeitos da EC-29 sobre os gastos e arrecadação em saúde de Nova Floresta/PB	17
6.2	O CIMSC e sua importância regional e municipal	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	27

TÍTULO: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE NOVA FLORESTA/PB: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2001 A 2017.

José Caetano de Lemos Neto*
Geraldo Medeiros Júnior**

RESUMO

A gestão pública enfrenta diversos desafios, sendo marcantes os ligados a aspectos de natureza financeira e os relacionados a gestão dos serviços. Nesse sentido, entender e conhecer os desafios a serem enfrentados é fundamental. Este estudo tem o objetivo de examinar o modelo de atenção à saúde da cidade de Nova Floresta na Paraíba, levando em consideração indicadores de gestão da saúde. Com isso, o estudo inclina sua fundamentação à análise dos serviços de saúde no Brasil e os preceitos da Constituição Federal (1988), com as regulamentações e os financiamentos garantidos pela Gestão Pública, para promover à população o direito à atendimento médico. Ao final do estudo será identificado como o modelo de atenção à saúde, voltado essencialmente para a atenção básica, dado sua estrutura física de atendimento, mostra-se frágil. A constatação reforça a importância da participação de Nova Floresta no consórcio de saúde, CIMSC, principalmente se levado em conta o número expressivo de mortalidade e morbidade hospitalar relacionadas a doenças e causas que exigem cuidados e atenção especial. No presente estudo foi priorizado métodos quantitativos, além de pesquisa descritiva e exploratória na busca pela obtenção dos resultados pretendidos.

Palavras-chave: Gestão Pública. Saúde Pública. Administração Política.

ABSTRACT

The public management faces several challenges, when the tied ones be outstanding to aspects of financial nature and the made a list ones to management of the services. In this sense, opinion and to know the challenges to be faced is basic. This study has the objective to examine the attention model to the health of the city of Nova Floresta in the Butch woman, taking into account indicators of management of the health. Therewith the study tilts his fundamentação to the analysis of the services of health in Brazil and the precepts of the Federal Constitution (1988), with the regulations and the financing guaranteed by the Public Management, to promote to the population the right to the medical service. To the end of the study it will be identified like the attention model to the health, turned essentially for the basic attention, given his physical service structure, it appears fragile. The observation reinforces the importance of the participation of Nova Floresta in the partnership of health, CIMSC, mainly when if the expressive number of mortality was taken into account and morbidade hospital when they were made a list to diseases and causes that demand cares and special attention. In the present study it was priorizado quantitative methods, besides descriptive inquiry and exploratória in the search for getting the pretended results.

Keywords: Public management. Public health. Political administration.

* Estudante do curso de graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba.

**Professor Doutor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é objeto de diversos debates sobre sua funcionalidade e precariedade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim o propósito de garantir a população o acesso a atendimento médico adequado enfrenta desafios na gestão pública. Isso porque a autonomia concedida pelas regulamentações federativas aos municípios nem sempre atendem as expectativas do Estado. Nesse sentido novos arranjos institucionais, como os consórcios, e novas perspectivas administrativas, como a administração política, surgiram com o objetivo de promoverem ações que garantam ao serviço público o cumprimento das demandas populacionais.

A princípio, será apresentado, com o auxílio teórico de autores como Gilson Carvalho (2008); Fábio de Barros Correia Gomes (2014) entre outros, os aspectos que identificam indicadores de distribuição dos recursos para a saúde e os prosseguimentos do SUS mediante sua implementação. Do exposto, é perceptível como a distribuição das verbas afeta a realidade social em relação ao funcionamento e estrutura dos serviços públicos de saúde. Neste sentido, é possível notar as consequências negativas das políticas públicas de financiamento adotadas que caracterizaram e caracterizam o subfinanciamento do SUS ao longo dos anos. Constatado pela insuficiência dos repasses financeiros, que apesar de crescente nos anos analisados, mostram-se insuficientes, que por sua vez provocam incertezas relacionadas a sustentabilidade da saúde pública.

Sendo assim, o surgimento de emendas constitucionais que buscaram estabelecer o controle dos repasses financeiros e estabeleceram percentuais que pudessem atender a demanda da população brasileira foram imprescindíveis e proporcionaram estabilidade à saúde. Tais regulamentações específicas, sancionadas pelo Governo, aprimoraram a funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e mitigaram os problemas existentes. Além disso as normas específicas oriundas dos anos 90 possibilitaram a cooperação da União, estados e município e viabilizarão as políticas de descentralização do SUS.

Essas mudanças estruturais do SUS, relacionadas as atribuições e responsabilidades transferidas aos municípios, evidenciam a inviabilidade dessas composições adotadas com o pacto federativo na saúde, em consequência do despreparo das gestões municipais integradas ao sistema, bem como a crescente demanda da população. Assim novas alternativas administrativas e teóricas necessitam ser exploradas pela administração pública, como é o caso da consolidação dos consórcios intermunicipais e da aplicação da administração política na gestão pública.

Isso posto, a participação dos municípios no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó (CIMSC) consolida-se como solução frente os desafios enfrentados pelos entes federados. Quando analisados os principais indicadores financeiros relacionados à saúde do município de Nova Floresta na Paraíba e sua realidade social, bem como a disponibilidade de unidades de atendimento médico para prevenção e tratamento de doenças, entende-se a importância do consorcio para o município e para a região em que atua. A contribuição exercida pelo CIMSC na saúde local e regional, alcançando mais de 130 mil habitantes, distribuídos entre os 15 municípios consorciados, mostra que a cooperação horizontal entre entes federados traz vantagens para todos, dentre elas: economia de recursos e garantia de serviços especializados de saúde para a população. Quando analisados indicadores financeiros nos períodos entre 2001 a 2017, bem como dados mais atuais de Nova Floresta e região, percebe-se com maior clareza as dificuldades enfrentadas e a importância de novas alternativas que as mitiguem.

Diante do exposto, este estudo objetiva analisar o modelo de atenção à saúde do município de Nova Floresta na Paraíba com base em seus indicadores de gestão no período de 2001 a 2017. Desse modo buscaremos averiguar através dos indicadores disponibilizados pelo

Ministério da Saúde, quais são as características do serviço prestado pela cidade à população, levando em consideração a realidade dos demais municípios de sua região. Com isso, será possível discorrer sobre a estrutura de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) local, com as diretrizes da Constituição Federal de 1988 e leis vigentes. Além disso, mostraremos a relação do referido município paraibano no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó (CIMSC). Sendo assim e tendo por base o objetivo traçado, o presente estudo buscou responder o seguinte problema: Como se estrutura o modelo de atenção à saúde de Nova Floresta/PB a partir de indicadores financeiros relacionados à saúde?

Quanto aos procedimentos metodológicos, foram usados, no presente estudo, métodos quantitativos além de pesquisa bibliográfica e documental. Assim, com as pesquisas realizadas em bases de dados secundárias, como SIOPS E DATASUS, foi feita estruturação dos dados coletados com análise do conteúdo e exposição de gráficos e tabelas que apresentam os indicativos apurados sobre o estudo.

2. SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE

Desde de sua concepção o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diversos desafios que afetam seu bom funcionamento e o impedem de ser um sistema capaz de atender todas as demandas da população brasileira. Desafios esses relacionados ao modelo de gestão, modelo institucional, infraestrutura, recursos humanos, entre outros, que são sempre recorrentes, mas, dentre todos, o mais impactante diz respeito ao seu financiamento irregular e insuficiente.

A constituição de 1988 mudou a relação entre cidadão e Estado, novos direitos foram assegurados, ampliando garantias a desassistidos além de criar fontes de recursos para assegurar o financiamento dos serviços. Embora previstos, constatou-se que, em grande parte, os novos recursos foram desvinculados de sua real destinação (CARVALHO, 2008). Dentro dessa perspectiva o SUS, desde de sua origem, sofre com subfinanciamento e desfinanciamento de seus serviços.

Com a constitucionalização da saúde, diversas fontes de recursos foram previstos para financiá-la, fontes essas de natureza fiscal (recursos fiscais), sociais (recursos sociais), concursos prognósticos (loterias) e DPVAT (CARVALHO, 2008). Apesar de previstos, não ficou decidido qual o percentual mínimo deveria ser aplicado na saúde pelos três níveis de governo, salvo os recursos provenientes da Seguridade Social ficando determinado a aplicação mínima de 30% de seu orçamento na saúde, mantendo-se esse percentual até aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Para os anos que se seguiram, ficou mantido na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) o percentual de 30% a ser aplicado em saúde. Segundo Carvalho (2008) essa política se manteve até o ano de 1994, quando o então presidente vetou o dispositivo, diminuindo pela metade os recursos da saúde a cada ano. Diante dos fortes impactos provocados pela medida adotada os debates em torno das fontes próprias de financiamento da saúde foram retomados.

Criada em 15 de agosto de 1996 a Contribuição Sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi um esforço do então ministro da saúde, Adib Jatene, em garantir mais recursos para o setor diante do quadro de subfinanciamento e da precariedade dos serviços. O novo imposto, de caráter provisório, deveria ser usado por no máximo dois anos, mas Gomes (2014, p 09) expõe que a “matéria foi alterada por mais oito leis e três medidas provisórias, (até 2007), e, principalmente, por mais três Emendas Constitucionais – 21/1999, 37/2002, e 42/2003, que prorrogaram sua duração ou modificaram sua alíquota”.

A criação da CPMF não conseguiu reverter o quadro de insuficiência de recursos para a saúde, de acordo com Gomes (2014) a Desvinculação das Receitas da União (DRU) já comprometia 20% de suas receitas. Paralelamente a isso, outras fontes de recursos foram reduzidas, a exemplo da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e

da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSSL). Esse conjunto de medidas evidenciam o subfinanciamento e o desfinanciamento da saúde ao longo do tempo.

Diante da insuficiência de recursos para a saúde a EC-29 foi aprovada e trouxe inúmeros avanços, entre eles, a constitucionalização de recursos fixos para o setor e seu quantitativo, para estados e municípios, 12% e 15% respectivamente, já que a União “ficou com a obrigação de investir em saúde em 2000 o mesmo valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e nos anos seguintes o empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB” (CARVALHO, 2008, p 45).

Apesar de ser considerada um importante avanço a EC-29 foi criticada, pois a participação de recursos da União ficou vinculada a variação do PIB e não a sua arrecadação, invertendo a obrigatoriedade para estados e municípios, que tiveram seus quantitativos percentuais atrelados a sua arrecadação. Além disso, durante o processo de tramitação da proposta a mesma foi descaracterizada do projeto original, PEC 169, de Eduardo Jorge, “que pretendia garantia de aplicação na saúde, pela União, de no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social provenientes das contribuições sociais e de 10% da receita resultante dos impostos” (GOMES, 2014, p 10). O que se observou como resultado foi que os recursos da União tiveram uma menor participação no financiamento da saúde e os estados e municípios tiveram um conseqüente aumento de suas responsabilidades.

Para efeitos comparativos, em 2001, se aplicado o que previa a PEC 169, a participação da União seria de R\$57 bi, mais que o dobro aplicado pelas regras da EC-29, que foi de R\$25,7 bi. Tomando como referência o ano de 2007, seriam aplicados na saúde R\$132 bi, considerando a PEC 169, valor bastante superior ao aplicado pela EC-29, que foi de R\$44,3 bi. Representando menos de 40% dos recursos previstos pela PEC 169. (CARVALHO, 2008). Os números nos dão a entender que apesar dos avanços conquistados, entre eles a possibilidade constitucional de aplicação de recursos fixos na saúde, a EC-29 poderia ter avançado de maneira significativa no que diz respeito ao financiamento do setor.

A Emenda 29 foi bastante debatida nos anos seguintes à sua aprovação, isso por que a sociedade organizada buscava mitigar o problema do subfinanciamento através de regulação da mesma. Além disso a EC-29 necessitava de definições claras sobre o que seriam gastos com serviços e ações com saúde, evitando que governantes de estados e municípios atrelassem gastos com “fardamentos de policiais, programa do leite ou despoluição da Baía de Guanabara como gastos com saúde”. (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018, n.p).

Somente em 2012, por meio da Lei Complementar nº 141, a Emenda foi regulamentada. Mas uma vez não foi possível adotar critérios de participação fixos por parte da União para financiar a saúde, mas em contrapartida ficaram definidos o que são serviços e ações em saúde. Em 2015, a EC-86, definiu a aplicação mínima da União, abandonando o critério de variação do PIB e atrelando os recursos a um percentual da Receita Corrente Líquida, de 15%. Mendes e Carnut (2018) argumentam que o percentual deveria aumentar gradativamente, iniciando-se em 2016, com 13,2%, e chegando em 2020 aos 15% previstos. Para os autores a medida foi um retrocesso, pois impactou negativamente o orçamento do Ministério da Saúde.

Dentro de um contexto político e econômico conturbados, tendo como símbolos a retração da economia, alto número de desempregados e o impeachment da então presidente Dilma Rousseff, são implantadas ou reimplantadas medidas drásticas neoliberais no país. O novo governo buscava reduzir o tamanho do Estado, privatizando estatais e cortando o que considerava custos desnecessários. Com esse propósito surge a EC-95, condicionando por 20 anos o aumento de investimentos públicos a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), além de mudar o conteúdo do que havia sido determinado na EC- 86. Ou seja, o aumento do

investimento público ficou condicionado a variação da inflação do ano imediatamente anterior, não havendo mais aumento real do mesmo.

Um outro ponto crítico apontado por estudiosos e especialista da área, a exemplo de Medeiros Júnior e Silva (2018), foi o ano escolhido como parâmetro para base de cálculos. O ano em questão foi 2017, período em que o país enfrentava recessão econômica e consequente corte de gastos, ou seja, a base de cálculo para os anos seguintes começou contando com menos recursos. O impacto provocado pela medida é preocupante e traz bastantes incertezas relacionadas a sustentabilidade financeira da saúde pública brasileira. Mendes e Carnut (2018, p. 1113) afirmam que “os recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos”. Depreende-se então o tamanho do impacto no orçamento do SUS e o tamanho da gravidade para o setor, principalmente se levado em consideração o envelhecimento da população e a necessidade de mais recursos para atender a demanda crescente por saúde.

3. ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a pretensão de ser universal, integral e equânime, estando ele assegurado na constituição Federal de 1988 e regulamentado em leis específicas, como é o caso da lei orgânica nº 8.080/90. Essa e outras leis, como a nº 8.142, de 1990 ou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, regulamentaram e consolidaram o SUS, estabelecendo as competências de cada esfera de governo no tocante à saúde, assegurando comando articulado aos governos federal, estadual e municipal com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde no país. (BRASIL, 2016)

Nesse contexto, a saúde como direito fundamental, nos termos da Constituição Federal 1988, exige grande esforço político e colaborativo dos três níveis de governos e também da sociedade organizada, além de alto grau de planejamento e gestão. Foi assim que durante a década de 1990 se observou mudanças estruturais no SUS. Como descreve Paim (2015, p. 44):

No início dos anos 90, por um lado, muitos estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis; por outro, lado o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante o repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governos. Diante do quadro, na construção do SUS recorreu-se a um conjunto de portarias, chamadas de normas operacionais: NOB-91; NOB-93, NOB-96, Noas-2000 e Noas-2002.

Ainda de acordo com o autor, as normas foram atualizadas por mais de 15 anos para viabilizar a política de descentralização do SUS. Processo esse que trouxe cooperação aos três níveis de governo, União, estados e município, além de proporcionar a participação cidadã.

Tal distribuição indica uma orientação explícita de constituir um modelo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, com expressiva participação de Estados e Municípios que, pela primeira vez na história do país, passam a atuar com protagonismo na organização e gestão das políticas de Estado de Bem-Estar Social uma característica única: um sistema universal em um federalismo tripartite de base local autônoma, com direitos originários de soberania garantidos constitucionalmente (BRASIL, 2016, p. 41/42)

Além de uma mudança estrutural a saúde brasileira também mudou seu enfoque: inseriu grupos vulneráveis no sistema, agora, com acesso universal e igualitário, e inverteu o modelo de assistência médica, focando na prevenção, no controle de riscos e na promoção da saúde. Além disso, a descentralização permitiu adequar a gestão da saúde a realidade local, sendo a esfera municipal responsável por gerir o sistema de saúde. (PAIM, 2015)

O SUS foi também um marco de ruptura no modelo de gestão da saúde brasileira, saindo de um sistema restrito, como era o Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS), para um modelo que se pretendia universal e equânime. A lei nº 8.142/90 é parte desse processo de ruptura, Paim (2015) argumenta que a lei regulou as transferências financeiras intergovernamentais na área da saúde, bem como o Fundo Nacional de Saúde, além dos fundos estaduais e municipais, regulou os conselhos de saúde, assegurando participação democrática, regulou os planos de saúde governamentais, como também os relatórios de gestão e ainda estabeleceu os planos de carreira, cargos e salários. E não menos importante, a gestão participativa e controle social das comunidades foi assegurada através das instâncias colegiadas do SUS nos três níveis de governo, sendo elas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Os mecanismos de controle social do SUS e instâncias de participação representados pela Conferência de Saúde, órgão avaliativo, e Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, são importantíssimos na articulação e participação conjunta das três esferas de governos na gestão do SUS. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite dão mostra dessa importância além de evidenciar uma gestão participativa e democrática.

O SUS é o grande pilar da saúde pública brasileira, então pensa-lo como projeto de nação, assim como proposto por Gomes e Santos (2017), abandonado a visão de curto prazo, ou seja, eliminando os convencionais projetos partidários que marcam grandes questões do país, é indispensável. Principalmente se levado em conta que a universalidade do sistema não foi concretizada, muito menos conseguiu combater a pobreza e a desigualdade social de forma exitosa, como bem destacou Ocké-Reis (2012).

Pode-se dizer então, conforme Medeiros Júnior e Silva (2018), que o Estado necessita ser Gestor e não mais gerente, mudando o enfoque administrativo. A administração Estatal necessita então ultrapassar conceitos e barreiras e ser uma administração política, que Santos (2009, p. 37) descreve como sendo “a gestão feita pelo Estado, nas suas relações com a sociedade, para edificar uma certa materialidade visando alcançar as finalidades expressas no bem-estar de uma sociedade ou humanidade”. Sendo assim, o Estado seria o grande responsável pelo projeto de nação, tendo a administração política como meio para atingir sua finalidade.

Levando em consideração os números, Paim (2015, p. 49) afirma que “o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema único, público e gratuito de saúde”. Garante assistência a mais de 190 milhões de beneficiários, sendo que desses, 145 milhões dependem exclusivamente do SUS, tendo mais de 2 milhões de funcionários em atuação permanente, movimentando cerca de 90% do mercado de vacinas e tendo 50% dos equipamentos hospitalares. O que fica evidente é o tamanho e importância do SUS e como o mesmo necessita ser mais que um sistema de saúde, necessita ser um projeto de nação, tendo como norte a administração política.

4. OS CONSÓRCIOS E A GESTÃO PÚBLICA

A repactuação política ocorrida em 1988 proporcionou uma forte descentralização das políticas públicas, de atribuições e responsabilidades municipais. Essa nova composição administrativa exigiu uma forte interação entre as esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de garantir programas e políticas públicas essenciais. Nesse contexto, o novo pacto federativo atribuiu responsabilidades aos municípios as quais os mesmos não estavam preparados, resultando em descompassos na gestão pública que podem ser atribuídos a uma demanda crescente por serviços sociais de qualidade e uma estrutura pública, principalmente a nível municipal, bastante precária e ineficiente. No entanto, assegurar os direitos sociais previstos na constituição de 1988, como saúde, educação, segurança, entre outros, demandam arranjos institucionais complexos além de alto grau de cooperação e coordenação entre os entes federados.

O pacto federativo com uma administração descentralizada, com articulação vertical, mostrou-se insuficiente na superação de problemas estruturais e sociais. Cherubine e Trevas (2013, p. 19) argumentam que “um dos desafios das políticas públicas federativamente concertadas é estruturar capacidades de coordenação e cooperação horizontais”. Como é o caso de políticas regionalizadas em áreas como da saúde, educação, transportes públicos, saneamento, resíduos sólidos e outras. Os autores ainda argumentam que toda essa estrutura organizacional exige novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental onde a capacidade de coordenação e iniciativa dos entes federados é indispensável. É dentro desse contexto que os consórcios públicos se consolidaram como alternativa viável, já que devido razões socioeconômicas muitos governos não conseguem garantir a seus cidadãos todos os serviços necessários.

Nesse sentido, Cherubine e Trevas (2013, p. 20) definem o consórcio público como sendo “um arranjo institucional de cooperação e coordenação federativas”, podendo ser formalizado entre as esferas governamentais e configurado como autarquia associativa, onde opera competências a ele delegadas. Surge então uma nova personalidade jurídica que, de acordo com Abrúcio e Sano (2013), pode ser de direito público, de direito privado ou ainda ser pactuado através de acordos consorciais ou pactos intermunicipais. Marinela (2011) adverte que essa nova personalidade jurídica é específica do direito público, pois é celebrado pelos entes federados e objetiva a prestação de serviços públicos. Esse novo arranjo administrativo se configura como estratégia para fortalecer políticas sociais regionalizadas, como a da saúde.

Os consórcios estão previstos na lei nº 11.107/2005 e regulamentado pelo decreto nº 6.017, de janeiro de 2007. Porém, cabe destacar que o associativismo consorcial e outras formas de cooperação entre entes federados é anterior a 2005, seu marco legal remonta a segunda república sendo que sua abrangência e denominação sofreram diversas alterações ao longo dos regimes políticos instaurados, conforme quadro 01, abaixo.

Quadro 01 - Prerrogativas constitucionais para desenvolvimento da cooperação entre entes da federação na República brasileira

	Marco legal	Denominação	Abrangência
2ª República	Decreto nº 23.611, de 20-12-1933	Consórcios profissionais-cooperativos	Art. 7ª — Os consórcios profissionais-cooperativos poderão constituir uniões municipais, federais estaduais e confederações nacionais, desde que de uma mesma finalidade econômico-profissional, e terão personalidade jurídica separada e gozarão dos mesmos direitos e vantagens dos consórcios profissionais-cooperativos isolados.
Estado Novo	Constituição de 1937	Agrupamentos de municípios	Art. 29 — Os municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins. Parágrafo único — Caberá aos Estados regular as condições em que tais agrupamentos poderão constituir-se, bem como a forma, de sua administração.
Ditadura Militar	Constituição de 1967	Convênios	Art. 16, § 4ª — Os Municípios poderão celebrar convênios para a realização de obras ou exploração de serviços públicos de interesse comum, cuja execução ficará dependendo de aprovação das respectivas Câmaras Municipais.
	Emenda Constitucional nº 1, de 1969		Art. 13, § 3ª — A União, os Estados e Municípios poderão celebrar convênios para execução de suas leis, serviços ou decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais ou municipais.
Período democrático	Constituição de 1988	Consórcios públicos e convênios	Art. 241 — A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.
	Lei nº 11.107, de 6-4-2005	Consórcios públicos (1), e Consórcios administrativos (2)	Art. 1ª Dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum; § 1ª O consórcio público constituirá associação pública (1) ou pessoa jurídica de direito privado (2).
	Decreto nº 6.017, de 17-1-2007		Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

Fonte: Machado e Andrade, 2014.

Após a constituição de 1988 os consórcios entre dois ou mais municípios se expandiram, proporcionando a execução de serviços públicos comuns de forma conjunta em um modelo de gestão descentralizada, além de garantir racionalização de recursos locais e regionais.

Na saúde, área de maior difusão consorcial, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) estavam previstos na Lei Orgânica da Saúde, (LOS), de 1990, assim como na Norma Operacional Básica da Saúde de 1993 (NOB 10/93). Nesses casos, Abrúcio e Sano (2013) afirmam que tais estruturas administrativas apresentavam fragilidades jurídicas e institucionais. Cabia aos entes públicos associados a formulação das regras e a gestão dos serviços produzidos por uma entidade privada, situação essa alterada pela lei nº 11.107 de 2005, que trouxe maior segurança jurídica para os entes consorciados.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa científica para Gil (2010) faz parte de um procedimento racional voltado a obter repostas a questões previamente estabelecidas. Nesse sentido os métodos e as técnicas como procedimentos científicos são fundamentais e indispensáveis. Para Marconi e Lakatos (2011) o conhecimento científico lida com ocorrências ou fatos e está fortemente apoiado em ideias onde a experimentação determina a veracidade ou falsidade do mesmo.

Neste estudo, foi feita uma sistematização na qual foi priorizado métodos quantitativos, além de pesquisa descritiva e exploratória na busca pela obtenção dos resultados pretendidos. Como parte do processo o estudo contou ainda com levantamentos bibliográficos e documentais. Com isso, diante das pesquisas realizadas, foi feita organização e análise dos dados coletados de maneira que pudessem responder a problemática estabelecida bem como que pudessem contribuir com a compreensão do objeto de estudo e suas particularidades.

Marconi e Lakatos (2011) argumentam que a pesquisa quantitativa representa um universo, com dados generalizados voltados para o ambiente de estudo. O método quantitativo permite, segundo as autoras, conhecer o traçado histórico da informação. As vantagens da metodologia quantitativa podem ser descritas como sendo precisas e controladas, com integração metodológica da quantificação e qualificação dos dados, além de prevenir conclusões subjetivas do pesquisador a respeito do objeto de estudo. A partir do exposto, conclui-se que a metodologia quantitativa se adequa melhor as pretensões do estudo realizado.

Dessa maneira, o presente estudo foi iniciado com pesquisas em sites, artigos, revistas e livros, na tentativa de construir os conceitos bases necessários, bem como revelar a conjuntura da saúde municipal de Nova Floresta/PB e seus aspectos socioeconômicos.

Posteriormente foram levantados dados financeiros relacionados à saúde municipal de Nova Floresta/PB e de todos os municípios associados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó – CIMSC, usando base de dados secundária. Tal levantamento foi feito através do site do Ministério da Saúde, plataforma SIOPS, onde foi possível obter os dados financeiros usados no presente estudo. Também foram feitas buscas no portal DATASUS, do Ministério da Saúde, de onde foi extraído o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Nova Floresta/PB. Os dados obtidos foram tratados, analisados e organizados em planilha Excel, de onde foi possível extrair os gráficos usados no estudo. Foram feitos levantamentos no site do CIMSC, como também no site do município sede do consórcio de saúde, Cuité. Além de reiterados contatos telefônicos com o secretário executivo do mesmo. De onde foi possível obter contratos de rateios entre os membros associados do consorcio, relatórios de gestão e também conhecer como se estrutura a gestão do mesmo.

6. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NOVA FLORESTA/PB

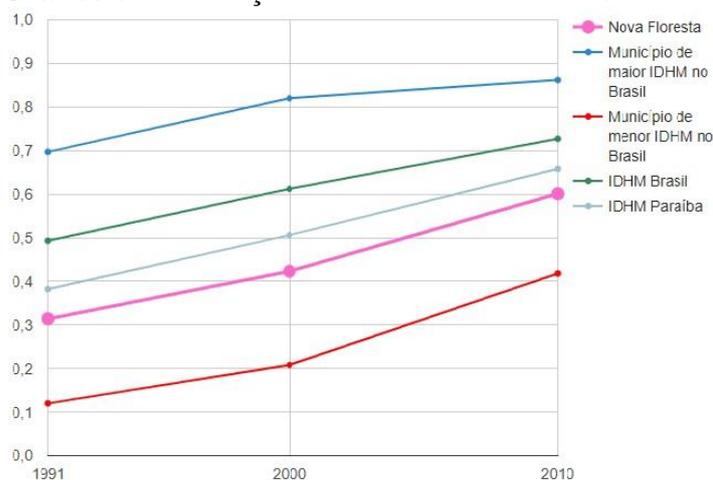
O município de Nova Floresta, localizado na Mesorregião do Agreste Paraibano (Mapa 01) e inserido na Microrregião do Curimataú Ocidental, estado da Paraíba, faz fronteira com o estado do Rio Grande do Norte e com os Municípios de Picuí (20km) e Cuité (7km), ficando a mais de 240 kms de distância da capital do estado, João Pessoa. Por estar situado a mais de 500 metros acima do nível do mar o município, possui um clima menos árido do que o predominante no sertão do estado, além de, sendo sua área serrana húmida, proporcionar clima agradável durante todo o ano.

Mapa 1 – Nova Floresta na Mesorregião do Agreste Paraibano.

Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021 (2017).

Em 2018 a população estimada do município foi de 10.651 habitantes, sendo o 80º município mais populoso do Estado, de um total de 223, já em sua microrregião, Curimataú Ocidental, é o 7º município mais populoso dos 11 pertencentes a sua microrregião. Sua densidade demográfica é de 222,31 hab/km², com uma área total de 47,379 km². (IBGE, 2018).

A economia municipal ao que pode ser observado a partir de dados do IBGE (2017), depende quase que totalmente das receitas oriundas de fontes externas, 97,2% do total, com um PIB per Capita de R\$ 7.508,59. A média salarial dos trabalhadores formais para o ano de 2016 foi de 1,6 salários mínimos, ocupando a 98ª posição no estado e a 8ª em sua microrregião. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) municipal no ano de 2010 foi de 0,601, situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600, e 0,699). Conforme apontado pelo Atlas do Desenvolvimento do Brasil (2010), o IDHM do município passou de 0,314, em 1991, para 0,601, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,382 para 0,658, implicando um crescimento significativo tanto para o município como para UF, 91,40% e 72%, respectivamente. Conforme pode ser observado em gráfico 01, abaixo:

Gráfico 01 - Evolução do IDHM - Nova Floresta - PB

Fonte: PNUD, Ipea e FJP (2010).

Com relação a educação, de acordo com IBGE (2010), o município registrou uma taxa de escolarização entre 06 a 14 anos de 96,7%. Dados do mesmo órgão mostram que em 2017

foram matriculados 1.513 alunos no ensino fundamental e 247 no ensino médio. Em 2015, o município contava com 87 docentes no ensino fundamental e 22 no ensino médio, tendo ainda 9 estabelecimentos de ensino fundamental e 01 voltado ao ensino médio.

Em se tratando da saúde municipal, ainda de acordo com dados do IBGE, para o ano de 2014, a Mortalidade infantil foi de 6,8 óbitos por mil nascidos vivos. Para o ano de 2016 o mesmo órgão registrou 0,2 internações por diarreia a cada mil habitantes, números esses relativamente baixos. O município conta ainda com 11 estabelecimentos de saúde vinculados aos serviços do SUS, em contrapartida não foi observado estabelecimentos de saúde vinculados ao estado ou Governo Federal. Conforme quadro 01, abaixo.

Quadro 1 – Rede física de saúde de Nova Floresta/PB.

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE
Unidade de saúde da família PSF I nova floresta
Unidade de saúde da família PSF II nova floresta
Unidade de saúde da família PSF III nova floresta
Unidade de saúde da família PSF IV nova floresta
Unidade de saúde da família PSF V nova floresta
Posto de saúde nossa senhora de Lourdes
Unidade mista de Nova Floresta nossa Senhora das Graças
Secretária municipal de saúde
Vigilância em saúde de nova floresta
Posto de coleta de nova floresta
Núcleo de apoio a saúde da família NASF 2

Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021 (2017).

Levando em conta os dados obtidos através do relatório de gestão referente ao ano de 2017, obtido junto a plataforma DATASUS (Departamento de Informática do SUS) o município apresentou um total 84 mortes por grupos de causas, sendo que dessas, 22 foram relacionadas a doenças do aparelho circulatório, representando 26,19% do total, e 12 foram relacionadas a sintomas e sinais achados anormais, 14,29% do total. Respectivamente, essas foram as maiores causas de morte no município, conforme quadro 02, abaixo.

Quadro 2 – Mortalidade por grupo de causas

CAUSAS DE MORTALIDADE	Nº MORTES
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5
Neoplasias (tumores)	8
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8
Doenças do aparelho circulatório	22
Doenças do aparelho respiratório	8
Doenças do aparelho digestivo	4

Doenças do aparelho geniturinário	3
Algumas afecções originadas no período perinatal	3
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12
Causas externas de morbidade e de mortalidade	10
Total	84

Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021 (2017).

Em se tratando dos casos de morbidade hospitalar, foi observado que no ano de 2017, segundo mesmo relatório de gestão obtido junto a plataforma DATASUS, foram feitas 451 internações. Sendo que gravidez, parto e puerpério é quem apresenta maior taxa de incidência, 157 internações no ano, respondendo por 34,81% dos casos de morbidade hospitalar no município. Conforme quadro 03, abaixo.

Quadro 3 – Morbidade hospitalar por grupo de causas

CAUSAS DE MORBIDADE HOSPITALAR	Nº INTERNAÇÕES
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36
Neoplasias (tumores)	40
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7
Transtornos mentais e comportamentais	9
Doenças do sistema nervoso	4
Doenças do aparelho circulatório	26
Doenças do aparelho respiratório	30
Doenças do aparelho digestivo	30
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2
Doenças do aparelho geniturinário	15
Gravidez, parto e puerpério	157
Algumas afecções originadas no período perinatal	13
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	13
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	37
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	18
Total	451

Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021 (2017).

Em Nova Floresta/PB podem ainda ser constatados diversas deficiências em sua área urbana como: má distribuição de energia elétrica, rede inadequada de abastecimento de água,

carência de esgoto sanitário, destinação inadequada do lixo, entre outros fatores que impactam de maneira direta e indireta a qualidade de vida e saúde de seus habitantes.

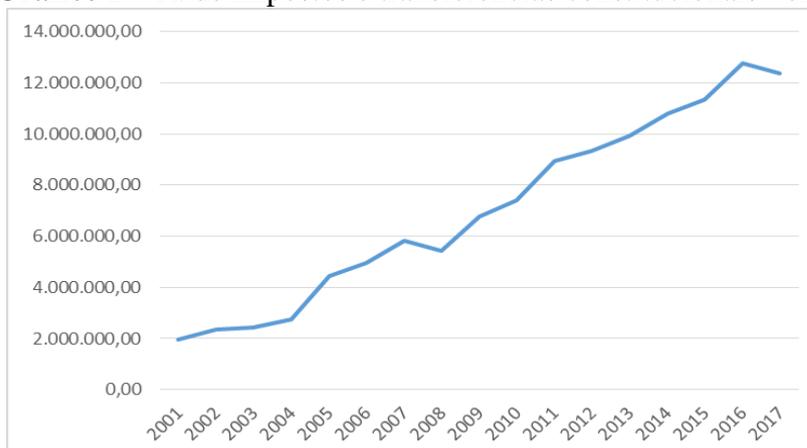
Outro ponto a ser destacado está relacionado a participação do município no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó (CIMSC). A participação é um esforço municipal em garantir serviços especializados de saúde a população, tais como: Cardiologia; Dermatologia; Neurologia; Otorrinolaringologia; Mastologia; Psiquiatria; Oftalmologia; Urologia; Endocrinologia; Reumatologia; Pneumologia; Eletrocardiograma (Laudo); Eletroencefalograma (Laudos); Ultrassonografias; Eco Cardiograma; Endoscopia Digestiva; Procedimentos Mamários (Punção, e Córem); Ginecologia; Coposcopias; Mamografias; Consultas e Tratamento do Glaucoma além de Junta Médica. De forma articulada, a criação do consórcio é uma resposta a problemas diversos e complexos relacionados à saúde, onde a cooperação intermunicipal foi vista como oportunidade em garantir os serviços citados, que se oferecidos de forma fragmentada e solitária não alcançaria os mesmos resultados obtidos de forma consorciada.

6.1. EFEITOS DA EC 29 SOBRE OS GASTOS E ARRECADAÇÃO EM SAÚDE DE NOVA FLORESTA/PB.

A Emenda Constitucional nº 29 sem dúvidas representou grandes avanços para a saúde pública brasileira. Apesar de criticada em alguns aspectos, destaca-se a fixação constitucional de recursos para saúde, a definição dos quantitativos para estados e municípios, a constitucionalização dos fundos de saúde em cada esfera de governo, além de definir sanções para aqueles que não cumprem com a EC-29 (CARVALHO, 2008).

Observando os dados financeiros em uma série histórica, obtidos através da plataforma SIOPS, é possível notar o aumento dos gastos e da arrecadação relacionados a saúde. Isso se deve principalmente pela definição de percentuais mínimos a serem aplicados por estados e municípios e também pela aplicação de sanções, resultando em cortes de recursos para quem não cumpre o previsto na lei. O gráfico 2 mostra a crescente evolução das receitas de impostos e transferências constitucionais legais em milhões do município de Nova Floresta/PB entre os anos de 2001 a 2017. Do gráfico depreende-se que no período houve crescimento acumulado de mais 500% nas receitas de impostos e transferências constitucionais legais destinados à saúde municipal, com crescimento acentuado a partir de 2004. Sendo que no ano 2000 os municípios aplicariam um mínimo de 7%, devendo manter aumento, nos 5 anos seguintes, de um quinto. Pela regra, em 2005, o percentual aplicado por estados e municípios seriam respectivamente 12% e 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais legais (CARVALHO, 2008).

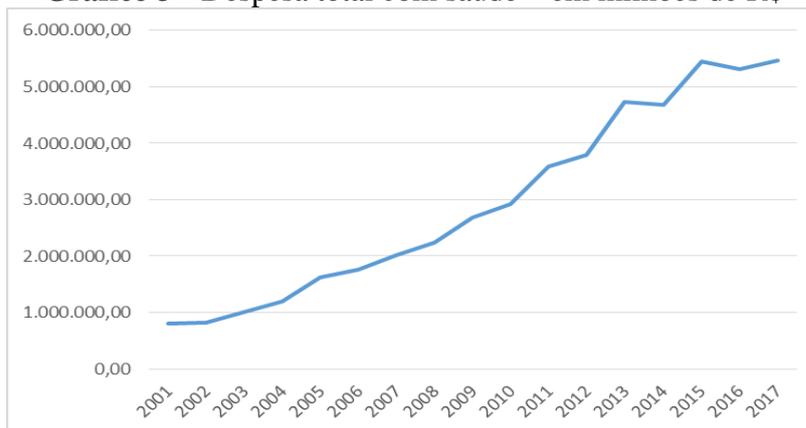
Gráfico 2 – R. de impostos e transferências constitucionais - em milhões de R\$



Fonte: Elaboração Própria, 2019.

É possível notar que as despesas totais com saúde no município também tiveram um significativo aumento, se analisado o período de 2001 a 2017. O gráfico 3 mostra a evolução dos gastos totais com saúde em Nova Floresta/PB, permitindo inferir que a EC-29 mudou drasticamente o financiamento da saúde. Estabeleceu para o governo federal a obrigação de manter patamar mínimo de recursos, tendo como base a variação nominal do PIB, definiu que os estados e Distrito Federal aplicariam percentual mínimo da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas parcelas transferidas aos municípios e exigindo uma aplicação mínima de 15% dos recursos municipais próprios em saúde. (OCKÉ-REIS, 2012).

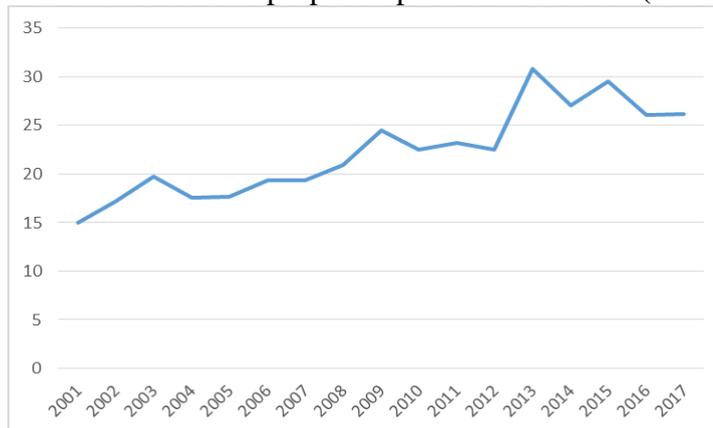
Gráfico 3 - Despesa total com saúde – em milhões de R\$



Fonte: Elaboração Própria, 2019.

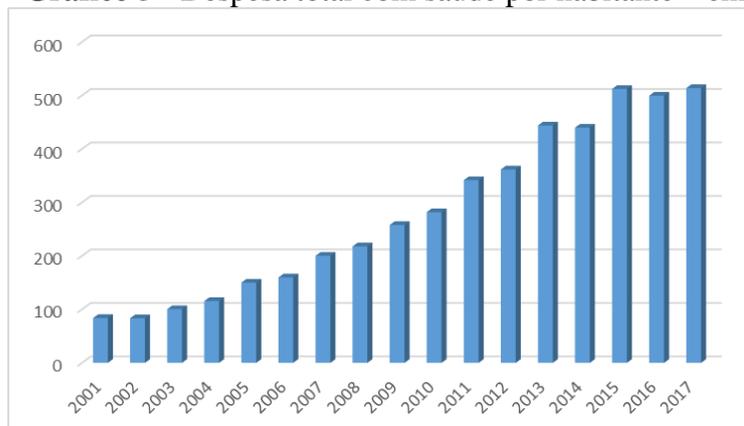
As gestões municipais mesmo tendo a obrigação de aplicar somente 15% da arrecadação própria de recursos, com frequência ultrapassam esse percentual mínimo de aplicação. Como pode ser observado no gráfico 4, abaixo, o município de Nova Floresta/PB em todos os anos analisados aplicou bem mais que o mínimo exigido. Levando em conta o contexto socioeconômico municipal, o esforço é digno de reconhecimento. Em 2017, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde foi de 26,18%, bem acima do mínimo exigido em lei. Apesar de serem quem menos arrecadam os municípios, em sua grande maioria, cumprem os mínimos constitucionais mantendo aplicação de recursos próprios acima dos 15%, como é o caso do município estudado.

Apesar de ser um excelente indicador é preciso enfatizar que dada as condições socioeconômicas do Brasil, a grande maioria dos municípios contam com arrecadações modestas, principalmente em regiões pouco industrializadas. Como consequência o investimento municipal em saúde também se torna modesto, mesmo esse sendo superior ao exigido em lei. O governo federal administra cerca de 60% da arrecadação pública e é o grande fiador da saúde brasileira, cabendo a ele conferir estabilidade ao financiamento da saúde já que responde pela maior fatia do investimento no setor.

Gráfico 4 - Recursos próprios aplicados em saúde (EC 29) - em %

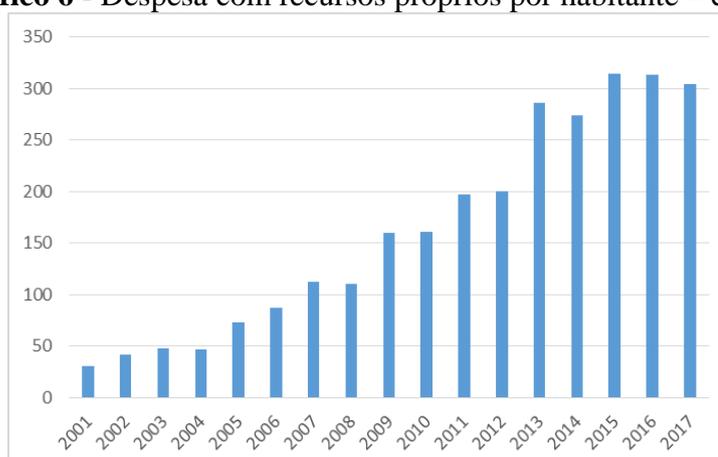
Fonte: Elaboração Própria, 2019.

O acompanhamento dessas variáveis revelam outros dados interessantes, como a despesa total com saúde por habitante. O município gastava com saúde, em 2001, R\$ 83,85 por habitante, já em 2017 o valor aplicado chegou a R\$ 513,95. Essa variável de gastos manteve-se com crescimento constante no período analisado, com exceção dos anos de 2014 e 2016, onde é possível observar pequena variação negativa frente o ano anterior, conforme pode ser observado no gráfico 5.

Gráfico 5 - Despesa total com saúde por habitante – em R\$

Fonte: Elaboração Própria. 2019.

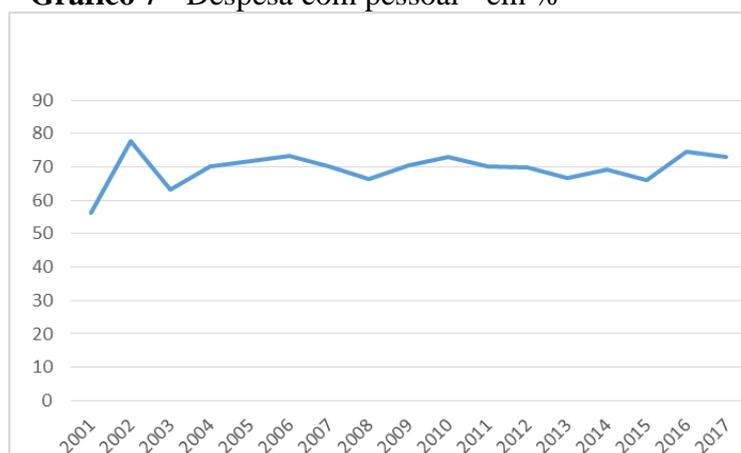
Em se tratando de recursos próprios, a despesa por habitante evoluiu de forma surpreendente. Tendo como base o intervalo de tempo estudado é possível inferir que o crescimento acumulado foi superior a 900%. O gráfico 6 evidencia o crescimento apontado, sendo possível notar o volume de gasto em reais ano a ano. Tal crescimento exemplifica também o efeito positivo da EC-29, onde a garantia de recursos para a saúde foi assegurada. Na série histórica analisada é notado que o ano de 2015 alcançou a maior despesa com recursos próprios por habitante, havendo retração dessa despesa nos dois anos seguintes. Uma possível explicação a essa variação negativa nas despesas do município pode estar relacionada a grave crise econômica, que se estende desde de meados de 2014, ocasionando cortes orçamentários e reajustes nas constas públicas.

Gráfico 6 - Despesa com recursos próprios por habitante – em R\$

Fonte: Elaboração Própria, 2019.

O gráfico 7, abaixo, demonstra a porcentagem do gasto com pessoal sobre a despesa total com saúde do município de Nova Floresta/PB. Pelo gráfico é possível concluir que nos anos analisados o município manteve percentual de gastos acima do permitido em lei, com exceção do ano de 2001, onde o percentual da despesa com pessoal se manteve em 56,33%. A Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade fiscal (LRF) em seu artigo 20, Inciso III e alíneas a e b, determina que a esfera municipal está limitada a gastar com pessoal 60% de sua receita corrente líquida. Sendo que o poder executivo responde por 54% dos gastos e o poder legislativo responde por 6% do total (BRASIL, 2000).

O histórico demonstra que o município não consegue se adequar ao previsto em lei, mantendo uma despesa elevada com pessoal na maioria dos anos analisados. Se considerado que as despesas com serviços de terceiros são analisadas em separado, o quadro torna-se ainda mais preocupante.

Gráfico 7 - Despesa com pessoal - em %

Fonte: Elaboração Própria, 2019.

Os indicadores mostram como o investimento em saúde cresceu ao longo dos anos analisados. De acordo com Paim (2015) em 2003 o orçamento do ministério da saúde era de R\$ 31,2 bilhões. Passados 11 anos o orçamento mais que dobrou, contando com R\$ 106 bilhões em 2014. Apesar do reconhecido avanço, o financiamento da saúde ainda é um dos principais entraves para o desenvolvimento da saúde pública brasileira. A constatação gera preocupações visto que medidas, como a EC-95, restringem ainda mais o investimento federal.

6.2 O CIMSC E SUA IMPORTÂNCIA REGIONAL E MUNICIPAL

A criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó Paraibano (CIMSC), em 2000, e sua posterior adequação a lei nº 11.105/2005 como consórcio público com personalidade jurídica de direito público no ano de 2012, representa o esforço conjunto dos municípios da região em superar ou atenuar problemas comuns, como: falta de recursos, serviços insuficientes, instalações físicas precárias, recursos humanos limitados, pouca intervenção privada e uma crescente demanda por serviços de média e alta complexidade relacionados à saúde. Nesse sentido, o consórcio é um instrumento de articulação e gestão das redes de saúde das regiões, onde se discute problemas coletivos objetivando soluções conjuntas através de parcerias intergovernamentais para implantação de projetos regionais.

Nessa perspectiva, o consórcio atua oferecendo serviços especializados que os municípios, de forma isolada, não teriam condições de manter, sendo eles: Cardiologia; Dermatologia; Neurologia; Otorrinolaringologia; Mastologia; Psiquiatria; Oftalmologia; Urologia; Endocrinologia; Reumatologia; Pneumologia; Eletrocardiograma (Laudo); Eletroencefalograma (Laudos); Ultrassonografias; Eco Cardiograma; Endoscopia Digestiva; Procedimentos Mamários (Punção, e Córem); Ginecologia; Coposcopias; Mamografias; Consultas e Tratamento do Glaucoma além de Junta Médica. Encontram-se consorciados 15 municípios, sendo 13 do estado da Paraíba e dois do Rio Grande do Norte, conforme quadro 04 abaixo.

Quadro 4 – Municípios consorciados ao CIMSC

Município	UF
Algodão de Jandaíra	PB
Baraúna	PB
Barra de Santa Rosa	PB
Cubati	PB
Cuité	PB
Damião	PB
Frei Martinho	PB
Nova Floresta	PB
Nova Palmeira	PB
Pedra Lavrada	PB
Picuí	PB
Seridó	PB
Sossêgo	PB
Coronel Ezequiel	RN
Jaçanã	RN

Fonte: Elaboração própria, 2019.

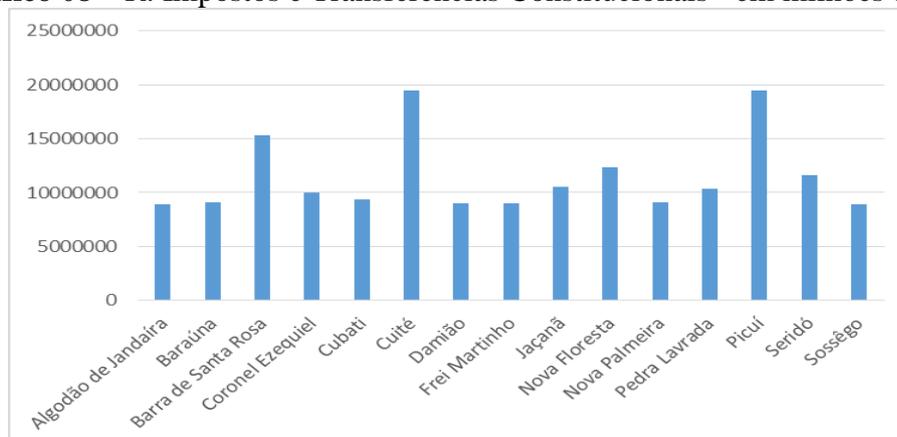
O consórcio atinge uma população de 130.522 habitantes, segundo dados declarados pelos municípios junto a plataforma SIOPS para o ano de 2017, desse total 115.861 habitantes pertencem ao estado Paraíba e 14.661 ao estado do Rio Grande do Norte. Os dados evidenciam a importância do CIMSC para seus consorciados, além de representar uma gestão compartilhada e intergovernamental da saúde na região.

Com relação a estrutura organizacional do CIMSC, depois de aprovado seu estatuto, em adequação a lei nº 11.105/2005, foi adotado sistema de revezamento, feito a cada dois anos para os cargos de presidente, ocupado por prefeitos, e para o Conselho Técnico Executivo, ocupado por secretários de saúde. Em se tratando do sistema de compartilhamento de custos, verifica-se contrato de rateio das despesas do consórcio com contribuições e pós-

pagamento por procedimentos e serviços realizados pelo consórcio para cada associado. O contrato de rateio se restringi às despesas fixas regulares de funcionamento do próprio consórcio, sendo complementado com parcelas adicionais de recursos variáveis que os municípios transferem para o consórcio como pagamento por serviços prestados nas modalidades e quantidades destinadas a cada um.

O consórcio é de fundamental importância para a região em que atua, conta com 15 municípios vinculados e beneficia mais de 130.000 habitantes. Depois de analisados dados financeiros, obtidos junto a plataforma SIOPS, de todos os consorciados foi possível inferir que a maioria dos municípios dispõem de recursos financeiros limitados relacionados à saúde, inviabilizando o investimento municipal no setor e incapacitando o fornecimento de serviços especializados. No gráfico 08, é possível dimensionar o total de receitas vinculadas à saúde dos municípios no ano de 2017. Observa-se, no gráfico, que nenhum dos municípios analisados chegou a vincular receitas acima de 20 milhões em saúde no ano em questão, sendo mantida uma média de vinculação de recursos na região de pouco mais de 11 milhões de reais por município.

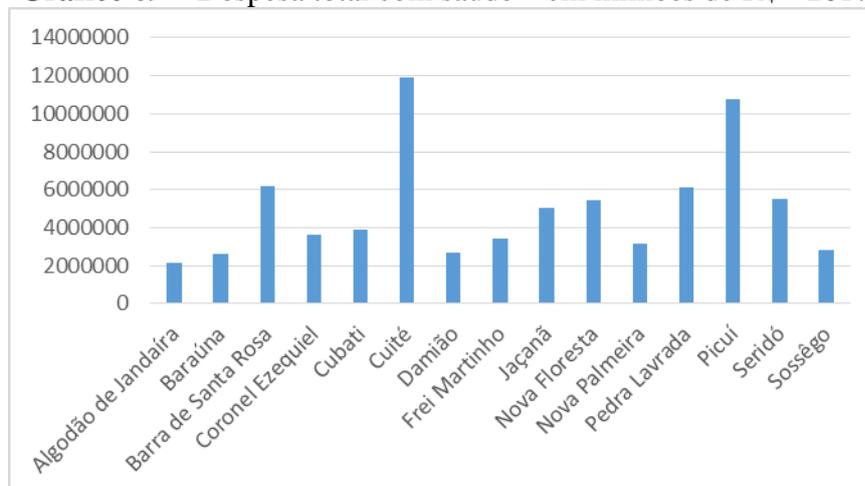
Gráfico 08 – R. Impostos e Transferências Constitucionais - em milhões de R\$ - 2017.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

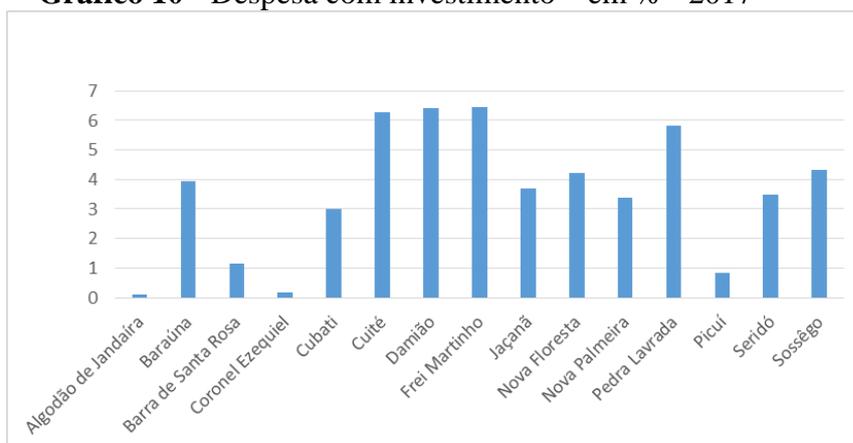
A análise, mesmo sendo de caráter financeira, reforça a contribuição exercida pelo CIMSC não só na saúde municipal de Nova Floresta, mas em toda a região do Curimataú e Seridó paraibano, uma vez que a capacidade financeira de cada município determina os rumos dos indicadores municipais.

Os indicadores econômicos associados a indicadores da saúde, recursos humanos, da qualidade dos serviços entre outros, auxiliam na avaliação de programas e serviços que são utilizados para mensurar diversas atividades produtivas relacionadas ou não à saúde. O gráfico 09, mostra que em 2017 as despesas totais com saúde dos municípios que fazem parte do CIMSC atingiram uma média de pouco mais de 5 milhões de reais, sendo que a diferença entre o menor e o maior gasto registrado foi superior a 9,5 milhões de reais, expondo uma grande desigualdade socioeconômica entre os municípios analisados. Nova Floresta tem apenas a 5ª maior despesa, que foi de R\$ 5.467.892,39 no ano em questão, o que faz com que questionamentos sobre a capacidade municipal em fornecer serviços especializados de saúde surjam, dados os valores declarados e o investimento necessário para tal.

Gráfico 09 – Despesa total com saúde – em milhões de R\$ - 2017

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Outro ponto importante e fundamental está relacionado a capacidade de investimento municipal realizado na área da saúde. O gráfico 10, mostra o baixo nível de investimento dos municípios analisados no ano de 2017, onde o percentual manteve-se abaixo dos 6,5% sobre a despesa total com saúde no ano em questão. Cabe destacar que o baixo investimento pode ser explicado em razão do alto volume de recursos destinados a manutenção e conservação da infraestrutura relacionada à saúde, como hospitais, postos e recursos humanos. Essa realidade de baixo investimento contribui com o sucateamento da área da saúde, podendo ser também observada nos níveis estadual e Federal. Diante do exposto, pactos administrativos mostraram-se como alternativa viável na busca por soluções que visem superar problemas comuns, sejam eles de natureza vertical, quando celebrados entre a União, estados e municípios ou horizontais, quando firmados de forma intermunicipal ou interestadual, como é o caso do CIMSC.

Gráfico 10 - Despesa com investimento – em % - 2017

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Os indicadores analisados mostram que os municípios que fazem parte do CIMSC possuem uma capacidade financeira bastante limitada, no que diz respeito a recursos relacionados à saúde, inviabilizando o fornecimento de serviços especializados de forma isolada.

O número de especialidades médicas oferecidas pelo consórcio e o alto custo necessário para mantê-las apenas reforçam sua importância para os municípios. Analisando o relatório de atividades do CIMSC referente ao ano de 2018 é possível dimensionar sua função e utilidade social, nele pode-se constatar que foram feitos 55.347 atendimentos médicos no ano analisado. O quantitativo se divide entre as diferentes especialidades oferecidas, sendo que a especialidade com maior número de solicitações foi ultrassonografias, com 10.898 atendimentos realizados, conforme demonstrado no quadro 05, abaixo.

Quadro 05 - Quantitativos de Atendimentos realizados pelo CIMSC - 2018

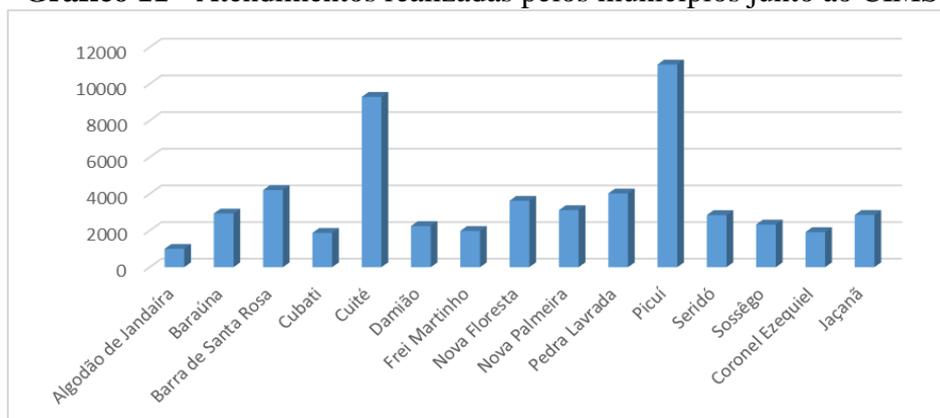
Especialidades	Quantitativo
Cardiologia	4692
Dermatologia	3270
Otorrino	2657
Oftalmologia	4008
Mastologia	2129
Neurologia	5507
Psiquiatria	1643
Endocrinologia	5173
Urologia	1817
Eletrocardiograma	4692
Eletroencefalograma	839
Pneumologia	734
Reumatologia	1150
Endoscopia	2703
Ultrassonografias	10898
Ginecologia	964
Ecocardiograma	852
Mamografias	1619
Total	55.347

Fonte: Relatório de atividades do CIMSC, 2018.

Em se tratando de valores pagos, de acordo com o relatório de atividades do CIMSC, o quantitativo de 55.347 atendimentos custou ao consórcio um total de R\$ 3.144.502,35. Registrou-se uma média de custo de R\$ 62,84 por especialidade, sendo que a especialidade com menor valor apresentado foi a de eletroencefalograma, custando R\$ 33,90 por atendimento, já a especialidade que apresentou maior valor foi a de endoscopia, com custo de R\$ 111,50. O custo total destinado ao pagamento dos mais de 55 mil atendimentos prestados pelo consórcio supera ou aproxima-se da despesa total com saúde da maioria dos municípios consorciados, a constatação mostra que a cooperação intermunicipal proporciona ganhos socioeconômicos para toda a região.

As análises demonstram que o quantitativo de atendimentos realizados por cada ente consorciado tem relação direta com o tamanho de sua população, cabendo destacar que o número de habitantes não determina quem usa mais ou menos os serviços oferecidos. Nessa perspectiva o município de Algodão de Jandaraíra foi quem menos atendimentos realizou, 1002 em todo o ano de 2018, sendo ele o menos populoso dentre os 15 municípios analisados. Embora seja o segundo município com maior população, Picuí registrou o maior número de atendimentos realizados, 11.059 no total, ficando à frente de Cuité, que registrou 9.293 atendimentos. O gráfico 11, abaixo, mostra o quantitativo de atendimentos dos 15 municípios consorciados ao CIMSC.

Gráfico 11 - Atendimentos realizadas pelos municípios junto ao CIMSC - 2018



Fonte: Relatório de atividades do CIMS, 2018.

Essa gestão associada de serviços públicos permite crescimento no nível de desenvolvimento socioeconômico da região, pois, a integração dos municípios, e a consolidação das políticas públicas em saúde proporciona diminuição dos custos além de incrementar investimentos na área, que não poderiam ser suportados por apenas um ente municipal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública brasileira já enfrentou diversos desafios ao longo das diferentes fases políticas do país. Em caráter político, consolidou-se como direito de todos e dever do Estado. Administrativamente, mudou seu enfoque restritivo para um sistema com pretensões universais; financeiramente, foram aprovadas leis específicas que mudaram a realidade do financiamento da saúde. Além disso, arranjos administrativos e inovações conceituais da administração mostram-se pertinentes na conjuntura atual, como é o caso dos consórcios públicos e da administração política. Considerando isso, e lembrando do objetivo geral o desenvolvimento do presente estudo buscou analisar o modelo de atenção à saúde do município de Nova Floresta/PB.

Inicialmente, buscamos analisar as características do município estudado, com o objetivo de conhecer seu contexto socioeconômico, estrutura física de atenção à saúde, como também averiguar as causas de morbidade e mortalidade da população. A partir de tal análise foi possível identificarmos que o município apoia fortemente o Programa Saúde da Família, contando com 05 unidades de atendimento básico, o modelo de atenção garante ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além de manter a saúde de sua população. Nova Floresta conta ainda com um posto de saúde, uma unidade mista de atendimento, um posto de coleta e faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó Paraibano (CIMSC).

A Emenda Constitucional nº 29 impactou positivamente os inúmeros indicadores financeiros relacionados à saúde do município, como as receitas e despesas totais e as receitas próprias aplicadas no setor. Tal constatação pode ser observada quando analisamos dados da plataforma SIOPS. Porém cabe destacar que o aumento de recursos ao longo dos anos analisados ainda é insuficiente frente as demandas crescentes por serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade. Nesse contexto, o CIMSC mostra-se como alternativa frente as dificuldades, não só de Nova Floresta, em superar problemas relacionados à saúde e comuns a todos os municípios consorciados. Essa forma de gestão associada de serviços públicos, entre os diversos entes federados, proporcionou garantia de serviços que não poderiam ser fornecidos por apenas um município, de forma isolada.

Dada a importância da saúde na gestão pública, o presente estudo contribui com o debate, além de mostrar novas perspectivas da gestão pública na saúde no contexto atual. Além disso, as análises dos indicadores financeiros relacionados à saúde mostraram que o município de Nova Floresta/PB, ao longo dos anos analisados, conseguiu aumentar de forma expressiva sua arrecadação e despesa total com saúde, sendo a EC-29 a causa principal do aumento. Porém, cabe destacar que os recursos continuam insuficientes dada a fragilidade socioeconômica do município, nesse e em outros aspectos o mesmo torna-se dependente de políticas públicas acertadas e mais ainda de recursos externos.

Seu modelo de saúde voltado essencialmente para a atenção básica, dado sua estrutura física de atendimento, mostra-se frágil. Nesse sentido, a participação no consórcio de saúde, CIMSC, mostra-se fundamental, principalmente se levado em conta o número expressivo de mortalidade e morbidade hospitalar relacionadas a doenças e causas que exigem cuidados e atenção especial.

A pesquisa ficou limitada a analisar as regiões do Curimataú e Seridó Paraibano, e em específico, Nova Floresta. Contudo, consideramos a necessidade de novos estudos referentes à saúde pública a nível municipal e, sua relação com outras regiões, estados e União, afim de averiguar indicadores e modelos de gestão que possam ser utilizados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L.; SANO, Hironobu. **Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras**. Vol. 08 Brasília – DF: IABS, 2013.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. **Nova Floresta/PB**, 2010. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/nova-floresta_pb. Acesso em: 04 de abr de 2019.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. **Nova Floresta/PB**. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/nova-floresta_pb#caracterizacao. Acesso em: 14 de abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 22 mai. 2019.

_____. **Lei n. 11.107 de 06 abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Portal da Legislação. Leis Ordinárias. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm. Acesso em: 22 mai. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. **Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 27 abr. 2019.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de

1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 16 abr. 2019.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88**. In: *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v.2, n.1, p.39-51, jul./dez., 2008.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CURIMATAÚ E SERIDÓ – CIMSC. **Relatório das Atividades**. Cuité: CIMSC, 2018.

CUITÉ (PB). CONTRATO DE RATEIO Nº 001/2018, de 22 de dezembro de 2017. [Contrato de Rateio que entre si celebram os municípios que integram o CIMSC/PB]. **Diário Oficial da Prefeitura de Cuité**: parte 01: seção 01, Cuité, ano 200, n. 00, p. 1-3, 22 dez. 2017.

CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente. **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro** (orgs.). São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

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

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, V. 38, n. 100, p. 06-17, Jan/mar 2014.

IBGE. **Cidades**: Nova Floresta síntese de informações, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/nova-floresta/panorama>. Acesso em: 13 de abr. 2019.

_____. **Cidades**: Nova Floresta Infográficos. Brasil. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/nova-floresta/panorama>. Acesso em: 14 abr. 19.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARINELA, Fernanda. **Direito Administrativo**. 5ª Edição. Editora Impetus. Niterói, 2011.

MACHADO, José Ângelo; ANDRADE, Marta Leone Costa. **Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios**, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003476122014000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 abr. 2019

MEDEIROS JÚNIOR, G.; SILVA, A. M. V. **Saúde e seguridade em tempos de EC-95**: um análise sobre o comportamento dos gastos com saúde à luz da economia e administração política. Niterói: SEP, 2018. Disponível em: <https://sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%205/72.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MENDES, A.; CARNUT, L. **Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política**: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: Niterói: SEP, 2018. Disponível em: <https://sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%205/70.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em: 03 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de planejamento do SUS**. 1 ed. Brasília – DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em 11 mai. 2019.

NOVA FLORESTA (PB). Conselho municipal de saúde. **Resolução nº 003/2017 CMS**. Plano municipal de saúde Nova Floresta 2018-2021. NOVA FLORESTA: Conselho municipal de saúde, 2017.

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

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. *E-book*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>. Acesso em: 01 abr. 2019.

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

SANTOS, Reginaldo Souza; RIBEIRO, Elizabeth Matos. **A administração política brasileira**. *In*: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.102-135 out/dez 1993.

SANTOS, Reginaldo Souza Santos; GOMES, Fábio Guedes. **Outro modo de interpretar o Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Alagoas: Imprensa Oficial Graciliano Ramos. 2017.