



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E
A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**

**CAMPINA GRANDE-PB
2022**

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

**ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso Especialização
em Gestão Pública Municipal da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior.

**CAMPINA GRANDE-PB
2022**

B327a Bastos, Karina Karla de Souza.
Análise dos indicadores de gestão em saúde no Município de Pedra Branca-PB [manuscrito] / Karina Karla de Souza Bastos. - 2022.
27 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação a Distância, 2023.

"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior. ,
Coordenação do Curso de Administração - CCSA."

1. SUS. 2. Indicadores de saúde. 3. Gestão Municipal em Saúde. I. Título

21. ed. CDD 353.6

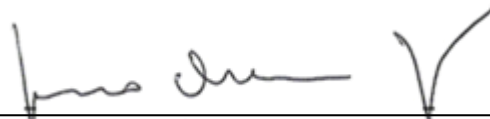
KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS

ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de
Especialização em Gestão Pública
Municipal da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Especialista em Gestão Pública
Municipal.

Aprovada em: 20/12/2022.

BANCA EXAMINADORA



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



Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias



Profa. Ma. Aliceane de Almeida Vieira

À minha família, pela cumplicidade,
incentivo e combustível diários, DEDICO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica.
APS	Atenção Primária à Saúde.
CUS	Cobertura Universal de Saúde.
EAP	Equipe de Atenção Primária.
EC	Emenda Constitucional.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LO	Lei Orgânica da Saúde.
MS	Ministério da saúde.
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro.
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção.
RSB	Reforma Sanitária Brasileira.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE: avanços e contrarreformas em tempos hodiernos	11
3. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	15
4. TESSITURA DA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB

ANALYSIS OF HEALTH MANAGEMENT INDICATORS IN THE MUNICIPALITY OF PEDRA BRANCA-PB

Karina Karla de Souza Bastos¹

RESUMO

Neste trabalho se analisa os indicadores de gestão em saúde no Município de Pedra Branca-PB, mediante pesquisa exploratória, com procedimentos técnicos optou-se por uma pesquisa bibliográfica e documental, cuja fonte de documentos e dados foram coletados e elaborados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período 2002 a 2021. Os achados da pesquisa revelam que, no que concerne ao indicador de transferência da União para a saúde por Município, os dados evidenciam um investimento pífio, com pequeno crescimento na transferência de recursos entre 2013-2021. Quanto aos indicadores de dinheiro com medicamento e dinheiro investimento/dinheiro total, observa-se que o período posterior a 2013 revelam uma constância no investimento do Município. Por conseguinte, sobre o indicador transferência do SUS/Dinheiro Total vislumbra-se que após o período subsequente a 2013, há uma crescente transferência de recursos para a saúde, mesmo diante do cenário de subfinanciamento e discurso de crise. No que refere-se aos Recursos Próprios em saúde – EC 29 por Município, observou-se que durante o período de dez anos, o percentual de investimentos não ultrapassou 20%. Após 2012, os números se elevam ainda que de maneira discreta, porém em 2021, salta para 30,42%, representando o ano com maior investimento de recursos próprios no campo da saúde pública municipal. Portanto, inegavelmente o SUS, com seu arcabouço legal, se constitui em um avanço significativo para a política de saúde brasileira, entretanto, um dos desafios que se coloca para a implementação do SUS constitucional é o histórico problema do financiamento, sobretudo face ao contexto de predominância do capital portador de juros, incidindo sobre o orçamento público, a EC-95 e os direcionamentos dos organismos internacionais, distanciam-se dos princípios previstos no SUS. Atenta-se ainda, para a essencialidade da gestão pública em sua relação intrínseca ao Estado, a qual deve atender o bem de toda coletividade, através de ações, bens, programas e políticas sociais, expressas materialmente nos recursos públicos, para o qual deve ser precedido de um Planejamento Estratégico, realidade observada na pesquisa, ao identificar que o grupo político dos últimos anos buscaram priorizar as questões pertinentes a política de saúde pública.

Palavras-chave: SUS. Indicadores de Saúde. Gestão Municipal em Saúde.

¹ Assistente Social, Mestra em Serviço Social pela UFPB.
Email: bastoskarina151@gmail.com

ABSTRACT

This work analyzes the health management indicators in the Municipality of Pedra Branca-PB, through exploratory research, with technical procedures, a bibliographical and documental research was chosen, whose source of documents and data were collected and elaborated by the Information System on Public Health Budgets (SIOPS), in the period 2002 to 2021. The research findings reveal that, with regard to the indicator of transfer from the Union to health by Municipality, the data show a negligible investment, with little growth in the transfer of resources between 2013-2021. As for the indicators of money with medicine and money investment/total money, it is observed that the period after 2013 reveals a constancy in the Municipality's investment. Therefore, regarding the SUS transfer/Total Money indicator, it can be seen that after the period after 2013, there is a growing transfer of resources to health, even in the face of underfunding and crisis discourse. With regard to Own Resources in health – EC 29 per Municipality, it was observed that during the ten-year period, the percentage of investments did not exceed 20%. After 2012, the numbers rise, albeit discreetly, but in 2021, it jumps to 30.42%, representing the year with the highest investment of own resources in the field of municipal public health. Therefore, undeniably the SUS, with its legal framework, constitutes a significant advance for Brazilian health policy, however, one of the challenges for the implementation of the constitutional SUS is the historical problem of funding, especially in the context of predominance of interest-bearing capital, levied on the public budget, the EC-95 and the guidelines of international organizations, distance themselves from the principles provided for in the SUS. It also pays attention to the essentiality of public management in its intrinsic relationship with the State, which must serve the good of the entire community, through actions, goods, programs and social policies, materially expressed in public resources, for which it must be preceded by a Strategic Planning, reality observed in the research, when identifying that the political group of the last years tried to prioritize the questions pertinent to the public health policy.

Keywords: SUS. Health Indicators. Municipal Health Management.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado “**ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**” resulta de uma pesquisa bibliográfica e documental, cujo **objetivo geral** foi analisar os indicadores de gestão em saúde no Município de Pedra Branca-PB. Para tanto, buscou-se responder aos **objetivos específicos**: identificar o grau de dependência municipal com a transferência de recursos da União e do Estado; identificar o percentual de receita própria aplicada em saúde no município; vislumbrar os avanços e desafios da gestão em saúde no Município no período de 2002 a 2021.

Assim, tomou-se como **tema** de pesquisa a gestão municipal em saúde e como **objeto** de pesquisa os indicadores municipais da gestão em saúde.

A aproximação com esta temática surgiu a partir de inquietações sentidas durante o processo de formação profissional no curso de Especialização em Gestão Pública Municipal e da experiência profissional no âmbito da gestão municipal da cidade de Pedra Branca-PB, enquanto parte integrante do corpo de secretariado, em que foi possível escutar as angústias e insatisfação dos usuários das políticas sociais e a preocupação dos gestores em proporcionar uma gestão de qualidade e comprometida com a população, por vezes, a realidade objetiva para concretização desse objetivo se esbarra nas inquietações quanto a (in)suficiência dos recursos públicos provenientes das três esferas de governo: União, Estado e Município.

O olhar atento, direciona-se para a política de saúde, sobretudo após o período de pandemia desencadeado pelo novo coronavírus, a COVID-19, que assolou todo o planeta, dizimando milhares de vidas² e deixando sequelas de saúde nos sobreviventes.

O Sistema Único de Saúde brasileiro configura-se um avanço significativo no campo das lutas e da conquista de direitos sociais, com o reconhecimento pela Constituição Federal de 1988 – a Constituição Cidadã – da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, conferindo-lhe um vasto aparato normativo e legislativo com o desenho das ações e serviços em saúde. Entretanto, a consolidação do SUS enfrenta desafios cotidianamente, sobretudo em tempos de centralização do capital financeiro e das políticas ultraneoliberais e neofacistas em cena.

Diante desse contexto, um dos desafios que se coloca para a implementação do SUS constitucional é o histórico problema do financiamento, intrínseco desde sua criação até a contemporaneidade. Mendes, Funcia (2016) reitera que o período de existência do SUS é concomitantemente o período de reafirmação de predominância do capital portador de juros, em sua versão mais nefasta, capital fictício, incidindo sobre o orçamento do fundo público e a concretização dos direitos que constituem a proteção social, dentre elas, a saúde.

Atenta-se ainda, para a essencialidade da gestão pública em sua relação intrínseca ao Estado, a qual deve atender o bem de toda coletividade, através de ações, bens, programas e políticas sociais, expressas materialmente nos recursos públicos, para o qual deve ser precedido de um Planejamento Estratégico, com vistas

² Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil registrou 693.981 óbitos decorrentes de COVID-19.

a possibilitar estratégias eficientes do uso do orçamento e alcançar o atendimento das necessidades sociais e viabilizar os direitos sociais de todos os sujeitos.

Deste modo, surgiram os questionamentos sobre a realidade local, Pedra Branca-PB, tomando-se como problema de pesquisa: qual a situação da saúde na gestão municipal nos últimos anos?

A relevância do estudo é acadêmica, por se unir aos estudos elaborados sobre gestão municipal e indicadores da saúde, possibilitando ampliar as discussões mediante o conhecimento da realidade empírica e também é social, uma vez que reitera a necessidade de fortalecimento de ações direcionadas ao orçamento público e de uma eficiente administração dos recursos para uma assistência em saúde de qualidade aos usuários.

Para atender aos objetivos propostos o trabalho estrutura-se inicialmente com o tópico: **A política pública da saúde: avanços e contrarreformas em tempos hodiernos**, em que se faz um traçado geral sobre os principais avanços e retrocessos no âmbito da saúde pública em face do contexto contemporâneo, considerando os elementos macroestruturais que constituem a realidade social, a predominância do capitalismo financeiro, os ideários das políticas macroeconômicas ultraneoliberais e neofacistas e suas incidências sobre o SUS, nas suas particularidades do financiamento e gestão, refletindo no acesso das ações e serviços em saúde. Sequencialmente, tem-se o detalhamento do percurso metodológico intrínsecos ao processo de pesquisa, considerando que ele se desenvolve através de um caminho com linguagens, métodos e técnicas específicas, assim este estudo se deu mediante pesquisa exploratória, como procedimentos técnicos optou-se por uma pesquisa bibliográfica e documental, cuja fonte de documentos e dados foram coletados e elaborados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no período de 2002 a 2021, no município de Pedra Branca-PB, localizado no Estado da Paraíba, situado na região Metropolitana do Vale do Piancó. Integra a Mesoregião Sertão Paraibano e Microregião Vale do Piancó.

Em seguida, apresenta-se a **TESSITURAS DA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB**, enfatizou-se os principais resultados obtidos mediante pesquisa no site do SIOPS, através da análise e discussão sobre os achados concernentes aos indicadores da gestão municipal da saúde em Pedra Branca-PB. Por fim, as considerações finais reiteram o entendimento que o SUS está imerso na realidade macrosocial e que sofre as inflexões dos interesses do capitalismo em todas as suas fases e das contrarreformas do Estado, dentre eles: histórico de subfinanciamento do SUS, a EC-95 e os direcionamentos dos organismos internacionais. Outrossim, os achados da pesquisa revelam que o grupo político dos últimos anos buscaram priorizar as questões pertinentes a política de saúde pública.

2. A POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE: avanços e contrarreformas em tempos hodiernos

O SUS é resultado de lutas e tencionamentos no âmago da sociedade brasileira, perpassando as esferas políticas, sociais, econômicas. Portanto, refletir o sistema em tela em tempos hodiernos, exige voltar-se aos elementos e

particularidades intrínsecos ao movimento do capital em sua relação Estado e sociedade, conecto aos aspectos macroestruturais que conformam a realidade social.

Considerando que o Estado é inconcluso e modifica-se no percurso espaço-tempo, destacamos o pensamento de Marx, o qual compreende que é a sociedade quem cria o Estado, formado a partir das bases materiais, das relações de produção e reprodução da vida humana, especificamente do Modo de Produção Capitalista, o que determinará suas funções em dado momento histórico.

Portanto, uma análise dos aspectos históricos, como nos evidencia Marx (1867), nos direcionam a analisar a relação orgânica entre Estado e Capital, em que concebe o Estado como a expressão política da estrutura de classe inerente à produção.

Como indicado anteriormente a definição de Estado não ocorre desconecta com da realidade e das transformações sociais, portanto, com a instauração do capitalismo monopolista, direciona-se a função do Estado ao atendimento dos interesses do segmento mais poderoso da sociedade. Não que isto seja um fator novo, mas diante da nova fase do capital, essa função intensifica-se e se complexifica, passando a intervir na economia (aumentando os gastos governamentais) e no âmbito social.

Diante deste cenário, passemos a situar a política de saúde nesse contexto adverso, trazendo as principais incidências das ideias neoliberais e conseqüentemente movimento de contrarreforma no âmbito da referida política social.

Indiscutivelmente, com a Constituição Federal de 1988, a saúde na sociedade brasileira adquire novos paradigmas e um novo desenho, entendendo-a como um direito de todos e dever do Estado, incorporando conceitos e princípios da Reforma Sanitária Brasileira, como a universalidade, que sinaliza o direito de todo indivíduo ter acesso aos serviços públicos; a descentralização, em que a política de saúde deve seguir o nível de governo; a hierarquização que determina uma hierarquia dos serviços de saúde que dependem da complexidade das demandas; a integralidade, unificando a assistência curativa com a preventiva; regionalidade, cujos serviços devem priorizar as demandas locais, e a participação popular, que permite a participação da sociedade civil no planejamento e fiscalização das política (BRAVO; MATOS; ARAÚJO; 2001).

Nesta perspectiva, a respeito da saúde, a Carta Magna de 1988 discorre:

Em primeiro lugar incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público. [...] Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde-SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 3-4).

Nesse sentido, o SUS incorpora para delinear as ações e os serviços de saúde, princípios doutrinários e organizativos, cuja base advém do Movimento de RSB, movimento este fundamentado na democracia e na participação popular, em um processo constituído por entidades e sujeitos individuais e coletivos que possuíam o intento de articular manifestações sobre o contexto nacional e político da época (FERNANDES, 2011).

Nesta perspectiva, destaca-se o pensamento de Paim (2008), ao compreender a RSB enquanto uma reforma social, balizada por seu caráter multidimensional, vez que, as transformações propostas deveriam ultrapassar o âmbito da saúde e abranger as esferas políticas, econômicas e sociais que constituem a dinâmica da vida em sociedade. Assim,

[...] os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo, entre outros. (MATTA, 2007, p. 61).

Atenta-se que a correlação de forças e interesses antagônicos no âmbito das políticas sociais, por vez, na política de saúde, incidem no processo de contrarreforma do Estado, sob o prisma de redução do aparelho estatal para o âmbito público, na diminuição de gastos sociais e dos direitos conquistados mediante longas e históricas lutas da classe trabalhadora, avivando o movimento de mercadorização da saúde.

Assim sendo, este movimento de contrarreforma, desencadeado desde meados da década de 1990, centra-se na racionalidade intrínseca a dinâmica do capitalismo contemporâneo. “[...] Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise” (SOARES, 2010, p. 41).

A realidade em evidência, corrobora para a existência de três projetos distintos na área, que tentam se colocar como hegemônicos: o **Projeto da Reforma Sanitária**, arquitetado ao longo dos anos de 1970, decorrente das lutas sociais, na primazia de reafirmar o Estado como provedor das necessidades dos da sociedade (BABILÔNIA, 2013); o **projeto privatista**, inventariado pela política de ajuste fiscal, alinha-se aos interesses do mercado, com o viés de redução de gastos através da racionalização da oferta e a descentralização, transferindo a responsabilidade estatal para o mercado (BRAVO; MATOS, 2009), fazendo com que, a saúde se distancie do patamar de direito e acesso gratuito a todos os cidadãos e adquira caráter de mercadoria; o **Projeto da Reforma Flexibilizada**, refere-se ao Projeto SUS possível (SOARES, 2010), surge durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), buscando efetivar uma conciliação entre arranjos institucionais, em alguns momentos da história aceitando, concessões de uma política que não compactua em sua totalidade com os ideias da RSB, mas que possibilita acordos que efetivem minimamente o acesso a serviços de saúde (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018). Ademais, esses acordos impossibilitam a consolidação do SUS constitucional e revelam a “a opção petista em seguir a economia macroestrutural do capitalismo em sua fase financeirizada”. (TEIXEIRA, 2018, p. 36).

Neste moldes,

[...] o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington (1989). (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 10).

Nesse sentido, ao observar o movimento dinâmico do SUS ao longo dos mais de trinta anos de sua criação, identifica-se que à luz da Constituição Federal, houve avanços significativos, todavia, a rearticulação de forças conservadoras impediu a sua consolidação.

A reforma administrativa que se iniciou com o Plano Diretor no governo de Fernando Henrique Cardoso, se prolonga para os governos do Partido dos Trabalhadores, com a adoção de políticas heterodoxas e aproximação com os setores que defendem a privatização. Por conseguinte, o governo de Michel Temer traz um “centrão” conservador que vem destituindo as bandeiras da Constituição Federal de 1988, e que se intensifica no governo ultraneoliberal e neofacista³ de Jair Messias Bolsonaro.

Por intermédio do discurso de crise, tecida para justificar as medidas de reajuste e o movimento da privatização da saúde pública, as principais medidas defendidas pelo governo Temer foram:

[...] a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13).

Como sinaliza Behring (2010), sobretudo nos contextos de crises, como o que temos apresentando neste debate, o fundo público configura-se como suporte material do Estado, por considerar que exerce um papel fundamental e elementar no processo de rotação do capital, alimentando o metabolismo desse sistema, injetando dinheiro, como “participe do sistema nacional de crédito”. Assim, identifica-se que há um redirecionamento do papel do fundo público, passando a atuar no salvamento do capital em detrimento do trabalho (TEIXEIRA, 2010).

Teixeira (2010, p. 186, apud BEHRING, 2010) reitera que [...] “o fundo público atua como componente in-flux do processo de produção e reprodução capitalista, presente no ciclo D – M – D””. Assim, o fundo público também é revestido de mais valia, já que o Estado usurpa não apenas o trabalho excedente, mas também o trabalho necessário, por meio da tributação regressiva que advém dos salários daqueles que possuem a força de trabalho como única mercadoria, acrescentando que a exploração do trabalho não se restringe ao universo da produção, porém é complementado pela exploração tributária (idem).

³ Conforme Carnut (2022, p. 5), o neofascismo possui caráter autodestrutivo, na periferia representa “a resposta do bloco dominante transnacionalizado às contradições da mundialização neoliberal, com a conclusão de que o neofascismo periférico do século 21 corresponderia à “fase superior” do neoliberalismo, a última etapa do imperialismo, nos países latino-americanos (Martín 2020)”.

Deste modo, reitera-se que a razão do desequilíbrio nas contas públicas não são os recursos destinados ao financiamento e investimentos das políticas sociais, mas a parcela significativa do orçamento público destinado ao pagamento de juros e da dívida, no movimento de favorecimento do capital financeiro.

Face ao contexto, outro elemento pertinente é a gestão pública em sua relação intrínseca ao Estado, que em sua perspectiva ampla, deve identificar as necessidades da coletividade e buscar suprir as demandas apresentadas, nesta perspectiva, tem-se que a gestão deve procurar atender aos objetivos da administração pública, considerando a sua função essencial, qual seja: atender o bem de toda coletividade, expressa no jargão “pelo povo, para o povo”. Dito isto, a administração para prover as necessidades coletivas em forma de bens sociais, programas e políticas, que se expressam em recursos públicos, pressupõe adotar um planejamento estratégico que possibilite o uso adequado, eficiente e eficaz, com vistas ao alcance dos objetivos estabelecidos.

Conforme SILVA, JÚNIOR (2019, p. 3), ao referenciar Drucker (1977), definem o “Planejamento Estratégico como um processo continuado, padronizado e capaz de se antecipar para cenários futuros a partir da análise da conjuntura atual, de modo que permita a gestão tomar decisões e minimizar perdas”. Deste modo, o planejamento consiste no processo dinâmico e contínuo, que pressupõe a articulação das ações coerentes para se atingir objetivos/metastas e os recursos, portanto um instrumento indispensável para se pensar a operacionalização da política de saúde.

Especificamente, a categoria estratégia, atribui um sentido político a gestão pública e a dimensão do planejamento, no sentido de se constituir como espaço de luta e mediação dos diferentes interesses e posições que tentam colocar-se como hegemônicos, assim o planejamento busca efetividade para alcançar os resultados, expresso materialmente através do plano ou programa ou projeto, instrumentos que possibilitam um direcionamento democrático do gestor e da administração pública, com vista ao atendimento dos interesses coletivos (TEIXEIRA, 2009).

3. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A pesquisa é apreendida em sua essencialidade ao exercício da ciência, enquanto elemento inerente à construção do conhecimento e do processo investigativo de um objeto, constituinte do real, com vistas a desvelar as particularidades e explicações da realidade concreta que o conformam (MINAYO, 1994).

O processo de pesquisa se desenvolve através de um caminho com linguagens, métodos e técnicas específicas. A respeito do método científico, Gil (2008, p. 8) o compreende “[...] como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Este trabalho recorre ao método histórico dialético, da Teoria Social de Marx, em razão de ser concomitantemente o mais rigoroso e o mais fecundo.

O método dialético implica na relação sujeito e objeto num sentido de complementariedade, em que é possível compreender as diversas determinações históricas e sociais. A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser

petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1976, p. 50).

Assim, a dialética pressupõe o rompimento com a ideia independente do mundo, na busca pela compreensão do fenômeno em si, apreendendo as mediações que constituem a sua essência, a suas múltiplas causalidades (KOSIK, 1976).

Cabe sublinhar que o objetivo geral a que se propôs este trabalho foi analisar os indicadores de gestão em saúde no Município de Pedra Branca-PB. Para tanto, buscou-se responder aos objetivos específicos: identificar o grau de dependência municipal com a transferência de recursos da União e do Estado; identificar o percentual de receita própria aplicada em saúde no município; vislumbrar os avanços e desafios da gestão em saúde no município no período de 2002 a 2021.

Por conseguinte, com o intento de abranger o objeto de pesquisa à luz da totalidade, historicidade e mediação, optou-se quanto aos objetivos do estudo, por uma pesquisa exploratória, sob a primazia de possibilitar uma concepção ampliada sobre uma realidade específica, através da revisão e elaboração de conceitos e pressupostos (GIL, 2008). Por sua vez, quanto aos procedimentos técnicos a escolha deu-se por uma pesquisa bibliográfica e documental. Gil (1994), sinalizam as possibilidades de obter informações, definição do quadro de conceitos que estão imbricados ao objeto em investigação, uso de dados sobre a realidade em estudo, elementos que exigem do pesquisador constante vigilância epistemológica.

A fonte de documentos que subsidiou este estudo remete-se as fontes estatísticas, cujos dados foram coletados e elaborados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. É no SIOPS que gestores da União, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS (SITE SIOPS, 2022).

Ao visitar o site SIOPS, realizou-se consulta aos indicadores do Município de Pedra Branca-PB, através de série histórica, que compreende o espaço temporal dos anos 2002 a 2021. A escolha por este município se deu em razão de se constituir no lócus de residência, vivência enquanto cidadã, experiências profissionais na gestão pública e usuária dos serviços e ações em saúde pública ofertados no Município.

Pedra Branca é um município brasileiro, localizado no Estado da Paraíba, situado na região Metropolitana do Vale do Piancó. Integra a Mesoregião Sertão Paraibano e Microregião Vale do Piancó, havendo uma distância de 445 km para a Capital do Estado, João Pessoa-PB. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do município em 2010, era de 3.721 habitantes, com 194² km de área territorial.

Os indicadores disponibilizados no SIOPS são:

- Receita Líquida Total por Município e Ano;
- Transferência Intergovernamental Líquida por Município e Ano;
- Transferência para a saúde por Município e Ano;
- Transferência da União para a saúde por Município e Ano;
- Transferência da União para a saúde por Município e Ano;
- Repasse Imposto Transferência Constitucional Legais por Município e Ano;
- Dinheiro Total/Habitantes por Município e Ano;
- Dinheiro Pessoal / Dinheiro Total/Habitantes por Município e Ano;
- Dinheiro com Medicamentos por Município e Ano;
- D Serv.Terc./D. Total por Município e Ano;
- D. Investimento / D Total por Município e Ano;
- Transferência SUS / D Total por Município e Ano;
- Recursos Próprios em Saúde por Município e Ano.

Acrescenta-se que, com o intento de promover uma análise detalhada sobre o indicador em evidência, este estudo optou por deter-se especificamente sobre os itens: Transferência da União para a saúde por Município e Ano; Dinheiro com Medicamentos por Município e Ano; D. Investimento / D Total por Município e Ano; Transferência SUS / D Total por Município e Ano e Recursos Próprios em Saúde por Município e Ano.

Assim, a opção pela complementariedade entre a pesquisa bibliográfica e documental permitem compreender múltiplos fenômenos numa perspectiva mais ampla, considerando as contribuições de autores da área, e realizar uma análise em relação à legislação articulada ao objeto em investigação (GIL, 2008).

4. TESSITURAS DA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA-PB

O SUS foi regulamentado durante os anos de 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8.080 e 8.142. A lei 8.080 determina em seu artigo 4º que

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990).

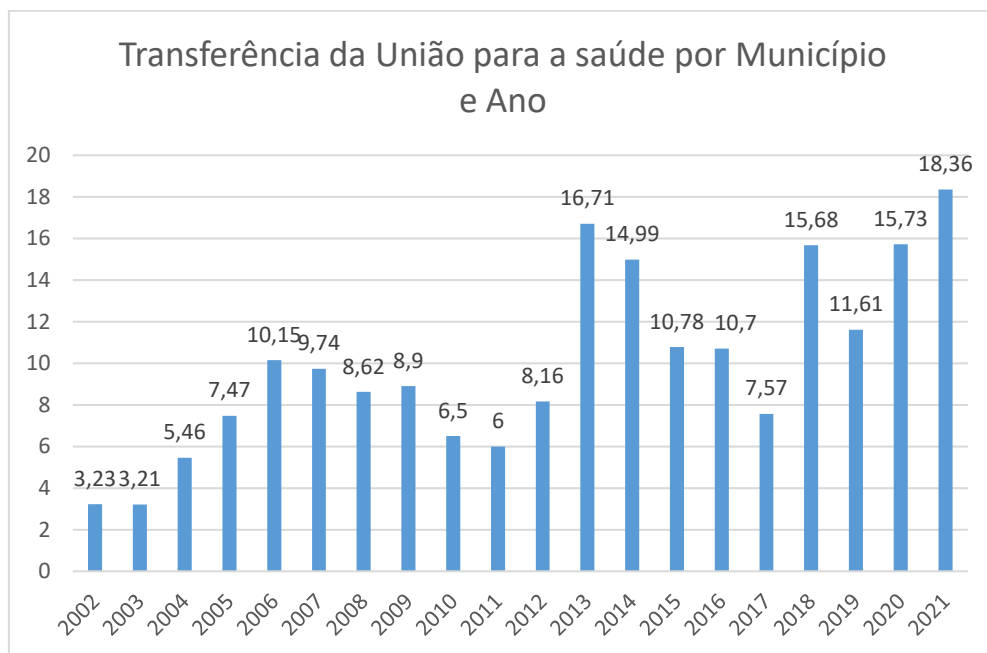
As LOS configuram materialidade para um novo desenho dos serviços de saúde, com base nos princípios da hierarquização, ao definir a organização dos serviços em níveis de complexidade; acesso para toda e qualquer pessoa ao serviço de que necessitar, através da universalização; equidade no atendimento; participação da sociedade civil, mediante os Conselhos e Conferências; atendimento integral aos sujeitos e a regionalização, através da descentralização política, compreendida como a principal estratégia de gestão ao efetivar a partilha de poder e responsabilidade para municípios e estados (idem).

No que concerne à categoria da descentralização, tão pertinente para este estudo, tem-se que,

A descentralização político-administrativa significava uma maior responsabilização, sobretudo dos municípios na gestão da saúde. No entanto, financeiramente, permanecia a dependência da União, na medida em que a arrecadação das contribuições sociais continuava centralizada nessa esfera de governo. (CONCEIÇÃO, CISLAGHI, TEIXEIRA, 2012, p.111).

Tal realidade pode ser constatada no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Transferência da União para a saúde por Município e Ano



Fonte: Elaboração Própria a partir do SIOPS (2022).

Os dados descritos no Gráfico 1 evidenciam um investimento pífio no âmbito da Saúde: em 2002, o percentual de transferência da União para o Município foi apenas 3,23%, apresentando pequenas oscilações até 2012, alcançando o percentual de 10,15% em 2006. Já o período subsequente (2013-2021), sinaliza um pequeno crescimento na transferência de recursos, atingindo 18,36%.

Esta constatação retrata a problemática real do SUS, a política pública de saúde não tem sido considerada prioridade na agenda de alocação e repasse dos recursos.

De encontro a esta reflexão, situa-se duas questões imprescindíveis para apreender a complexidade da problemática do financiamento da seguridade social e, especificamente, da política de saúde, assim, Conceição, Cislighi, Teixeira (2012) atentam para a lógica regressiva que subsidia o sistema tributário, corroborando para que seja o sujeito trabalhador que financie a própria política, tal como observa-se um movimento intenso de estagnação nos gastos com a política social, transferindo recursos para o fundo público e pagamento da dívida pública. Acrescenta-se ainda, o caráter contrarreformista do Estado e a lógica de mercantilização da saúde, cuja lógica de financiamento favorece desde os primórdios o setor privado.

Ademais, o problema histórico de subfinanciamento da política pública de saúde se intensifica com a implementação da EC 95, anunciada por Mendes (2017), como uma das maiores medidas de austeridade desenvolvidas sob a predominância do capitalismo financeirizado, num movimento crescente de privatização e desestruturação da política em tela. A este respeito, o CNS alerta que desde 2018 as perdas de recursos na saúde podem alcançar R\$60 bilhões, trata-se de perdas insustentáveis, que representam uma redução de aproximadamente 60% em diferentes áreas e serviços dos SUS. Situa-se no seio desta discussão algumas considerações sobre a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que versa sobre o financiamento da APS.

Atenta-se que o financiamento federal do Custeio da APS é constituído por três componentes: capitação ponderada, em que o cálculo do incentivo financeiro é realizado conforme população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), a vulnerabilidade socioeconômica da população e o perfil demográfico por faixa etária da população, cadastradas, e classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o pagamento por desempenho é realizado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes, quais sejam, processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde; e globais de APS; e incentivo para ações estratégicas, que considera os aspectos referentes as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde (BRASIL, 2019).

Oliveira (2021, p. 121), ao tecer ponderações sobre a nova forma de financiamento estabelecida pela Portaria supracitada, discorre que:

Até 2019, o financiamento da APS pode ser sintetizado entre o PAB fixo, PAB variável e o PMAQ que veio posteriormente (2011), que estava condicionado ao desempenho das equipes e da gestão municipal. Houve alterações no modelo de financiamento ao longo desses anos, mas a lógica indutora, de transferência regular per capita por parte do Governo Federal, não mudou (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). A partir de 2020, ano em que começa a vigorar a portaria 2979/19, o novo financiamento da APS é enxuto nesses três componentes. Ao analisar o Previne Brasil, Morosini, Fonseca e Baptista (2020, s/p) afirmam que o novo financiamento da APS [...] altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.

Nesse sentido, a nova portaria é constituinte do processo contínuo de invalidação do SUS desde seu surgimento, intensificando a característica de seletividade/focalização sobre as políticas sociais, destituindo o caráter universal da saúde no Brasil. Conforme, Oliveira (2021), o novo financiamento enfraquece a abrangência da APS, reitera a lógica de gerenciamento do serviço pela eficácia e efetividade e reforça a centralidade do modelo de saúde em que a figura do médico encontra-se no centro das ações, uma vez que não há mais as definições de custeio para o NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica -, estas alterações intensificam o cenário de desafios para a concretude do acesso de todos os sujeitos aos serviços de saúde, numa perspectiva de atendimento integral do indivíduo.

A Portaria nº 2.979/19 atende ao propósito da Cobertura Universal de Saúde. Ao analisarmos essa Portaria, nota-se o estrangulamento dos atributos da APS em nome de uma direção ideopolítica racionalizadora, de ajuste fiscal, privatista, economicista e de eficiência pessoal e meritocrática (OLIVEIRA, 2021, p. 125).

As modificações no setor da saúde se conformam em desafios e impasses à materialização de um sistema público, universal e de qualidade, portanto, a realidade em análise exige o esforço em manter vivo o movimento de luta e resistência para o SUS constitucional.

Nesse sentido, Conceição, Cislaghi, Teixeira (2012), reiteram que a ampliação dos recursos para a política pública de saúde requer o prévio questionamento sobre a prioridade da política econômica e o discurso de privatização do SUS, as medidas de ajuste fiscal, comprometendo parte significativa do orçamento para o pagamento da dívida pública, as Desvinculações da Receita da União (DRU's), e outros tantos mecanismos de favorecimento ao capital em detrimento da coisa pública, portanto, se faz necessário recompor o orçamento público e implementar efetivamente o SUS na realidade concreta e objetiva.

Por conseguinte, reitera-se que o SUS organiza a oferta de serviços e ações mediante a complexidade da assistência e da tecnologia que a demanda requer, da admissão dos profissionais e da conexão existente com os demais serviços (GIOVANELA, et al, 2012.). Deste modo, tem-se:

[...] nível primário, caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário, caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades). (BRASIL, 1987 apud JULIANE; CIAMPONE, 1999, p. 325).

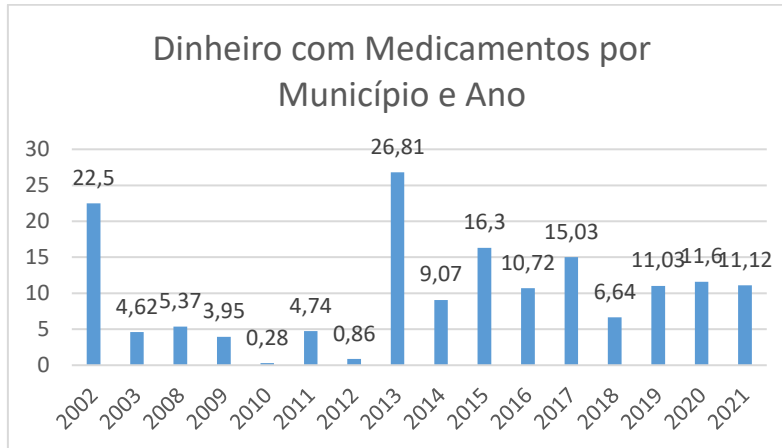
Conforme descrito, os níveis de complexidade atrelam-se aos princípios organizativos do SUS, hierarquização e regionalização, com o intento de estruturar os serviços de saúde e promover o atendimento integral das necessidades dos sujeitos, perpassando pelos planos de promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo.

Ao deter nosso estudo sobre os dados apresentados nos gráficos a seguir, pode-se observar que os anos posteriores a 2013 evidenciam uma constância no investimento do Município em medicamentos ofertados para a população (Gráfico 2), tal como mostra um crescimento na aplicação de dinheiro investido (Gráfico 3), sobretudo no período compreendido entre 2017 a 2021.

Assim sendo, os números se apresentam na realidade concreta do Município, através de uma rede de serviços de AB estruturada em: Duas Unidades Básicas de Saúde – Antônio de Sousa Sobrinho e Ana Teotônio de Sousa; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório de Próteses Dentárias; Centro de Enfrentamento a Covid-19 (elaborado e em funcionamento durante o período declarado pela Organizações de Saúde enquanto Pandemia); Parceria Equipe Rede

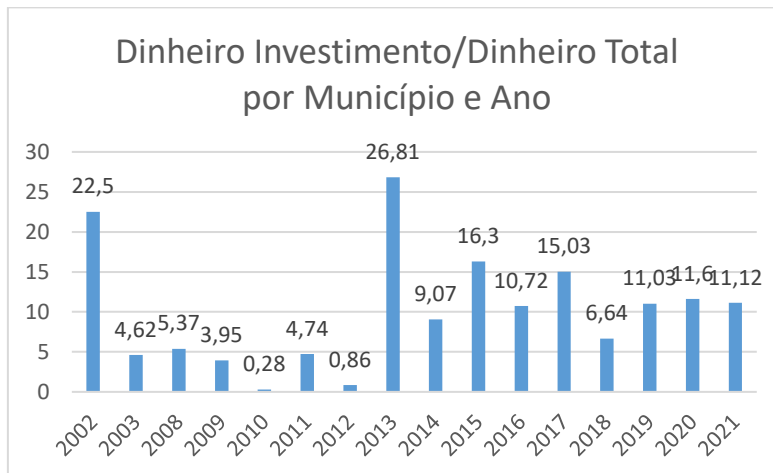
Cuidar; Consórcios e Serviços Licitados para exames laboratoriais, ultrassonografias, tomografias e demais exames não ofertados pela rede do Município, assim como, serviços de média e alta complexidade, como consultas com especialistas e acompanhamentos para tratamentos de saúde.

Gráfico 2 – Dinheiro com Medicamentos por Município e Ano



Fonte: Elaboração Própria a partir do SIOPS (2022).

Gráfico 3 – Dinheiro Investimento/Dinheiro Total por Município e Ano



Fonte: Elaboração Própria a partir do SIOPS (2022).

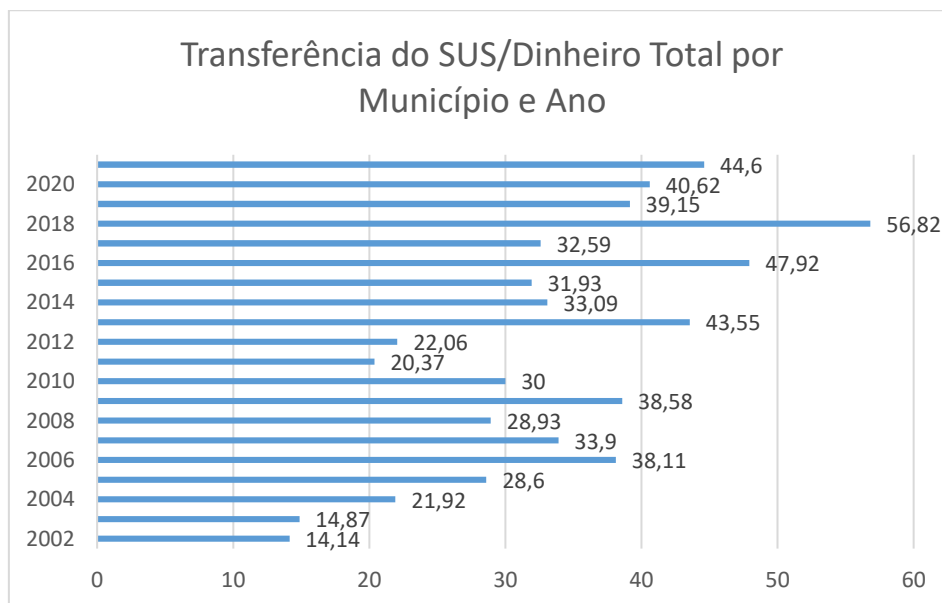
Acrescenta-se que o comprometimento com a aplicação dos investimentos e dos serviços em saúde do Município é uma realidade materializada no fato de ter sido destaque em Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado da Paraíba, ao ocupar a 1ª colocação no ranking estadual, dentre os 223 municípios, estando a frente inclusive de cidades com médio e grande porte, e ocupando o 5º lugar em nível nacional.

Salienta-se, portanto, a atuação da Atenção Básica enquanto pilar na estruturação da atenção à saúde, considerando-a porta de entrada para o sistema, responsável por estabelecer a comunicação e articulação com a rede de atenção, estabelecer o fluxo e contrafluxo dos usuários e produtos (SOUSA, MENANDRO, 2011, apud PROTASIO et al 2014), especialmente em municípios de pequeno porte, como o do município em que analisamos neste trabalho. Nestes moldes,

[...] a atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 5).

Assim, a Atenção Básica funciona como a porta de entrada do usuário na rede de saúde, através da Unidade de Saúde mais próxima da localização do usuário, em que as necessidades em saúde são gerenciadas com tecnologia leve, linguagem, acolhimento, documento, legislação, informação. A USF de Referência tem a responsabilidade de, quando necessário, encaminhar o usuário para a Média e Alta complexidades para o atendimento das demandas mais complexas e que exigem um nível de tecnologia mais sofisticado, na perspectiva de possibilitar o acesso de todas as necessidades dos sujeitos.

Gráfico 4 – Transferência do SUS/Dinheiro Total por Município e Ano



Fonte: Elaboração Própria a partir do SIOPS (2022).

Ao voltar-se para o Gráfico 4 em análise, é possível vislumbrar que após o período subsequente a 2013, revela-se uma crescente transferência de recursos para a saúde, mesmo diante do cenário de subfinanciamento e discurso de crise. Tais indicadores, evidenciam concomitantemente, que o grupo político dos últimos anos buscaram priorizar as questões pertinentes à política de saúde pública.

Salienta-se que a realidade de subfinanciamento do SUS não é um fenômeno recente, mas encontra-se em aplicação desde o governo de Fernando Henrique Cardoso e dos governos do PT, sendo intensificado em 2016, com o governo de Michel Temer, através da EC 95 (MENDES, CARNUT, 2020) e posteriormente com o governo neofascista de Bolsonaro.

Atenta-se que, a sociedade brasileira, e de modo particular os municípios, tem sofrido com os rebatimentos do capital em sua fase contemporânea, num movimento de desconstrução dos direitos sociais arduamente conquistados, aqui situa-se a política de saúde pública, face a EC 95, a qual congela os gastos públicos pelo período de vinte anos.

A este respeito, reitera-se as considerações de PAIM (2018, p. 1724):

A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos. Assim, o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro. O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado.

A EC-95 representa uma medida destrutiva e ataque direto ao princípio constitucional de universalidade do SUS, com uma nova proposta de financiamento, cuja centralidade das ações direcionam-se aos mais pobres, numa perspectiva neofocalização (MENDES, CARNUT, 2020).

A este respeito, se faz pertinente trazer à luz deste trabalho, as reflexões de Mendes; Carnut (2020, p. 197), sobre a Portaria MS 2979/2019 alertam para o fato de que

Todos esses fatores justificam uma teia de acontecimentos que revela o avanço da onda conservadora (CISLAGHI & DEMIER, 2019), agora exercendo sua força política na subsunção da APS ao seu projeto. Neste caminho, o auge do avanço deste conservadorismo, que em termos analíticos podemos classificá-lo como neofascistizante (MELO, 2019) na saúde, concretizou-se com a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.979/2019, intitulada ironicamente como Programa Previne Brasil17, que estabelece o novo modelo de alocação dos recursos federais à APS (BRASIL, 2019a). Essa Portaria destitui por completo toda lógica da atenção primária à saúde e da universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação ao cuidado e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir nesse nível de atenção. O novo modelo de financiamento dessa portaria define a combinação de um conjunto de critérios, agrupados em três componentes: 1) capitação ponderada, 2) pagamento por desempenho 3) incentivos a programas específicos / estratégico.

Deste modo, a nova proposta de modelo da APS consiste na cobertura universal para população específica, os mais pobres, com um método de financiamento cuja centralidades das ações são direcionadas para um processo de neofocalização, uma das características intrínsecas ao neoliberalismo e das recomendações de organismos multilaterais.

Assim sendo, Oliveira (2021), sinaliza o movimento da universalização excludente ou restrita, por meio da adoção da Cobertura Universal de Saúde (CUS),

A CUS traz uma ideia contraditória de universalidade em que esta estaria voltada para os mais necessitados com a prestação de serviços primários centrados no indivíduo, e nega explicitamente a cobertura em todas as intervenções clínicas (OMS, 2019). Logo, observa-se uma completa descaracterização do princípio da universalidade que é basilar do SUS. A Cobertura Universal de Saúde alinha-se com uma Atenção Primária à Saúde seletiva revestida do sentido de “coesão social”. [...] As mudanças e orientações em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) andam de mãos dadas com os interesses neoliberais, pautados pelo grande capital a partir dos organismos multilaterais (OLIVEIRA, 2021, p. 55).

De encontro a estas considerações, retomamos o pensamento de Mendes e Carnut (2020), para reiterar que a nova lógica de funcionamento na neofocalização,

consiste na recomendação nº 8 do Relatório do Banco Mundial, em 2019, qual seja: “definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS” – destinado prioritariamente aos pobres. Nesse sentido, os autores apontam três aspectos que evidenciam os retrocessos na alocação dos recursos para a APS, conforme o novo modelo:

[...] O primeiro refere-se à ausência da adoção de critérios de necessidades de saúde, conforme preconiza a Lei 141/2012 (BRASIL, 2012);
 [...] Em segundo lugar, o novo modelo termina com o incentivo financeiro intitulado Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo, implantado desde 1996;
 [...] Em terceiro lugar, o novo modelo cancelou o incentivo financeiro destinado ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) ao criar o componente 1, capitação ponderada. (MENDES; CARNUT, 2020, p. 203-204).

Estes apontamentos indicam o movimento nefasto do capitalismo contemporâneo na destituição das conquistas constitucionais e da concepção de direito, num movimento indubitável de ataque e destruição ao SUS em seu caráter universal, focalizando o nível de APS.

A realidade em desfecho sinaliza os desafios e obstáculos para a consolidação do SUS constitucional, face ao predomínio do neoliberalismo, do neofascismo, da crise econômica instaurada desde meados de 2008 e as políticas de austeridade fiscal reforçam os tensionamentos no âmbito das três esferas de poder para viabilizar as condições objetivas de sustentação econômica e científica para a política pública de saúde, ainda que reconhecida como direito de todos com a Constituição Cidadã de 1988 (PAIM, 2018).

No encontro dessa constatação, se faz pertinente refletir sobre a perspectiva do direito, uma conquista histórica da classe que sobrevive do trabalho, mediante lutas e mobilizações sociais, com reconhecimento de fato e legal, mas que encontra limites para sua efetivação na realidade concreta de vida dos sujeitos.

Acrescenta, em conformidade com Mendes e Carnut (2020 p. 185):

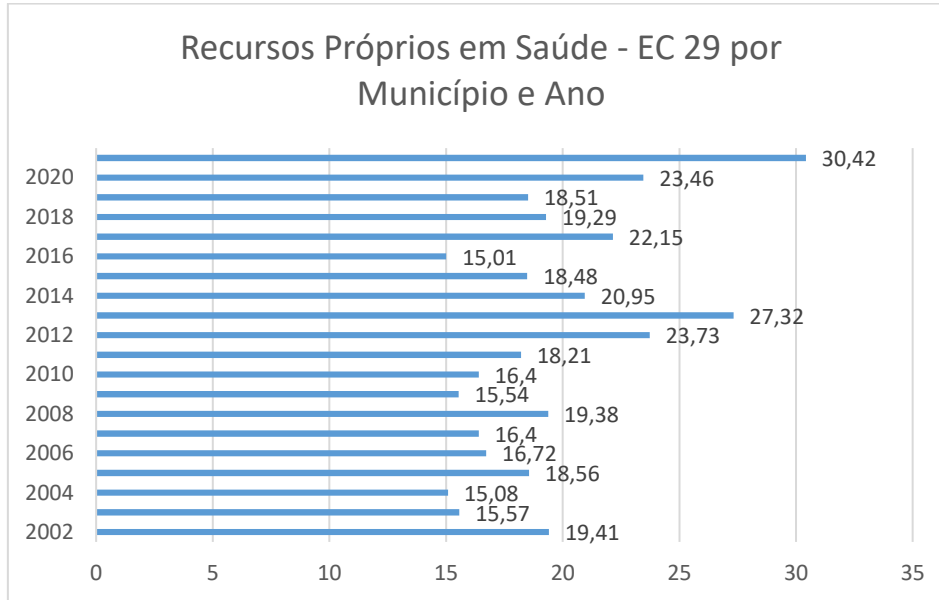
[...] é impossível o capitalismo instituir o direito como aspecto benéfico perene, posto que integra a relação estrutural entre ele e a reprodução do capital. Tal reflexão adquire força, especialmente, no capitalismo contemporâneo em crise, em que se presencia, pela dinâmica do capital, a destruição dos direitos sociais, em geral, e da saúde, em particular, isto é, sua crise da forma-direito.

A este respeito, Miranda (2006, p. 76) reitera que as “reformas, de caráter mercantilizador, vêm conferindo à saúde um enquadramento acentuadamente individual, subtraindo as conquistas constitucionais”. Assim, o discurso da mercadorização, na perspectiva de validar a ideologia de privatização e descaracterização da eficácia e qualidade do serviço público, representa “um boicote passivo através do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação” (PAIM, 2018, p.1725).

O gráfico 5 retrata a realidade do Município de Pedra Branca-PB em referência a aplicação de recursos próprios na área de saúde. Ao observarmos os números, identifica-se que durante o período de dez anos, compreendido entre 2002 a 2011, o percentual de investimentos não ultrapassou 20%, e em alguns anos sendo aplicado

apenas pouco mais do que 15% dos recursos. Após 2012, os números se elevam ainda que de maneira discreta, porém em 2021, salta para 30,42%, representando o ano com maior investimento de recursos próprios no campo da saúde pública municipal.

Gráfico 5 – Recursos Próprios em Saúde - EC 29 por Município e Ano



Fonte: Elaboração Própria a partir do SIOPS (2022).

Para compreender a realidade descrita em números no gráfico acima, se faz pertinente atentar que face a problemática histórica do financiamento do SUS, diante contexto de incertezas e indefinições no tocante aos recursos financeiros para a política pública de saúde, buscou-se uma resolutividade através da vinculação dos recursos de orçamento em todas as esferas de poder, com a Emenda Constitucional nº 29/2000 (MENDES, FUNCIA, 2016).

Assim, no âmago desta discussão, faz-se importante memorar o que designa a EC nº 29/2000, de modo que, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, no caso dos Municípios devem atingir o percentual de 15% (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, a EC nº29 representa um avanço para a saúde pública, ao definir o percentual mínimo que Estados e Municípios devem alocar de suas receitas para a área da saúde. Todavia, permanecem velhos dilemas pertinentes ao financiamento no âmbito desta política. Parafraseando, Conceição, Cislighi e Teixeira (2012, p.110):

a despeito da conquista que foi a aprovação da EC nº29, ao estabelecer a vinculação de recursos, considerando as três esferas de governo, e ao garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não definiu, porém, qual é a origem dos recursos e foi omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito.

Mendes e Funcia (2016) acrescentam que a aprovação da Emenda Constitucional supracitada, manteve indefinições no que refere-se aos serviços e

ações de saúde que deveriam ser inclusos neste tópico, abrindo espaço para que Estados e Municípios incorporassem nos gastos inativos com saúde e itens que não necessariamente se configuram como ações diretas de saúde, tal como, permaneceu a incerteza da origem dos recursos para a seguridade social, arena de conflitos e tencionamentos desde o princípio de sua constituição. Apenas com sua regulamentação com a Lei nº 141/2012, são definidas as despesas consideradas como ações e serviços em saúde.

Atenta-se para a reflexão de que, o preconizado pela EC nº 29 diz respeito ao mínimo que os municípios devem alocar, no entanto, este percentual tem se tornado por vezes, o teto de investimentos, não havendo uma ampliação dos recursos (CONCEIÇÃO, CISLAGHI, TEIXEIRA, 2012, p.110).

Estas constatações podem ser observadas na realidade municipal de Pedra Branca-PB, imbricada no período 2002-2011, em que o percentual embora tenha alcançado minimamente os 15% de recursos, conforme determinações em lei, transformou-se no limite de investimentos, com uma alteração pífia nos anos subsequentes, mas que em 2013 e 2021, houveram grandes investimentos nesse cenário, considerando respectivamente os percentuais de 27,32% e 30,42%.

Nesse sentido, embora a EC nº 29 represente significativamente um avanço legal no campo dos recursos para a saúde, ainda não o é suficiente para promover o acesso universal, que se encontra associado ao atendimento integral dos sujeitos a bens e serviços, entendendo-os enquanto seres singulares e indivisíveis, cujas suas necessidades em saúde devem ser atendidas nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Feitas as ponderações no decorrer deste trabalho, pode-se destacar algumas considerações concernentes os indicadores municipais de saúde, em particular no município de Pedra Branca-PB, objeto de reflexão desse estudo.

As reflexões aqui elaboradas direcionam a compreender que o acesso a saúde pública, tal como estabelecida pela Constituição Federal de 1988, exige a plena efetivação do SUS, o qual perpassa pela resolutividade da problemática do subfinanciamento na saúde.

Ao ponderar que a política de saúde é constituinte da realidade, que por sua vez, integra um conjunto articulado e dinâmico de elementos, os quais estão em permanente conexão, incidem diretamente sobre a consolidação do SUS e sobre o seu financiamento.

No que concerne ao indicador de transferência da União para a saúde por Município, os dados evidenciam um investimento pífio: em 2002, o percentual foi apenas 3,23%, apresentando pequenas oscilações até 2012, alcançando o percentual de 10,15% em 2006. Já o período subsequente (2013-2021), sinaliza um pequeno crescimento na transferência de recursos, atingindo 18,36%.

Quanto aos indicadores de dinheiro com medicamento e dinheiro investimento/dinheiro total, observa-se que o período posterior a 2013 evidenciam uma constância no investimento do Município em medicamentos ofertados para a população, tal como, mostra um crescimento na aplicação de dinheiro investido, sobretudo no período compreendido entre 2017 a 2021.

Por conseguinte, sobre o indicador transferência do SUS/Dinheiro Total vislumbra-se que após o período subsequente a 2013, há uma crescente transferência de recursos para a saúde, mesmo diante do cenário de subfinanciamento e discurso de crise.

No que se refere aos Recursos Próprios em saúde – EC 29 por Município, observou-se que durante o período de dez anos, compreendido entre 2002 a 2011, o percentual de investimentos não ultrapassou 20%, e em alguns anos sendo aplicado apenas pouco mais do que 15% dos recursos. Após 2012, os números se elevam ainda que de maneira discreta, porém em 2021, salta para 30,42%, representando o ano com maior investimento de recursos próprios no campo da saúde pública municipal.

As considerações feitas confirmaram o entendimento que o SUS está imerso na realidade macrossocial e que sofre as inflexões dos interesses do capitalismo em todas as suas fases e das contrarreformas do Estado. Assim, o histórico de subfinanciamento, a EC-95 e os direcionamentos dos organismos internacionais, distanciam-se dos princípios previstos no SUS em detrimento de medidas focalizadas, seletivas, que fragmentam a perspectiva universal da saúde pública.

Outrossim, os achados com a pesquisa evidenciam concomitantemente, que o grupo político dos últimos anos buscaram priorizar as questões pertinentes a política de saúde pública.

Por fim, reitera-se a necessidade de defesa da recomposição do orçamento da saúde, da implementação efetiva do SUS Constitucional e reafirmar a defesa do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, com vistas a ampliação da democracia para todas as esferas da vida social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Brasília – DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 de outubro de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, P. S. X. de (Org.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - Textos de apoio. 1ª. ed. Rio de Janeiro:UERJ/NAPE, 2001.

_____; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.** Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS DILEMAS. Rev. **Temporalis**. Brasília (DF), ano 12, n.23, p.97-124, jan./jun. 2012.

FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade de Brasília, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GIOVANELLA Lígia, et al, organizadores. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 89-120.

JULIANI, CM.CM; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 de outubro de 2022.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**; tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV/ Fiocruz, 2007.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. CRISE DO CAPITAL, ESTADO E NEOFASCISMO: BOLSONARO, SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA. **REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA**. 57 / setembro 2020 – dezembro 2020.

_____. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Futuros do Brasil – Texto para debates, **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA, Ana Paula Rocha. **O VISÍVEL E O INVISÍVEL DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – Pb, 2006.

MOTTER, Denise Galhardi. **Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR.** Londrina, PR, 2007. 165 p. Dissertação (mestrado em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina, 2007.

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes. **AS INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO GOVERNO BOLSONARO:** implicações sobre a Estratégia Saúde da Família. 2021, 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. 20 ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p.63-86, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5979>> Acesso em: 08 de outubro de 2022.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1723-1728, 2018.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE.** RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 209-220, OUT 2014.

SIIVA, Ana Maria Vicente da Silva; Júnior, Geraldo Medeiros. Gestão em saúde no Município de Campina Grande-PB: uma análise sobre a execução no Plano Municipal de Saúde (2014-2017). **Anais do XXII SEMEAD – Seminário em Administração**, novembro de 2019, ISSN 2177-3866.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao serviço social. Recife, A Autora, 2010.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. Formulação, administração e execução de políticas públicas. In: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 553-574. Disponível em: <http://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/523>. Acesso em: 23 de dezembro de 2022.