



**UEPB**

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

**ALEXSANDRO RODRIGUES XAVIER**

**GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE SOBRE O MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

ALEXSANDRO RODRIGUES XAVIER

**GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE SOBRE O MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB**

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.

X3g Xavier, Alexandro Rodrigues.  
Gestão da saúde pública [manuscrito] : uma análise sobre o modelo de atenção à saúde de Campina Grande - PB / Alexandro Rodrigues Xavier. - 2019.  
25 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. Gestão da saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título  
21. ed. CDD 362.1

ALEXSANDRO RODRIGUES XAVIER

GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO  
À SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB

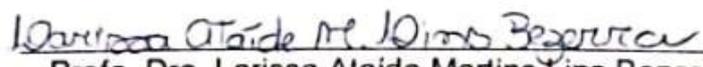
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento do Curso de Administração e Economia - DAEC do Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA da Universidade Estadual da Paraíba em forma de artigo como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

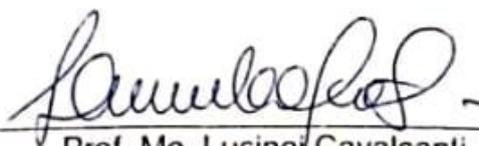
Área de concentração: Administração Política.

Aprovada em: 04/12/2019.

**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)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Lucinei Cavalcanti  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>A TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>O Financiamento da saúde antes do SUS .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>O SUS .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3</b>	<b><i>O Financiamento do SUS</i> .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DO SUS .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1</b>	<b>O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Caracterização do Município .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Característica do Modelo .....</b>	<b>15</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Dependência das Transferências .....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB

Alexsandro Rodrigues Xavier\*  
Geraldo Medeiros Júnior\*\*

### RESUMO

Este estudo tem o objetivo de analisar o modelo de atenção à saúde do município de Campina Grande-PB. Utilizando-se do método descritivo de caráter documental com uma abordagem quantitativa, através dos indicadores de gestão da saúde coletados na plataforma do Ministério da Saúde, inicialmente será realizado um comparativo com os indicadores de outros municípios de mesmo porte populacional e em seguida serão verificados outros indicadores específicos do município de Campina Grande. Verifica-se em Campina Grande a predominância do tradicional modelo de atenção hospitalar e ambulatorial que por sua vez recebe mais repasses de verbas se comparado com o modelo de atenção básica, situação alarmante que contradiz as determinações do SUS que possui foco prioritário na atenção básica como principal modelo de atenção à saúde. Campina Grande possui uma forte dependência de repasses de recursos das outras esferas de governo tendo em vista que tais recursos representam uma soma considerável no financiamento da saúde no município.

**Palavras-chave:** Saúde. Campina Grande. SUS.

### ABSTRACT

This study aims to analyze the health care model of the municipality of Campina Grande-PB. Using the descriptive method of documentary character with a quantitative approach, through health management indicators collected on the platform of the Ministry of Health, initially will be made a comparison with the indicators of other municipalities of the same population size and then will be verified other specific indicators of the municipality of Campina Grande. What happens in Campina Grande is the predominance of the traditional model of hospital and outpatient care, which in turn receives more transfers of funds compared to the model of primary care, an alarming situation that contradicts the determinations of SUS<sup>1</sup> that has a priority focus on health. primary care as the main model of health care. Campina Grande has a heavy reliance on onlending of resources from other spheres of government as these resources represent a considerable sum in health financing in the municipality.

**Keywords:** Health. Campina Grande. SUS.

---

\* Estudante do curso de graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

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

<sup>1</sup> SUS: Unified Health System

## 1 INTRODUÇÃO

Antes da Constituição Federal de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) não se tinha uma garantia de assistência sanitária de forma gratuita e universal para a população brasileira, o governo brasileiro tinha um posicionamento bastante liberal referente aos serviços de saúde, no qual os indivíduos eram responsáveis por sua própria assistência hospitalar, cabendo ao governo intervir apenas nos casos onde os próprios indivíduos ou as instituições privadas não estivessem aptas a responder (PAIM, 2015).

Dessa forma os próprios indivíduos tinham que arcar com sua assistência hospitalar. Tendo em vista que não existia políticas de atenção básica e prevenção de doenças o modelo de atenção à saúde predominante era o hospitalar que era disponibilizado apenas para quem podia pagar ou para os trabalhadores contribuintes.

Instituído na Constituição Federal de 1988, após movimentos e manifestações que reivindicavam a melhora do sistema de saúde no país, o Sistema Único de Saúde veio com o intuito de oferecer assistência sanitária para toda a população brasileira de forma gratuita e universal. De acordo com a própria Constituição o SUS deve ser financiado pelas três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal – para que assim seja possível arrecadar recursos suficientes para custear as ações e serviços elaborados com a finalidade de disponibilizar a assistência à saúde pública, que vai desde a atenção básica à tratamentos hospitalares mais complexos.

Desde a sua institucionalização o SUS enfrenta dificuldades no seu financiamento e planejamento de repasses de recursos, tornando essa tarefa bastante delicada para os gestores públicos, prejudicando e comprometendo a qualidade dos serviços prestados à população que, como descrito na Constituição, teria acesso universal e igualitário aos serviços, coisa que ainda não é a realidade do SUS pois a universalização não se concluiu já que não é possível atender a todos com qualidade (OCKÉ-REIS, 2012).

Mesmo com suas dificuldades o Sistema Único de Saúde vem atendendo a população brasileira e é difícil imaginar como seria a situação da saúde no país caso esse sistema não existisse. São serviços que vão desde a atenção básica, campanhas de prevenção e conscientização até procedimentos hospitalares de alta complexidade.

É certo que o SUS desde sua instalação e através de suas regulamentações e normas vem sendo direcionado a priorizar o processo de prevenção de forma a prevenir que as pessoas contraiam doenças ou sejam vítimas de outros agravos (PAIM, 2015), com o intuito de tentar minimizar o processo de remediação com a assistência hospitalar e ambulatorial, uma vez que essa se faz necessária quando o paciente já está com a doença ou algum outro tipo de problema de saúde que seja necessário passar por um processo de tratamento e cura.

Levando isso em consideração podemos questionar se diante dos esforços do governo para que o modelo atenção básica de saúde se sobressaia e se torne realmente efetivo, o modelo de assistência hospitalar e ambulatorial ainda tem uma presença considerável no que se diz respeito a atenção à saúde no Brasil?

Diante do exposto voltaremos nossa pesquisa para o município de Campina Grande no estado da Paraíba com o objetivo de analisar o modelo de atenção à saúde naquele município buscando fazer um comparativo com municípios de mesmo porte populacional, ou seja, municípios que tenham uma faixa populacional aproximada a de Campina Grande, através de dados obtidos em documentos e

plataformas virtuais. Dessa forma o estudo se justifica pela relevância de tais dados para a gestão da saúde em relação as informações que são trazidas referentes a prioridade de investimentos em ambos os modelos de atenção à saúde no município tendo em vista que nossa constituição direciona a prioridade para a atenção básica.

Com o auxílio teórico de autores da área iremos iniciar nosso trabalho falando sobre a trajetória do financiamento do SUS onde falaremos sobre como funcionava a assistência de saúde à população antes da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Discorreremos também à respeito do próprio SUS desde a sua criação e implantação através da Constituição Federal de 1988 abordando em seguida o funcionamento de seu financiamento. Logo em seguida será abordado alguns aspectos da administração política do SUS concluindo-se assim o nosso referencial teórico.

Dando continuidade ao trabalho apresentaremos os procedimentos metodológicos da pesquisa e já em seguida teremos a caracterização do município de Campina Grande e os dados levantados na pesquisa finalizando o trabalho posteriormente com as conclusões sobre o que foi estudado.

## **2 A TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS**

### **2.1 O Financiamento da saúde antes do SUS**

Antes de ser instituída a Constituição de 1988, a saúde não era considerada um direito de todos e o Estado não mobilizava-se a fim de oferecer políticas públicas voltadas para atenção á saúde da população. No início do século passado o Estado limitava suas atuações em saúde apenas com ações de saneamento nas grandes cidades e no combate a epidemias (SCHNEIDER, et al., 2005).

Assim a responsabilidade com a saúde era de cada indivíduo que para ter acesso ao serviço era necessário recorrer ao setor privado, já as pessoas que não tinham condições para arcar com médicos particulares dependiam do auxílio de casas de caridade.

Com o avanço da industrialização e o aumento do número de trabalhadores, em 1923, através da Lei Eloy Chaves, foram criados os Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's "que consistia num fundo criado pelas empresas, com a contribuição dos empregados, para financiar a aposentadoria dos trabalhadores e a sua assistência médica" (SCHNEIDER, et al., 2005, p.8), representando uma garantia de ações a saúde e assistência, porém limitada apenas a procedimentos hospitalares e restrita aos trabalhadores que faziam a contribuição para tais fundos criados pelas empresas.

Em 1930, o governo de Getúlio Vargas remodelou os CAP's e transformou-os em IAP's – Instituto de Aposentadoria e Pensão, unificando os CAP's de categorias correspondentes, que conseqüentemente, unificou também os seus fundos passando a ter uma administração concentrada, o que possibilitou o aumento de benefícios aos contribuintes. Com o constante aumento dos trabalhadores e o tímido crescimento do número de aposentados, os IAP's contavam com somas cada vez mais elevadas de recursos, porém seus serviços limitavam-se apenas a uma pequena fatia da população, que eram os trabalhadores que contribuíam financeiramente para terem acesso aos serviços quando precisassem.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que unificava definitivamente os IAP's e também a administração de seus recursos, formando um único fundo de recursos a ser gerenciado. Assim as somas de

recursos a serem gerenciados aumentaram e foram concentradas em um único fundo passando a representar uma grande soma de recursos concentrada com uma enorme soma de dinheiro à ser administrada e sem nenhum tipo de controle da sociedade.

Dessa forma os fundos do INPS foram mal gerenciados, surgiram vários casos de corrupção, desvios de dinheiro, poucos investimentos na saúde, além do uso indevido dos recursos para o financiamento de obras diversas sem que houvesse uma devida restituição desses recursos posteriormente ao fundo pertencente aos trabalhadores.

Todos esses fatores somados ao aumento das aposentadorias e diminuição da arrecadação do INPS, juntamente com o processo de democratização no início dos anos 80 resultaram em um agravamento de uma crise na saúde, o que fortaleceu o movimento já existente pela reforma sanitária que trazia várias reivindicações para a melhoria da atenção à saúde para a população dentre elas o reconhecimento da saúde como direito universal e também a responsabilização da garantia do direito à saúde como sendo dever do Estado.

## 2.2 O SUS

Caracterizado como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do planeta o Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado na década de 1980 na Constituição Federal de 1988 e teve sua implantação iniciada no início da década de 1990 com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 posteriormente complementada pela Lei 8.142/90 e é fruto de várias reivindicações sociais, ocorridas durante o Movimento Sanitário que resultou na reforma sanitária brasileira, que cobrava mudanças nas políticas do sistema de saúde brasileiro. Utilizando as palavras de (VASCONCELOS; PACHE, 2006, p. 531):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Dessa forma o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu para articular e organizar toda a política de saúde nacional a fim de coordenar suas ações para atender toda a sociedade brasileira, sem qualquer tipo de distinção, sendo composto por todos os serviços, atividades, procedimentos, atuações e intervenções relacionadas à saúde que sejam realizadas por qualquer uma das três esferas de governo brasileiro – federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem fundamentado em suas regras pétreas na Constituição Federal e Leis ordinárias, diretrizes organizativas e princípios doutrinários que “se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa.” (VASCONCELOS; PACHE, 2006, p.534).

Dentre essas diretrizes e princípios doutrinários três deles certificam ampla legitimidade ao Sistema Único de Saúde: o Princípio da Universalidade que garante

o direito à saúde a todos os indivíduos do país, sem distinção de cor, raça, religião, gênero e classe social, para ter acesso a todos os serviços ofertados pelo sistema; o Princípio da Integralidade que visa promover a integração de serviços e ações relacionados aos vários fatores ligados ao processo de saúde e doença, dessa forma oferecendo uma assistência desde a área de prevenção até a cura e reabilitação do indivíduo; e o Princípio da Equidade que visa oferecer os serviços e ações do sistema de saúde de forma igualitária entre todos os indivíduos da sociedade de forma justa, priorizando o atendimento de acordo com o grau de risco do paciente, considerando condições precárias de vida de grupos mais suscetíveis e menos favorecidos da sociedade.

Esse sistema “rompia com um modelo de saúde centrado na doença e ofertado apenas aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência” (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018, p.2). Além de controle de epidemias e procedimentos hospitalares, o SUS ampliou as políticas de saúde de forma a disponibilizar serviços e ações para prevenção, acompanhamento, atenção básica, cura e bem estar da população, disponibilizando o serviço de forma universal para atender toda a população e não apenas os que podem pagar ou contribuir financeiramente para ter acesso ao serviço.

### **2.3 O Financiamento do SUS**

O financiamento da Saúde no Brasil é uma questão muito delicada que é e sempre foi tema de discussões recorrentes e infundáveis que levantam muitas polêmicas no que diz respeito ao tratamento e fontes de recursos destinados para a manutenção da saúde pública brasileira, Ocké-Reis (2008) fala que muitos dos impasses na gestão do SUS se dão também devido à crise infundável de seu financiamento.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal e criação da Seguridade Social, foi estabelecido no art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que a saúde deveria ser financiada pela Seguridade Social com no mínimo 30% de seu orçamento, excluindo o seguro desemprego, isso até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Embora não fosse cumprido, esse percentual se manteve nas leis orçamentárias dos anos seguintes até 1994, ano em que não foi mencionado esse percentual na LDO, o que só fez piorar a situação do financiamento da saúde brasileira.

Articulado na Constituição Federal 1988, o processo de implantação do SUS começou em 1990, ano em que foi criada a Lei Orgânica de Saúde, composta pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 que juntas previam como seria feito o seu financiamento, os gastos e a forma que seria dividida os repasses dos recursos para a saúde entre as esferas de governo.

Embora as leis 8.080 e 8.142 de 1990 tratassem de assuntos referentes ao financiamento da saúde, não foi instituído um percentual mínimo para ser destinado ao SUS, pois caberia a LDO, como foi instituído pela CF, definir os valores a serem gastos em saúde. O Art. 31 da Lei 8.080 fala que o Orçamento da Seguridade Social, destinará ao SUS os recursos necessários para a realização de suas finalidades, dessa forma “a não definição, em lei, do mínimo necessário deixa o financiamento da saúde refém da vontade política e da disponibilidade, ou não, de caixa” (SCHNEIDER, et al., 2005, p. 16).

Com a escassez de recursos e de fontes para o financiamento da saúde em 1996 foi criado a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF),

que entrou em vigor no ano de 1997, com o objetivo de arrecadar mais recursos para destinação específica à saúde, ficando previsto em lei que a sua arrecadação seria repassada integralmente para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), tornando-se assim uma das principais fontes de financiamento das ações e serviços em saúde durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007 quando foi extinta.

A crise agravada na saúde em 1993 com o não repasse dos recursos da Seguridade Social para a saúde aumentou as incertezas e as dúvidas referentes a forma de financiamento do Sistema de Saúde do país, nesse contexto surgiu a PEC-169 que tinha como objetivo vincular receitas à saúde estabelecendo percentuais mínimos para cada esfera de governo. Diante de oposições e várias alterações a PEC-169 tramitou no legislativo por alguns anos até que no ano 2000, finalmente resultou na aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29).

A Emenda Constitucional 29 garantiu a atuação das três esferas de governo no financiamento da saúde estabelecendo um percentual mínimo de recursos a serem destinados para as ações e serviços em saúde, ficando estabelecido que em 2000 a União disponibilizaria recursos equivalentes ao ano de 1999 com um acréscimo de, no mínimo, 5% e para os próximos anos teria como base o ano anterior corrigido pela variação do PIB (PIOLA et al., 2012).

Assim como a União, a Emenda Constitucional 29 determinou que o Distrito Federal, os estados e os municípios também passariam a ter um percentual mínimo de gastos com saúde, iniciando no ano 2000 com o mínimo de 7% de recursos aplicados na saúde e depois “a esfera municipal precisava investir um percentual mínimo de recursos próprios, de forma crescente, até chegar em 15% no ano de 2005. Para a esfera estadual, definiu-se a utilização de 12% dos recursos próprios a partir de 2005 (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018, p.10).

Com a definição dos percentuais de participação das esferas de governo, a partir daí o que se viu foi um volume maior de recursos sendo injetado no Sistema Único de Saúde, conseqüentemente uma evolução dos gastos resultou em mais ações realizadas e serviços oferecidos para a população.

Embora os números tenham apresentado uma melhora significativa, essa não foi uma solução definitiva para a saúde pública brasileira, pois mesmo com os percentuais de gastos de cada esfera de governo com a saúde definidos ainda pairava uma dúvida no ar, pois ainda não se sabia exatamente o que poderia ser classificado como gastos com saúde, dessa forma, durante uma década os municípios e estados tiveram contas, em que lançavam itens diversos como fardamentos de policiais ou programa do leite, aprovadas como gastos com saúde, e apenas em 2012 a EC-29 foi regulamentada com a aprovação da Lei Complementar Nº 141 (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018), que definia assim os gastos que são classificados como gastos com saúde.

Apesar do grande avanço que a criação do SUS significou para a sociedade brasileira o seu modelo de financiamento ainda é limitado e insuficiente para atender de forma efetiva a população, pois ainda não há investimentos suficientes, além de que há muitos mecanismos e manobras políticas que acabam se transformando em obstáculos para o seu financiamento.

A DRU (Desvinculação das Receitas da União) por exemplo, é um mecanismo que foi criado na década de 1990 através do qual o Governo federal poderia retirar 20% das receitas da Seguridade Social, até então uma das principais fontes de recursos da saúde, para gastar com despesas diversas tidas como prioridade, significando assim uma diminuição considerável dos valores disponibilizados para serem repassados para a saúde. Em 2016, foi aprovada a

PEC-31/2016 que regulamenta a prorrogação da DRU até 2023 além de aumentar o percentual a ser realocado de 20% para 30%, o que significa uma perda ainda maior de recursos disponibilizados para o SUS.

Outro fator que tem um grande peso no orçamento nacional e merece destaque devido à sua gravidade é o pagamento dos juros da dívida pública brasileira que a cada ano só aumenta de forma preocupante, dessa forma exigindo que mais recursos sejam alocados para o seu pagamento, recursos esses que poderiam ser empregados em investimentos nas áreas sociais para uma melhora da qualidade de vida da população e desenvolvimento de todos os setores do país. Estima-se que entre 1995 e 2016 os recursos empregados pelo Ministério da Saúde não superou 1,7% do PIB, já as despesas com os juros da dívida ficou em torno de 6,6% do PIB (MENDES; FUNCIA, 2016 apud MENDES; CARNUT, 2018).

Em 2015 foi promulgada a Emenda Constitucional 86 (EC-86) que dentre outras alterações definiu um limite de gastos com saúde para a União estabelecendo um 'teto' de 15% das Receitas Correntes Líquidas (RCL) da União em ações e serviços de saúde que será aplicado de forma gradativa atingindo o teto apenas em 2020 sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% em 2020.

Em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional 95 (EC-95) que assim como os fatos já citados acima, traz um enorme prejuízo para a sociedade brasileira. Configurando-se como um retrocesso social a EC-95 vem com a proposta de congelar os gastos públicos pelos próximos 20 anos iniciando em 2018, dessa forma interrompendo e impedindo a evolução de importantes setores públicos do nosso país como educação e saúde. Se considerarmos a situação atual do nosso sistema de saúde, podemos dizer que o Estado já não está atendendo as necessidades de cobertura de forma efetiva e tais restrições orçamentárias só estarão dificultando o desenvolvimento do SUS (OCKÉ-REIS, 2008).

O efeito de tais emendas pode significar diminuição dos repasses de verbas destinadas à saúde, pois considerando o crescimento da população e conseqüentemente o aumento da demanda por serviços de saúde, além da necessidade de investimentos no setor para sua plena evolução, a necessidade que se tem é a aplicação de mais recursos e o que se vê é justamente o oposto, dessa forma identifica-se uma contradição entre o modelo redistributivo proposto na constituição e o grau de gasto público em saúde (OCKÉ-REIS, 2008).

### **3 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DO SUS**

A formação do Sistema Único de Saúde concretizada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 trazia uma nova política de atenção à saúde para o povo brasileiro, que já vinha a muito tempo se organizando e reivindicando mudanças no sistema de saúde vigente, garantindo o direito à saúde para todos os indivíduos.

Trata-se de um amplo sistema público de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que juntos garantem o acesso ao direito à saúde para todos os habitantes da nação, sem distinção de raça, sexo e classe social, de forma justa e integral, caracterizando-se como um grande sistema de inclusão social (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

O Sistema Único de Saúde é regulamentado por um regimento sólido além de vários instrumentos de gestão, tais como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que foram criados e

vinculados de forma gradativa mediante negociação entre as inúmeras instâncias de gestão para garantir um funcionamento efetivo de suas ações e serviços prestados a sociedade. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Conferência Nacional de Saúde são exemplos de órgãos pelos quais são deliberadas, negociadas, discutidas e acordadas de forma democrática as ações e políticas a serem adotadas no setor da saúde.

Desde a formulação e implantação do SUS foram adotadas políticas baseadas no entendimento de que a saúde não se tratava apenas da ausência de doenças mas também de sua prevenção, promoção à saúde e do bem-estar social das pessoas. Então “entende-se que os hospitais e serviços especializados são importantes, mas que a porta de entrada do sistema deveria ser preferencialmente a atenção básica” (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018, p. 3). Assim o processo de desenvolvimento do modelo de atenção básica ganhou força, sendo prioridade nacional a evolução de tal modelo baseado nas políticas de promoção à saúde e saúde preventiva.

Houve então o desenvolvimento de programas com essa característica como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) também conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) os quais tornaram-se de responsabilidade da esfera municipal, caracterizando-se como uma certa descentralização da saúde, na qual, de acordo com as leis criadas para o SUS, o governo federal transferia algumas responsabilidades referentes à saúde para as demais esferas de governo, dessa forma havendo uma demanda maior de esforço político por parte das três esferas de governo, necessitando de uma maior colaboração e interação entre tais para ter um melhor nível de planejamento e gestão.

Conseqüentemente houve uma maior aproximação da gestão da saúde com os indivíduos, de forma que as demandas da população local pudessem ser tratadas mais especificamente pela gestão local facilitando a efetividade e uma melhor resolutividade do sistema. Porém segundo 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.

Com a efetivação da NOB 96 o governo federal passou a transferir os recursos destinados a saúde para os municípios que por sua vez transformariam esses recursos em ações e serviços para a população através do modelo de atenção básica, incentivados pelo Piso de Assistência Básica (PAB) variável, que disponibilizaria mais recursos para os municípios que progredissem na assistência oferecida para a população. Era o processo de municipalização da saúde acontecendo.

Até então o governo federal era o maior financiador do SUS, as prefeituras e governos estaduais não tinham um percentual mínimo definido a ser gasto com a saúde pública, estando livres para decidir o quanto e com o que era necessário gastar, assim sem a ‘obrigação’ de gastar um volume específico de recursos para a saúde, os investimentos e gastos nesse setor feitos pelas esferas municipais e estaduais eram mínimos. Essa situação mudou com a aprovação da Emenda

Constitucional 29, em 2000, que definiu os percentuais mínimos a serem alcançados com gastos em saúde por cada esfera de governo, assim o SUS passou a ser administrado de forma tripartite, com recursos disponibilizados pelas três esferas de governo possibilitando uma maior alocação de verbas para a promoção de ações e serviços de saúde disponibilizados para a população.

O processo de municipalização da saúde atribuiu diversas responsabilidades e atividades de competência do governo federal aos municípios, então o governo federal passaria a transferir os recursos para os municípios que por sua vez iriam utilizar esses recursos de acordo com as necessidades que suas novas atribuições lhes traziam além de aplicar tais recursos em ações e serviços de atenção básica, dessa forma com a atribuição de mais responsabilidades o município se torna o principal responsável pela gestão de recursos destinados a saúde.

Tal processo de municipalização juntamente com a gestão de recursos permitia aos gestores uma maior autonomia para as definições de prioridades em conjunto com a população local, tendo assim uma maior viabilidade de atender a demandas mais específicas da localidade (MEDEIROS JÚNIOR; SILVA, 2018).

Atualmente cada esfera de governo tem o seu papel definido e bem articulado na gestão da saúde pública brasileira. O governo federal, através do Ministério da saúde, é responsável por articular os sistemas de alta complexidade de saúde, de controlar o SUS e elaborar o seu planejamento, além de ser responsável por transferir recursos destinados à saúde para as demais esferas de governo, de elaborar políticas de saúde e desenvolver projetos e serviços em nível nacional e incentivar a aplicação dos mesmos nas demais esferas de governo, como exemplo podemos citar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que foi desenvolvido pelo governo federal e hoje está presente em todo o Brasil, também a política de saúde mental e as Farmácias Populares são exemplos de projetos e políticas desenvolvidas pelo governo federal.

O governo estadual é responsável por articular suas próprias políticas de saúde, auxiliar na aplicação das políticas nacionais, controlar e gerenciar seus hospitais, aplicar recursos próprios na saúde, mínimo de 12%, além de repassar recursos para os municípios. Dentre outras atividades os municípios são responsáveis por prestar assistência à atenção básica à saúde em suas localidades, aplicar recursos próprios na saúde, mínimo de 15%, gerenciar os recursos repassados pela União e auxiliar nas políticas públicas nacionais e estaduais de saúde, além de desenvolver suas próprias políticas e programas de saúde.

Dessa forma a administração política do SUS é feita de forma integrada e pactuada pelas três esferas de governo visando buscar sua plena efetividade e uma boa articulação para que o sistema de saúde público possa funcionar corretamente e atender de forma exitosa as demandas geradas pela sociedade.

Nas palavras de Santos (2009, p. 37) “A administração política nada mais é senão 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.” Nesse sentido o Estado, na condição de gestor, procura atender as demandas da sociedade de modo a sanar todos os problemas e anomalias sociais em busca de alcançar o estado de bem-estar social.

Em relação à administração política do sistema de saúde, tendo em vista que a saúde é um elemento fundamental para o bem-estar social, o Estado busca disponibilizar, através do Sistema Único de Saúde, amparo e assistência universal para toda a sociedade brasileira em prol da manutenção, prevenção e promoção da saúde, que é um direito dos cidadãos e dever do próprio Estado estabelecido por lei,

de forma a evitar calamidades públicas e assegurar uma boa qualidade de vida para a população.

O SUS vem sendo um importante projeto do Estado para a sociedade com o desenvolvimento de programas que buscam a melhora do atendimento à população, reduzir os índices epidemiológicos, ofertar serviços além de promover a prevenção da doença, porém ainda há uma grande lacuna a ser preenchida entre o que foi planejado para o SUS e o que se conseguiu realizar até hoje, pois muitos desafios ainda devem ser enfrentados.

De acordo com Paim (2015, p.49) “o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema único, público e gratuito de saúde” onde a maior parte de sua população depende exclusivamente dele para a sua assistência de saúde, sendo assim o desenvolvimento de um projeto de nação que inclua o aprimoramento do SUS é indispensável, particularmente sendo considerado que a universalidade do sistema ainda não foi realizada, nem sequer teve-se êxito no combate à pobreza e desigualdades sociais (OCKÉ-REIS, 2012).

#### 4 METODOLOGIA

Para Gil (2010) a pesquisa científica é um elemento de um processo coerente focado na obtenção de respostas a questionamentos anteriormente determinados. Dessa forma os procedimentos e métodos científicos são primordiais para se obter resultados satisfatórios em uma pesquisa científica. Para Marconi e Lakatos (2011) o conhecimento científico lida com dados e sustenta a concepção de que os experimentos confirmam a veracidade ou falsidade de tais dados. Sendo assim tem-se a necessidade de analisar os dados coletados para que seja possível chegar a conclusões a respeito do que se é estudado.

Nessa pesquisa utilizou-se o método de estudo descritivo que segundo Gil (2010) tem por fim descrever as características de um determinado conjunto, reconhecendo prováveis familiaridades ou relações entre as variáveis. Assim os dados numéricos coletados tem fundamental importância para a análise e conclusão do presente estudo.

Para o presente artigo também utilizou-se da estratégia de pesquisa documental que para Martins e Theóphilo (2009) é uma pesquisa na qual utiliza-se vários tipos de documentos para obtenção de dados. Dessa forma foram coletados dados de diferentes plataformas dentre elas, artigos, teses, *sites* de informações como o IBGE e indicadores econômicos referentes a gestão da saúde em ferramentas para consulta de dados on-line como o SIOPS (Sistema de Informação sobre orçamentos públicos em saúde) do Ministério da Saúde a fim de descrever e analisar tais dados para obter os resultados do estudo.

Tendo em vista que os dados analisados na pesquisa são predominantemente numéricos, a mesma tem uma abordagem quantitativa que para Martins e Theóphilo (2009) trata-se organização, agrupamento, distinção e interpretação dos dados numéricos coletados.

Em resumo, trata-se de uma pesquisa com método descritivo de abordagem quantitativa que valeu-se da estratégia documental, onde foram coletados dados e indicadores econômicos referentes a gestão da saúde de diferentes documentos e plataformas para caracterizar o município de Campina Grande-PB, como também indicadores de municípios com o mesmo porte populacional de diferentes estados onde buscou-se fazer uma análise e comparação de tais indicadores dentre os municípios selecionados.

## 5 RESULTADOS

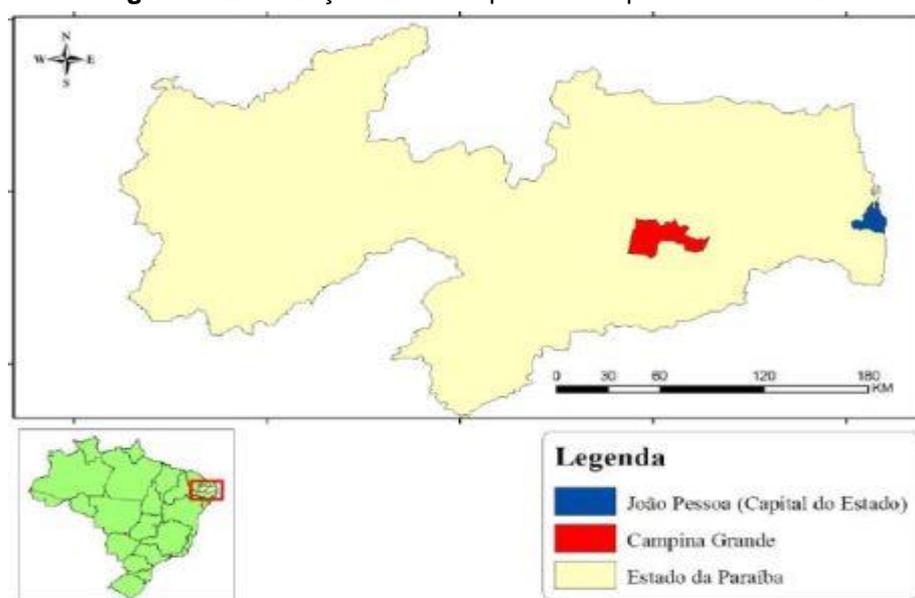
### 5.1 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE

#### 5.1.1 Caracterização do município

O Município de Campina Grande está localizado no interior do estado da Paraíba na mesorregião do agreste paraibano a 120km da capital João Pessoa, na Região Nordeste do Brasil. Com uma área de aproximadamente 595,5 km<sup>2</sup> sendo aproximadamente 96km<sup>2</sup> de área urbana, sua população, segundo estimativa de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 407.472 habitantes no qual aproximadamente 95% é população urbana e aproximadamente 5% população rural.

É caracterizada como uma cidade de médio porte seguindo o critério populacional adotado pelo IBGE, que caracteriza assim as cidades com população entre 100 mil e 500 mil habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa do estado, ficando atrás apenas da capital. É uma das maiores cidades do interior do Nordeste e sua região metropolitana é formada por 19 municípios além de seus distritos administrativos Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista.

**Figura 1:** Localização do Município de Campina Grande - PB



**Fonte:** Granjeiro; Rufino; Barros Filho (2015)

A cidade é referência no setor industrial e tecnológico, sendo conhecida como um dos principais polos industriais do Nordeste e também está entre um dos principais polos tecnológicos da América Latina, segundo a revista americana Newsweek. Também é citada pela revista Você S/A como uma das 100 melhores cidades do país para trabalhar e construir uma carreira e ainda segundo a Gazeta Mercantil tem potencial para ser umas das 20 metrópoles do futuro (CAMPINA GRANDE, s.d.).

Campina Grande também é um importante centro universitário contando com 21 universidades e faculdades, das quais três são públicas, que atraem estudantes de todo o estado e também de estados vizinhos. Conta com o segundo maior PIB do

estado, sendo responsável por 15,63% do total produzido na Paraíba. É apontada como a cidade mais dinâmica do Nordeste e a 6ª do Brasil. Além disso, o município é palco de vários eventos religiosos e culturais que ocorrem todos os anos, dentre eles A Consciência Cristã, “O Maior São João do Mundo”, O Festival de inverno e muitos outros, recebendo milhares de turistas de todas as partes do Brasil (CAMPINA GRANDE, s.d.).

No que diz respeito à saúde, Campina Grande possui uma estrutura considerável, pois a cidade é sede da II Macrorregião de saúde da Paraíba que oferece cobertura para mais de 1 milhão de habitantes da região. A cidade também é organizada pela Secretaria Municipal de Saúde de forma territorial que direcionam os atendimentos da atenção básica por regiões denominadas de Distritos Sanitários compostos por uma determinada quantidade de bairros, a sua divisão totaliza 6 Distritos Sanitários.

Vários programas de atenção básica são desenvolvidos na cidade como o Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), além das mais de 70 Unidades Básicas de Saúde da Família espalhadas por toda a cidade. Segundo dados da própria prefeitura a Estratégia da Família cobre aproximadamente 85% da população, o que significa que a atenção básica ainda não atingiu a totalidade da população.

O município conta com uma maternidade, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Hospital da Criança e do Adolescente, o Hospital de Trauma, que é gerenciado pelo governo estadual, garantindo atendimento de urgência e emergência aos cidadãos campinenses e paraibanos. Também conta com uma rede de hospitais públicos e privados que oferecem assistência hospitalar de média e alta complexidade, além de inúmeras clínicas particulares que tratam de especialidades. Ainda é disponibilizado pelo município uma rede de atenção psicossocial que oferece tratamento psicológico através das unidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas que são fundamentais para a atenção a saúde mental na cidade.

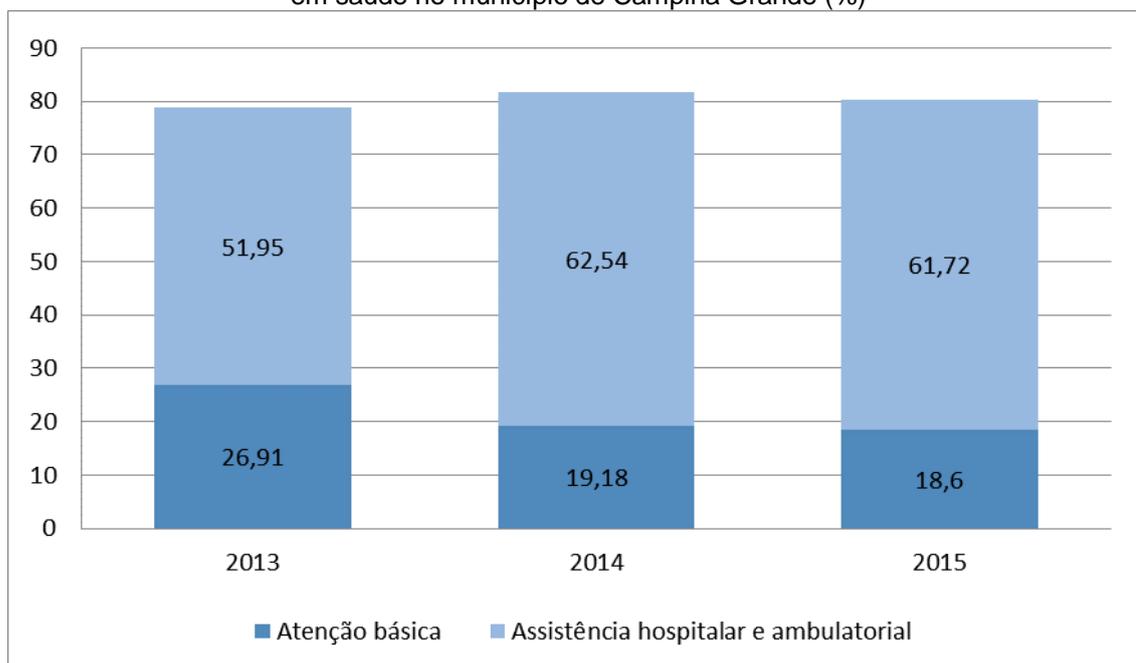
A atenção à saúde em Campina Grande está articulada de forma a atender desde a criança ao idoso, oferecendo serviços que vão da atenção básica à alta complexidade.

### **5.1.2 Característica do modelo**

É sabido que desde a sua implantação o Sistema Único de Saúde voltou suas políticas para o modelo de atenção à saúde de atenção básica tendo tal modelo como prioridade para o desenvolvimento de políticas em prol da prevenção da doença, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida da população de forma que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial fosse acionada apenas nos casos em que fosse realmente necessária a sua intervenção, não diminuindo sua importância, mas visando o bem-estar das pessoas. Assim a Assistência Hospitalar e Ambulatorial iria ter sua participação reduzida e limitada apenas aos casos de real necessidade.

A gestão da saúde no município de Campina Grande, embora apresente mudanças significativas nas últimas décadas, ainda segue os padrões tradicionais de assistência hospitalar. Mesmo com o processo de municipalização da saúde, implantação do Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais programas de atenção básica o Fundo Municipal de Saúde (FMS) ainda tem como maior dispêndio de recursos os repasses destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme representado no gráfico abaixo.

**Gráfico 1:** Participação da atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial nos gastos totais em saúde no município de Campina Grande (%)



**Fonte:** Medeiros Júnior (2017)

Verifica-se que no período entre 2013 e 2015 houve um decréscimo na participação dos gastos com atenção básica no município de Campina Grande tendo uma redução do percentual de 26,91% em 2013 para 18,6% dois anos depois, já em contra partida no mesmo período houve um aumento considerável na participação dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial passando de 51,95% em 2013 para 61,72% em 2015.

Nota-se que a diferença de recursos do Fundo Municipal de Saúde repassados em 2013 para a atenção básica representa praticamente a metade do repassado para a assistência hospitalar e ambulatorial e em dois anos os valores passam a representar menos de um terço, assim assistência hospitalar e ambulatorial ainda representa maior concentração de gastos do Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande.

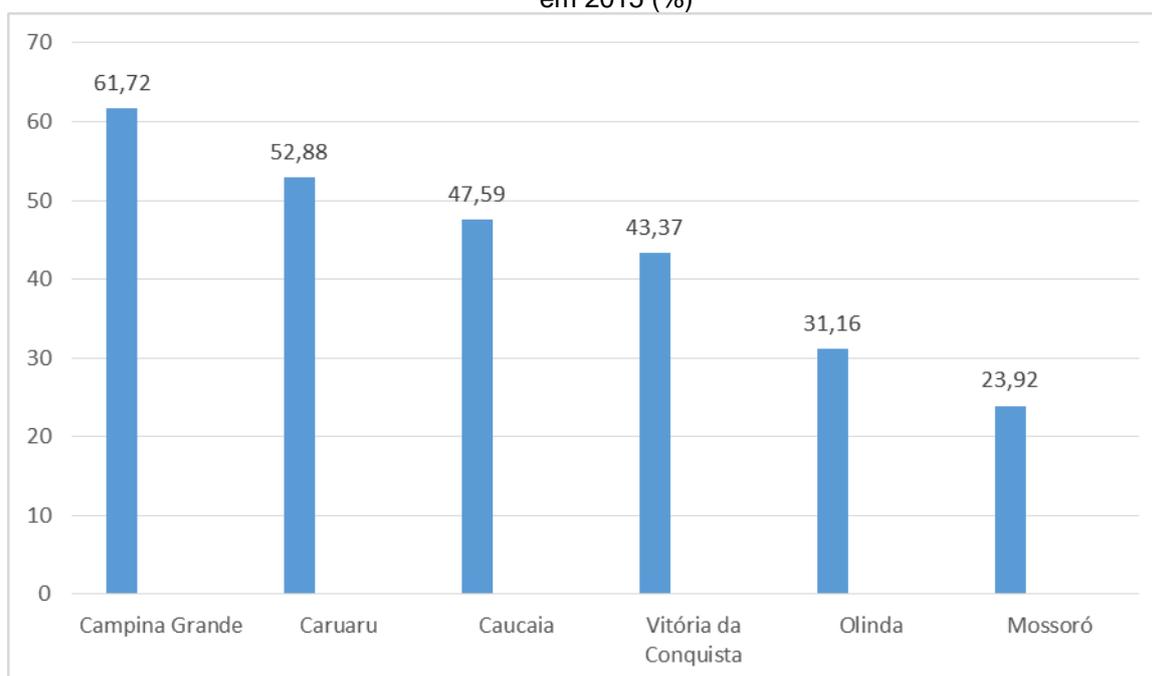
Mesmo com a política nacional voltada para a atenção básica o que se observa é a predominância de um modelo hospitalar com concentração de gastos voltados para média e alta complexidade e uma situação alarmante para a atenção básica que deveria ser a prioridade da política de saúde do município.

É certo que o modelo de atenção básica ainda está em desenvolvimento e enfrenta vários desafios na sua articulação, porém a diminuição dos gastos resulta numa oferta menor de serviços prestados à população além de perda da qualidade de tais serviços tendo em vista que a população cresce diariamente e consequentemente a demanda por tais serviços só tende a aumentar.

O aumento dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial reflete a deficiência das políticas de prevenção da doença e promoção à saúde defendidas pelo SUS e tidas como prioridade para a consolidação da efetividade do sistema de saúde planejado e ao contrário do que se esperava a atenção hospitalar não perdeu espaço diante das novas políticas de saúde.

Se compararmos tais dados do município de Campina Grande com os referentes dados de alguns municípios de estados vizinhos verifica-se que a situação da cidade paraibana ainda tem maior destaque. O gráfico a seguir mostra a participação dos gastos em saúde na assistência hospitalar e ambulatorial no ano de 2015 em alguns dos principais municípios do interior do nordeste que se enquadram na caracterização de cidades de médio porte populacional segundo o IBGE, tendo uma população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Dentre os municípios mais populosos do interior do nordeste, foram selecionados Caruaru-PE, Caucaia-CE, Mossoró-RN, Olinda-PE e Vitória da Conquista-BA.

**Gráfico 2:** Participação da Assistência hospitalar e ambulatorial na estrutura de gastos por município em 2015 (%)



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Dentre os municípios escolhidos verifica-se que Campina Grande, no ano em questão é o que dispndia o maior percentual de gastos para a atenção hospitalar e ambulatorial, já o município de Mossoró é o que menos gasta dispensando apenas 22,92% de seus recursos destinados á saúde.

Verifica-se que os demais municípios ainda têm uma participação considerável nos gastos com a atenção hospitalar, porém Campina Grande passa dos 61% destacando seu aspecto concentrador de gastos em assistência hospitalar e ambulatorial diminuindo assim a prioridade da atenção básica, que já enfrenta dificuldades em seu desenvolvimento, podendo ser ainda mais prejudicada se tal situação não mudar. “Se existem, ainda, desafios muito grandes na atenção básica a serem alcançados, a absorção de recursos pela atenção hospitalar impede que uma maior resolutividade do sistema.” (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p. 91).

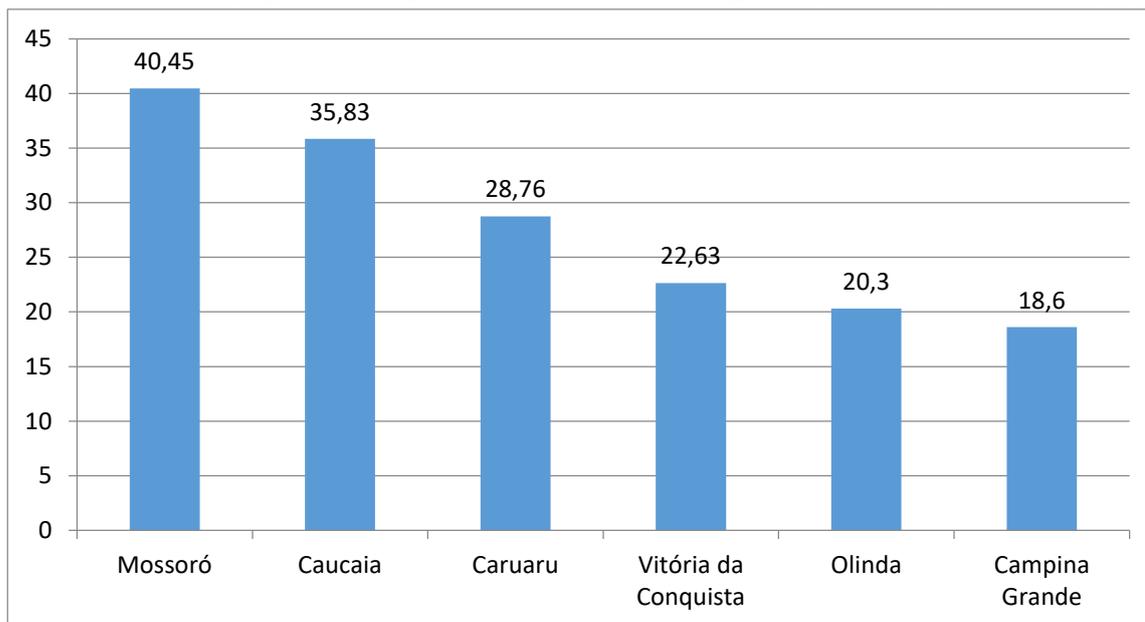
Dessa forma fica claro a necessidade de um melhor planejamento de atenção á saúde por parte dos gestores com a adoção de políticas consolidadas que priorizem a atenção básica e se alinhem com a política nacional, visando aumentar a resolutividade do sistema e romper com o modelo hospitalar característico da cidade.

Apesar de ser o modelo predominante de atenção a saúde que atuava antes da implantação do SUS, criando assim uma tradição na cidade, as novas políticas

trazidas pelo novo sistema de saúde visa diminuir gradativamente a participação nos gastos com despesa hospitalar ao tentar oferecer um maior grau de resolução das demandas geradas pela sociedade através da atenção básica, porém enquanto os percentuais dos gastos com saúde não se inverter será difícil de alcançar tal finalidade.

Ao analisar os dados referentes a participação dos gastos com atenção básica nos municípios escolhidos verifica-se que a situação de Campina Grande é oposta aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial.

**Gráfico 3:** Participação da atenção básica na estrutura de gastos por município em 2015 (%)



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

O que se verifica no gráfico 3, relacionando com o gráfico 2, é que Campina Grande, que tem o maior gasto em assistência hospitalar e ambulatorial, no ano em questão, é o município que menos gasta em atenção básica com um percentual de 18,6%, já o município de Mossoró, que tem a menor participação dentre os municípios escolhidos em assistência hospitalar e ambulatorial, é o que mais destina recursos financeiros para a atenção básica á saúde atingindo um percentual de 40,45%, ou seja, mais que o dobro do que é disponibilizado por Campina Grande, destacando assim uma importante diferença no tratamento de ambos os modelos de atenção á saúde entre os municípios.

O município de Campina Grande enfrenta um lento progresso no estabelecimento de políticas de atenção básica á saúde. O programa Saúde da Família também chamado de Estratégia de Saúde da Família destaca-se como um exemplo de tal fato, pois a cobertura do ESF na cidade, atualmente, ainda não atinge o totalidade da população, mesmo sendo um dos primeiros municípios á realizar a sua implantação, em 1994, cerca de 14% da população campinense não tem a cobertura do programa (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

Os dados analisados demonstram que uma reformulação da administração política da saúde no município de Campina Grande é de suma importância, assim como a necessidade de maiores investimentos no modelo de atenção básica e uma reorganização do mesmo de forma que possa garantir o atendimento para toda a

população, estabelecendo assim a atenção básica como principal modelo de atenção à saúde no município, o que conseqüentemente poderia representar um maior grau de resolutividade dos problemas de saúde da população nessa categoria de atendimento sem que seja necessário recorrer às demais esferas de saúde. Tal acontecimento resultaria numa diminuição da procura pela assistência hospitalar que na maioria das vezes ocorre porque o indivíduo não consegue resolver seus problemas na atenção básica devido a dificuldades apresentadas por esse sistema.

Um novo modelo de administração política da saúde no município de Campina Grande não significaria desmonte da importante rede de atenção hospitalar existente, mas, antes, uma ressignificação da mesma, dentro da hierarquia da construção do sistema de saúde. Seria necessário deixar ao hospital as tarefas concernentes a este nível de atenção, trazendo para a atenção básica o importante papel de desenvolver promoção à saúde e saúde preventiva para todos os cidadãos do município (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p.92).

O modelo de assistência hospitalar predominante no município de Campina Grande opera de forma tradicional seguindo o método de pagamento baseado no faturamento, que consiste no credenciamento do hospital privado instalado no município para prestação de serviço do SUS, que por sua vez efetua o pagamento aos hospitais de acordo com os atendimentos prestados e procedimentos realizados nos pacientes, dessa forma uma boa parte do percentual das verbas destinadas à saúde são repassadas para hospitais privados e prestadores de serviços do município. Esse tipo de modelo de pagamento pode incentivar práticas irregulares nesses estabelecimentos com a finalidade de obter mais recursos, muitas vezes estimulando fraudes.

Em estudos feitos em 1997 no próprio município de Campina Grande, Rotta (1997) já advertia que havia uma grande concentração de recursos da saúde destinados para a assistência hospitalar chegando a atingir o percentual de 70% do total. Com o processo de municipalização, ou seja, a transferência da gestão da saúde para os municípios, de acordo com os números apresentados anteriormente percebe-se que embora as políticas de atenção básica tenham feito um tímido avanço, os números referentes ao setor hospitalar continuam bastante expressivos.

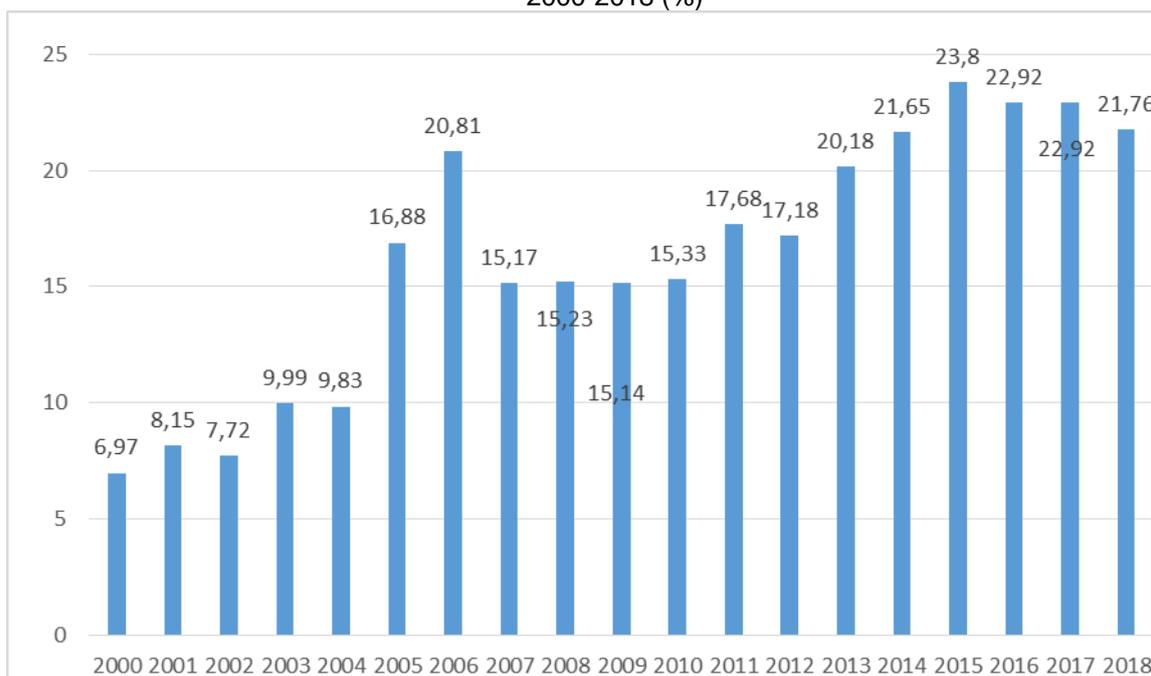
Segundo Medeiros Júnior (2017), o Hospital Antônio Targino (HAT), a CLIPSI e a Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) que estão entre os principais prestadores de serviços privados do SUS em Campina Grande, receberam juntos 41,84% do total dos recursos destinados à esses prestadores em 2015, o que representa cerca de 38 milhões de reais no decorrer do ano em questão, ou seja, apenas três estabelecimentos foram responsáveis por quase metade dos gastos em serviços terceirizados de saúde no município.

Apesar de que o modelo de atenção básica tem prestado assistência à população mesmo apresentando dificuldades e com vários desafios a serem superados, além do pouco investimento destacado nos dados acima, o modelo de atenção à saúde predominante na cidade ainda é o de assistência hospitalar e ambulatorial, que já é tradicional pois atua no município desde muito antes da implantação do SUS. o modelo de Assistência Hospitalar e Ambulatorial atuante no município pode ser caracterizado como um modelo Hospitalocêntrico Privado (ROTTA, 1997), termo utilizado para destacar o modelo de assistência hospitalar com grande concentração de recursos destinados aos hospitais da rede privada prestadora de serviços do SUS.

### 5.1.3 Dependência das transferências

A Emenda Constitucional 29 determinou o percentual mínimo a ser aplicado em saúde para cada esfera de governo e com isso determinou também sanções para aqueles que não cumprirem. É sabido que para os municípios foi fixado um percentual mínimo de gastos em saúde de 15% de seus recursos próprios a partir de 2005 e verifica-se em Campina Grande de acordo com os dados a seguir que tal determinação foi cumprida.

**Gráfico 4:** EC-29: Percentual de Recursos próprios utilizados em saúde em Campina Grande 2000-2018 (%)



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

O gráfico demonstra que a EC-29 surtiu efeito na relação de gastos de recursos próprios em saúde no município de Campina Grande, verifica-se uma melhora significativa no emprego dos recursos pois em 2000, ano em que entrou em vigor a referida Emenda Constitucional utilizou-se apenas 6,97% dos próprios recursos com um avanço tímido nos anos seguintes, apenas em 2005, como a norma determinava, foi que o percentual mínimo de 15% é timidamente superado, permanecendo assim até o ano de 2012, com exceção de 2006, o que mostra que a gestão se comprometeu apenas em cumprir com o combinado.

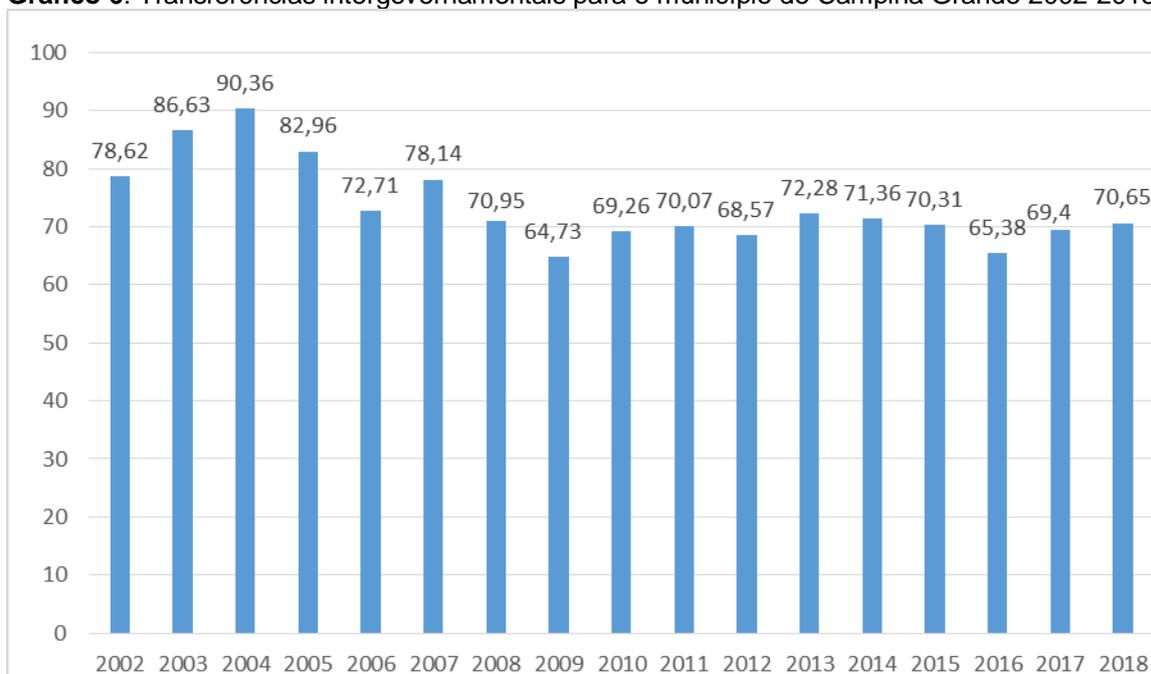
A partir do ano de 2013, sob nova gestão, verifica-se um maior comprometimento com a utilização de recursos próprios em saúde no município, superando a marca dos 20%. Se relacionarmos tais informações com os gráficos anteriores vemos que o aumento na utilização de recursos próprios na saúde não significou um aumento em gastos com atenção básica, pois nos anos em que ocorreu o aumento nos percentuais de recursos próprios gastos em saúde no município de Campina Grande observou-se uma diminuição significativa nos gastos em atenção básica, confirmando-se ainda mais a concentração de recursos destinados para a atenção hospitalar e ambulatorial.

Quando se fala em recursos próprios do município o que se observa em Campina Grande são números pouco expressivos como veremos no gráfico a seguir.

**Gráfico 5:** Receita líquida total de Campina Grande (%) 2002-2018

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

De acordo com o observado no gráfico 5 os percentuais de recursos próprios do orçamento total do município em seu ápice, entre 2002 e 2016, não chegou nos 13%, atingindo apenas 12,92% em 2015, com uma média de 10,92% anuais, o que constata uma forte dependência do município de obter as transferências de recursos das outras esferas de governo para seus cofres, que como veremos à seguir são de suma importância para o município.

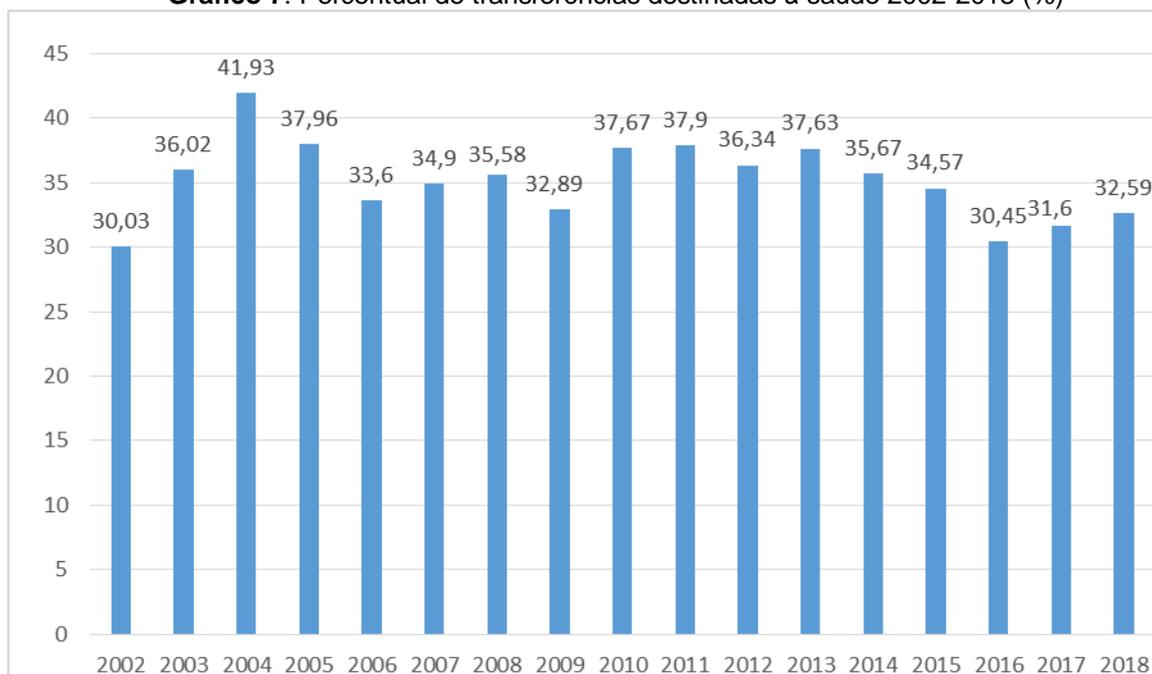
**Gráfico 6:** Transferências intergovernamentais para o município de Campina Grande 2002-2018 (%)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

O gráfico acima indica o outro lado do processo, isto é, representa o quanto se é repassado para Campina Grande por outras esferas de governo. O que se vê,

ao contrário dos números do gráfico 5, são números bastante consideráveis, que sem os quais não seria possível realizar ações e serviços no município. Nota-se uma média de 71% anuais das receitas da prefeitura municipal, ressaltando-se a dependência do município por transferências das outras esferas governamentais. Desses valores repassados para Campina Grande pelas demais esferas do governo uma importante soma é destinada à saúde, como veremos a seguir.

**Gráfico 7:** Percentual de transferências destinadas à saúde 2002-2018 (%)



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do SIOPS

O gráfico 7 trata do percentual das transferências intergovernamentais para Campina Grande que são destinadas à saúde, ou seja, dos recursos transferidos para Campina Grande das outras esferas de governo anualmente, em média 34,61% são destinados à saúde, com destaque para o ano de 2004 que teve 41,93% das transferências aplicadas na saúde no município. A partir de 2003, quando foram criados serviços como o SAMU e a Farmácia Popular, as transferências do governo federal tiveram uma crescente importância (MEDEIROS JÚNIOR, 2017), pois surgiu a necessidade de custear tais serviços além dos demais já disponibilizados anteriormente.

Os dados analisados anteriormente revelam a importância que os repasses de recursos das demais esferas de governo têm no orçamento público do município de Campina Grande, sendo este incapaz de arcar sozinho com as despesas referentes à saúde como também aos demais serviços oferecidos à população. Fica claro que uma redução nos repasses pode interferir na oferta e na qualidade das ações e serviços realizados pelo município, dessa forma as medidas da EC-95 pode prejudicar comunidades inteiras de municípios com situação semelhante a de Campina Grande.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se fala em saúde pública brasileira pode-se dizer que há vários pontos negativos e positivos na sua história, vários obstáculos e desafios já

superados, mas outros vários que ainda estão sendo enfrentados atualmente. Do ponto de vista político, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado para com o seu povo que até então era carente de assistência sanitária, mudando assim seu caráter restritivo que beneficiava apenas uma parcela da população para voltar-se á um enfoque universal, através de um sistema de saúde voltado para todos os cidadãos sem distinção alguma.

O sistema de saúde brasileiro rompeu com o modelo unicamente hospitalar e ambulatorial onde se tratava as enfermidades já existentes e adotou o modelo de atenção básica de saúde como seu principal e prioritário modelo de assistência à saúde com seu foco voltado para prevenção e promoção da saúde visando assim diminuir os casos de doenças e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos. Do ponto de vista financeiro onde se tinha muitas dúvidas e questionamentos à respeito do financiamento da saúde, questão de muita insegurança e debates recorrentes, houve a aprovação de várias leis, elaboração de várias normas e regulamentos específicos que transformaram a realidade do financiamento da saúde brasileira, garantindo recursos para custear a oferta de serviços á população.

Embora se tenha todo um arcabouço legal que garante o financiamento do sistema de saúde brasileiro ainda assim nota-se problemas para oferecer serviços de qualidade para a população, visto que há insuficiência de recursos o que implica na redução da oferta de serviços prestados, além de que o governo visa, com a EC-95, congelar os gastos públicos por um prazo de 20 anos o que pode resultar em um maior problema de subfinanciamento da saúde brasileira comprometendo ainda mais os seus serviços.

O nosso estudo voltou-se para o município paraibano de Campina Grande, considerado de médio porte populacional, um dos maiores municípios do interior do nordeste brasileiro e através dos dados obtidos buscou-se verificar e analisar o modelo de atenção à saúde desse município.

De acordo com o que se foi estudado verifica-se que o município de Campina Grande mesmo com a adoção de várias campanhas e programas voltados para a atenção básica ainda tem uma maior concentração de gastos direcionados á assistência hospitalar e ambulatorial e percebe-se que, no período estudado, há um decréscimo significativo dos percentuais repassados destinados á atenção básica, o que pode-se dizer que é uma política contrária ao que é imposto pelo SUS que prioriza a atenção básica como seu principal modelo de atenção á saúde.

Tal medida é alarmante no que se refere á qualidade dos serviços prestados e a efetividade dos serviços de atenção básica já que com a redução dos valores repassados fica impossível trabalhar em melhorias no setor, o que pode comprometer e prejudicar a população que mais necessita de tais serviços.

Ainda se comparado a municípios de mesmo porte populacional o que se verifica é o destaque de Campina Grande que apresenta o maior percentual de repasses para a assistência hospitalar e ambulatorial e o menor repasse para a atenção básica, dentre os municípios estudados.

Dessa forma verificamos que Campina Grande segue os modelos tradicionais de assistência hospitalar e ambulatorial destinando mais que o dobro dos recursos para tal modelo de assistência se comparado com os valores destinados para a atenção básica. Tal fato merece ainda mais destaque se levarmos em conta que os hospitais operantes na cidade são privados prestadores de serviços ao SUS, ou seja, hospitais privados credenciados pelo SUS para prestarem serviços à população, dessa forma sendo pagos pelo nosso Sistema Único de Saúde para

operarem na cidade o que caracteriza o modelo de atenção à saúde como Hospitalocêntrico privado.

O município tem um alto grau de dependência das transferências de outras esferas de governo, já que tais repasses representam valores bem mais significativos do que os recursos próprios aplicados pelo município.

Tal estudo limitou-se apenas a analisar o modelo de atenção à saúde do município de Campina Grande na Paraíba, não se teve acesso ao atual Plano Municipal de Saúde de Campina Grande para mais detalhamento dos equipamentos de saúde do município, tais como UBSFs, CAPs dentre outros devido à indisponibilidade nos órgãos públicos principalmente na Secretária de Saúde Municipal. Contudo, consideramos a necessidade de realizar tais estudos também em nível estadual, regional e até nacional para se saber a real situação da saúde pública brasileira.

## REFERÊNCIAS

CAMPINA GRANDE, P. M. **História**. Prefeitura Municipal de Campina Grande. s.d. disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/historia>. Acesso em 20 abr. 2019.  
GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANGEIRO, E. L. A.; RUFINO, I. A A; BARROS FILHO, M. N. M. **Estimativa e especialização da demanda de água na cidade de Campina Grande/PB considerando o uso e a ocupação do solo**: o caso do bairro do Catolé. In: XXI Simpósio brasileiro de recursos hídricos. 22 a 27 de novembro de 2015. Brasília. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309493317>. Acesso em: 20 set. 2019.

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

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

MEDEIROS JÚNIOR, G. **Economia e Administração Políticas da saúde no Brasil: uma análise das dinâmicas do capital e do Estado na gestão do SUS em Campina Grande**, 2017. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MEDEIROS JÚNIOR, G. M.; 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 Á, CARNUT L. **Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política**: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: XXIII Encontro Nacional de Economia Política. 12 a 15 de junho de 2018. Niterói: UFF; 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>. Acesso em 5 mai. 2019.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?**. Trab. educ. saúde vol.6, no.3. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jul. 2019.

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: 03 out. 2019.

PIOLA, Sergio F. et al. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro**. Análise Econômica, Porto Alegre, v. 30, n. especial, p. 9-33, 2012.

RIBEIRO, Paulo Silvino. "**Mas o que seria o SUS? Quais suas diretrizes e princípios gerais?**"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/mas-que-seria-sus-quais-suas-diretrizes-principios-gerais.htm>>. Acesso em 23 de abril de 2019.

ROTTA, J. H. **As relações quantitativas do SUS em Campina Grande e o processo de Municipalização da Saúde**. Mestrado em Economia, UFPB. Série Debates, n. 68, ago. 1997.

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

SCHNEIDER, Alessandra. et al. (orgs). **Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo, 2005. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos\\_pdf/cartilha\\_financiamento\\_do\\_SUS\\_a\\_luta.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

VASCONCELOS, Cipriano M. de; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.