



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

RENATO AUGUSTO DA SILVA ALVES

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

CAMPINA GRANDE – PB

2014

RENATO AUGUSTO DA SILVA ALVES

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador (a): Geraldo Medeiros Junior

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida 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 da dissertação.

A474g Alves, Renato Augusto da Silva
Gestão da saúde nas macrorregiões da Paraíba [manuscrito] :
uma análise a luz da administração política / Renato Augusto Da
Silva Alves. - 2014.
28 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Geraldo Medeiros Junior,
Departamento de Administração e Economia".

1. Administração política. 2. Gestão da saúde. 3. Políticas
públicas. I. Título.

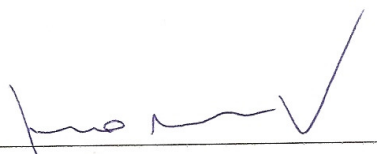
21. ed. CDD 353.6

RENATO AUGUSTO DA SILVA ALVES

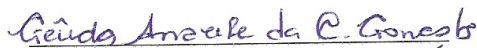
**GESTÃO DA SAÚDE NAS MACRORREGIÕES DA PARAÍBA:
Uma análise a luz da Administração Política**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação Administração da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Administração.

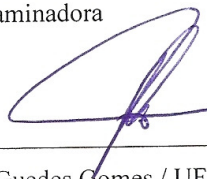
Aprovada em 25/06/2014.



Prof. Msc. Geraldo Medeiros Junior / UEPB
Orientador



Profª Drª Gêuda Anazile da Costa Gonçalves / UEPB
Examinadora



Prof. Dr. Fábio Guedes Gomes / UFAL
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, ao meu amado pai, que sem dúvida estaria feliz neste momento.

AGRADECIMENTOS

À minha amada mãe, amiga e grande incentivadora de todos os meus projetos de vida. Sua força, seu apoio sem dúvida foram essenciais para continuar estimulado a seguir em frente.

Aos meus irmãos Domitília e Renald, pelo carinho, pela força e a aposta que sempre tiveram no meu sucesso.

Ao meu Professor/Orientador/Tutor e acima de tudo um grande amigo, Prof. Geraldo Medeiros Junior, que durante esse tempo contribuiu fortemente para minha formação, sobretudo pelo seu exemplo. A sua grandiosidade como pessoa e educador vem primeiramente a partir de seu exemplo de vida.

Aos professores que compõe o Departamento de Administração e Economia da UEPB que contribuíram, ao longo desses quatro anos, na construção do conhecimento necessário para a minha formação.

Aos funcionários da UEPB, Niedja Melo e Sonally, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

A Prof.^a Isabel Brandão pelo forte apoio na consolidação deste trabalho.

Aos professores Geuda Gonçalves, Nadine Agra, Iolanda Barbosa, Hugo Silva, Jomar Ricardo, Jordeana Davi, Moema Amélia, Fábio Guedes, Paulo Emílio, José Bezerra, Heleno Rotta, Elizabeth Ribeiro, Reginaldo Souza, Isabel Brandão, Luiza Lima e Daysan Medeiros que ao longo desse período protagonizaram capítulos interessantes na minha história acadêmica e, sem dúvida, trouxeram fortes referências para construção desse sonho.

Aos meus amigos do PET-ADMINISTRAÇÃO, em especial Melline Enéas e César Lacerda que juntos formamos à primeira equipe. O apoio, o companheirismo e a amizade durante esse período foram essenciais.

Por fim, agradecer ao grupo PET-ADMINISTRAÇÃO da UEPB por ter caracterizado um enorme diferencial em minha formação e também por ter proporcionado meios que propiciaram me dedicar exclusivamente a esse programa. Cada atividade feita durante os últimos três anos e meio, contribuíram enormemente para minha formação. Essas palavras são poucas para agradecer o tamanho da contribuição que recebi, mas a única forma de agradecer é garantir que, aonde quer que eu vá, a presença do espírito de coletividade e a luta pela construção da justiça social esteja sempre comigo.

“A maneira de ajudar os outros é provar-lhes que eles são capazes de pensar.”

Dom Helder Câmara

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

Alves, Renato Augusto da Silva¹

RESUMO

Este artigo se propõe a analisar de forma comparativa alguns indicadores de gestão da saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde da Paraíba (Campina Grande João Pessoa, Patos e Sousa) a partir de dados divulgados pelo SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) à luz de uma análise crítica. Foram escolhidos sete indicadores de gestão, trabalhados pelo SIOPS, como forma de se fazer essa discussão, relacionando-os com as preocupações expressas pelo Prof. Reginaldo Souza Santos e pelo escritor João Ubaldo Ribeiro no desenvolvimento do campo da Administração Política. Dessa forma, do ponto de vista de seus objetivos, o presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, visto que, visa investigar a relação entre os indicadores da gestão da saúde dos municípios sedes. Do ponto de vista dos procedimentos técnicos é considerada pesquisa bibliográfica e documental. O que se observa ao longo dos anos em análise é que houve uma tímida expansão dos indicadores embora ainda não tenha significado uma melhoria ideal. A falta de continuidade das políticas públicas de saúde corrobora a ausência de uma Administração Política eficaz para a saúde.

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

ABSTRACT

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

KEYWORDS: Management Policy; Health Management; Public Policy.

¹ Bolsista do PET-ADMINISTRAÇÃO da UEPB, aluno concluinte de Administração.
E-mail: renato_augusto_7@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Administração pôde ser considerada uma ciência baseada apenas na eficiência produtiva com seus estudos desenvolvidos no âmbito das organizações, sejam elas públicas ou privadas. No entanto, o escritor João Ubaldo Ribeiro afirma a necessidade de se construir ao administrador um quadro de referência, que consiste basicamente em interpretar a realidade brasileira em termos amplos e, diante disso, definir a posição deste profissional. (RIBEIRO, 2006).

É neste contexto que Santos (2009) demonstra uma preocupação em se refletir sobre a base metodológica para compreender este novo/velho campo de conhecimento denominado de Administração. Com isto, retoma a gestão como objeto de estudo da Administração e conceitua a Administração Política como sendo a expressão das relações entre Estado, Economia e Sociedade em consonância com um projeto de nação que caminha para o desenvolvimento.

Ancorado na relação do Estado com a Sociedade especificamente no caso da saúde, destaca-se nesse trabalho a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Idealizado num momento de calorosas discussões acerca do processo de redemocratização do país, o SUS é fruto do movimento sanitarista contrapondo-se ao modelo individual e hospitalar. Sua criação ocorre no ano de 1988 com a promulgação da Constituição Federal. A partir de então a saúde foi inserida no capítulo da Seguridade Social, e passou a ser compreendida como responsável pelo desenvolvimento de políticas e ações nessa área (FERNANDES; MAIA, 2004, p. 33).

Ressalta-se que o SUS nasceu a partir de uma proposta que reconhece a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação social.

De acordo com as bases legais do SUS, a Norma Operacional Básica SUS-96 (NOB-SUS 96) foi grande responsável pelo avanço no processo de autonomia por parte dos estados e municípios de todo o território nacional por instruir duas novas modalidades de gestão para o sistema: a Gestão Avançada e Plena para a esfera estadual, e a Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena para os municípios (FERNANDES; MAIA, 2004).

Desta forma, estados e municípios passaram a assumir várias responsabilidades para se habilitar nas modalidades de gestão citadas, dentre as quais destacam-se a elaboração do

Plano de Saúde (PS) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (CONASS 2003).

Com isto, o PS, o PDR, o PDI e o PPI se configuram instrumentos de gestão da saúde. Para uma boa efetivação das políticas públicas é necessário que esses planos sejam bem elaborados, atendam as demandas da população, e estejam adequados à realidade da qual fazem parte. Outro importante instrumento de gestão que auxilia no acompanhamento, fiscalização e controle é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com a finalidade de dar visibilidade aos gastos com saúde para a sociedade civil e construir fonte de informações de fácil acesso aos interessados.

Nesta perspectiva e tomando a gestão dos sistemas e serviços de saúde como lócus para a atuação do administrador, o presente artigo tem como objetivo de estudo os Instrumentos de Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde, em especial, analisar a gestão da Saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde (Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa) através de um dos Instrumentos de Gestão, o SIOPS - Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CORRELAÇÃO ENTRE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO

Desde o início dos estudos da Administração há um consenso de que esta área do conhecimento e a Política podem ser temas com pouca, ou talvez, nenhuma relação. Santos (2009) atribui um nível de instrumentalização tão exacerbada à Administração, que a grande maioria dos estudos não se dedicam à especulação filosófica. Com a característica de promover a eficiência produtiva, a Administração pouco tem dialogado com outras questões das Ciências Sociais e cada vez mais se desenvolve epistemologicamente dentro do âmbito das organizações.

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

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

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

É comum de se encontrar na grande mídia, por exemplo, a idéia de que o Estado brasileiro não consegue dar sustentabilidade ao seu sistema de saúde, sendo veiculada a idéia de que é necessário criar novas contribuições para seu financiamento. No caso da educação não parece ser diferente, a impressão controvertida é de que o Estado brasileiro ‘quebrou’, não havendo recursos para pintar escolas e para isso é necessário os pais de alunos passarem suas férias as reformando, de modo a se tornarem amigos da escola.

Por outro lado, têm-se a consciência crítica, que possui a responsabilidade de interpretar a realidade através de uma formulação crítica, acreditando ser “resultado da inter-relação entre realidade observada e a perspectiva socialmente condicionada do sujeito.” (RIBEIRO, p. 183, 2006). Dessa forma, o gestor pode simplesmente ser um executor de tarefas desprendido de questões transformadoras, porém esse não será um profissional cuja ações possuam significado político mediante os resultados de seu trabalho. É necessário um profissional capaz de entender de maneira crítica a realidade em que atua, para que se possa construir uma realidade socialmente mais justa. Seguindo essa linha de pensamento surgiram no Nordeste estudos que fortalecem a perspectiva crítico/transformadora do curso de Administração.

2.2 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA E A NECESSIDADE DE UM PLANO PARA DESENVOLVIMENTO DO PAÍS

Nesse contexto, Santos (2009) demonstra uma preocupação referente à base metodológica para se compreender este novo/velho campo conhecimento denominado de Administração. Foi descoberto que a falta de uma construção teórica faz com que o próprio objeto da Administração seja confundido, isso porque muitas pessoas acreditam que o principal objeto da ciência Administração seja a organização. Entretanto, o objeto de estudo que traz a particularidade da ciência é a gestão.

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

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

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

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

Assim, como coloca Santos (2009) a perspectiva da Administração Política nasce da necessidade de se compreender aquelas (im)possibilidades e defende a ideia de que é preciso se repensar um Projeto Nação onde o Estado é o gestor que tem a incumbência de conceber as formas de gestão mais adequadas ao processo de execução deste projeto, o qual leve à finalidade do desenvolver social.

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

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

Nesse aspecto, distribuição de renda pode ser vinculada tanto à políticas de transferências de renda direta, como as políticas de serviços a população, a exemplo de saúde, educação, segurança e etc. Dessa forma, o acesso a serviço de saúde torna-se objeto de análise deste estudo pela perspectiva da gestão.

2.3 GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

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

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

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

Como forma de orientar a implantação da operacionalização do sistema descentralizado, ou seja, com a gestão dos recursos se desenvolvendo no âmbito municipal,

destacam-se as Normas Operacionais, que são instituídas por portarias ministeriais. De acordo com o CONASS (2003) seus objetivos são: Induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação dos SUS; regular as relações entre os gestores; normatizar o SUS, dentre outros.

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

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

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

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

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

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

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

3. METODOLOGIA

Na tarefa de explicar a complexidade do mundo a ciência vale-se de métodos. Para identificar, estudar ou explicar a natureza de um determinado problema é necessário um conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada realidade (OLIVEIRA, 2001).

Dessa forma, do ponto de vista de seus objetivos, o presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, visto que visa explorar a relação entre os indicadores da gestão da saúde nos municípios sedes das macrorregiões de saúde da Paraíba (Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa). Do ponto de vista dos procedimentos técnicos é considerada pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica forneceu o embasamento teórico necessário para respaldar a construção do conhecimento a cerca do objetivo de estudo e um embasamento sólido e contemporâneo ao estado da arte. A pesquisa documental forneceu os dados que passaram

pelo tratamento analítico, neste caso, foram utilizados os indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

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

O SIOPS objetiva subsidiar o planejamento, a gestão e o controle social dos gastos públicos de Saúde, nas três esferas de governo, com informações contábeis padronizadas publicadas via internet², propiciando um importante instrumento que baliza as ações de planejamento, gestão e controle (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Este ensaio analisa, de forma comparativa, os dados do SIOPS referentes à gestão dos municípios de Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (2008), estas cidades representam as sedes das macrorregiões assistenciais de saúde da Paraíba, por possuírem os recursos necessários para a realização dos atendimentos oriundos das cidades circunvizinhas.

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

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

Tabela 1 Estrutura Organizacional do Plano Diretor de Regionalização 2008

Macrorregional de Saúde	População do município	População do município em relação ao estado (%)	Numero de Regiões de Saúde	Número de municípios nas regiões de saúde	Municípios (%)	População em número absoluto	Percentual da População
João Pessoa	723.515	19,21	7	65	29,15	1.732.585	47,82

² www.siops.datasus.gov.br.

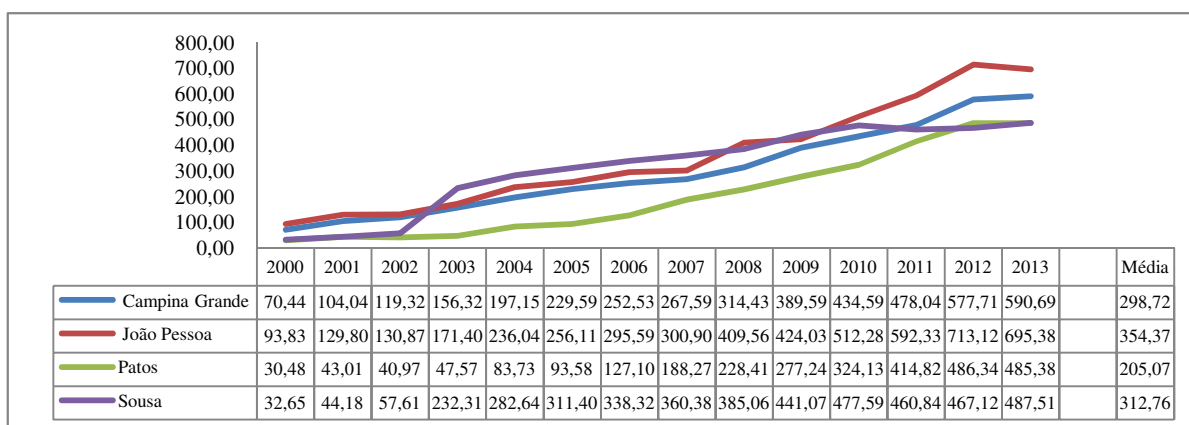
Campina Grande	385.213	10,23	8	70	31,39	1.025.343	28,3
Patos	100.674	2,67	5	48	21,52	434.858	12
Sousa	65.803	1,75	5	40	17,94	430.429	11,88
Total Geral	1.275.205	33,85	25	223	100	3.623.215	100

Fonte: BRANDÃO (2012)

4.1 Despesa total com saúde por habitante

Em relação à despesa total com saúde por habitante o indicador do SIOPS revela o gasto, com recursos próprios do município, durante o ano. Através do Gráfico 1, é possível perceber que nas quatro cidades em questão ocorreu crescimentos nos níveis de gasto per capita no período analisado.

Gráfico 1 Despesa total de saúde por habitante (em R\$/hab)



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

O município de Campina Grande apresentou sucessivos crescimentos ao longo do período. Saiu de R\$ 70,44 por habitante, em 2000, para R\$ 590,69 per capita, em 2013. Isto significou um aumento de 738,57%, chegando a uma média de R\$ 298,72 por habitante.

João Pessoa apresentou aumentos sucessivos do ano 2000 até 2012 em seus valores per capita. Saiu de R\$ 93,83, em 2000, para R\$ 713,12, em 2012, fechando o ano de 2013 com R\$ 695,38. Tal evolução significou um aumento de 641,10% e uma média de R\$ 354,37.

O município de Patos também apresentou sucessivos crescimentos ao longo do período, exceto no ano de 2013. Saiu de R\$ 30,48, em 2000, para R\$ 485,38, em 2013. Tal evolução significou um aumento de 1.492%.

Sousa parte de R\$ 32,65 em 2000 para R\$ 487,51 em 2013, representando um aumento de 1.393,13% e uma média R\$ 312,76 no período. Chama a atenção que 2002 houve um aumento de 303,24% de recursos, com relação ao ano anterior. Também destacam-se os decréscimos ocorridos entre os anos de 2010 e 2011, na ordem de 3,5%.

Observa-se que no período analisado, de 2000 a 2013, ocorreram sucessivos acréscimos de recursos no gasto com saúde por habitante. Campina Grande demonstrou um aumento 758%, João Pessoa 641%, Patos 1.492% e Sousa 1.939%.

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

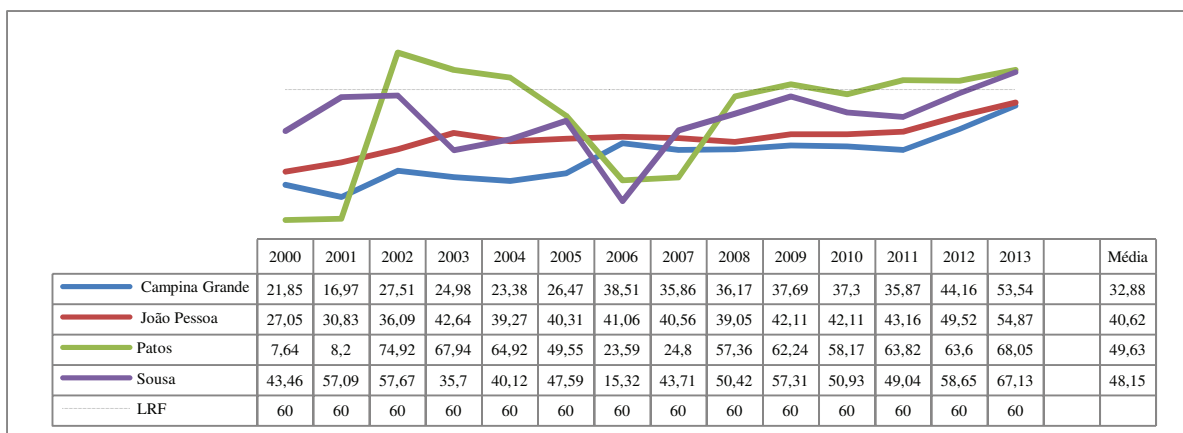
Por outro lado, ao observar o gasto per capita no ano em análise (2013) e dividirmos pelos dozes meses do ano, vê-se que o município de Campina Grande gastou apenas R\$ 49,22, quantia insuficiente para oferecer uma assistência de boa qualidade para o cidadão. Da mesma forma, o município de João Pessoa despendeu apenas R\$ 57,94. Patos e Sousa, respectivamente, gastaram R\$ 40,44 e R\$ 40,62.

Diante disto, mesmo com esse incremento de recursos, esses municípios por serem referências em atendimento de média e alta complexidade na Paraíba, necessitam de uma política estratégica maior no sentido de garantir um acréscimo de recursos e assim garantir melhor atendimento à saúde para a população.

4.2 Despesa de pessoal em relação à despesa total com saúde

Ao se analisar a despesa de pessoal em relação à despesa total com saúde, observa-se o grande peso da folha de pagamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal determina que o município não pode ultrapassar o limite 60% das Receitas Correntes Líquidas com gasto de pessoal. Através do Gráfico 2, é possível perceber níveis bastante alternados dessa despesa.

Gráfico 2 Despesa de Pessoal em relação a despesa total com saúde (%)



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

Em Campina Grande essa alternância não é diferente. Em 2000, 21,85% dos gastos com saúde eram destinados à despesa com pessoal, passando para 53,54% em 2013, com média de 32,88% no período.

João Pessoa apresenta seu menor nível em 2000 com 27,05%, o maior em 2013 com 54,87% e uma média no período de 40,62%. Observa-se que o percentual obtido neste último ano ultrapassa o recomendado pela legislação.

O município de Patos, além de apresentar alternância em seus níveis, revela nos anos de 2000 e 2001 índices bastante inferiores, de 7,64% e 8,2%, respectivamente. Em 2002 este índice aumenta consideravelmente para 74,92%, apresentando quedas em 2006 e 2007, mas mantendo uma elevada taxa de despesa com pessoal, maior média das quatro cidades estudadas em 49,63%. Tal comportamento compromete o bom andamento da gestão pública da saúde no município.

O município de Sousa apresenta também níveis alternantes, com o menor percentual no ano de 2006, com 15,32%, seu maior nível em 2013 com 67,13% e uma média de 48,15%. O percentual de 2013, a exemplo do que aconteceu em João Pessoa e Patos, preocupa e compromete a capacidade de investimento por parte do município.

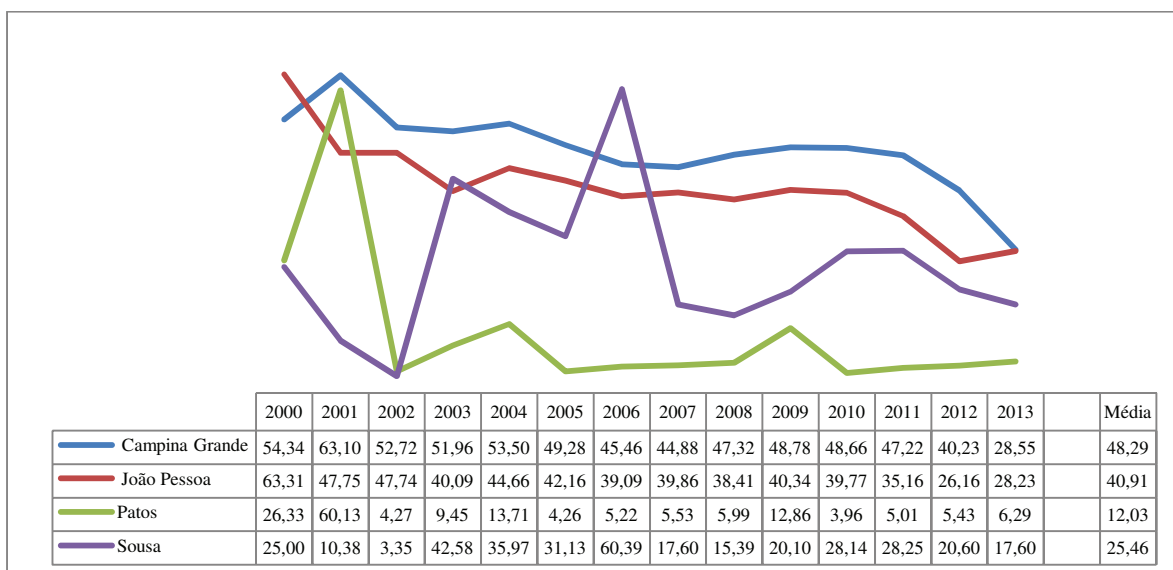
A linha tracejada do Gráfico 2 representa a orientação do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, baseada na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), no sentido de limitar os gastos com pessoal em 60% das Receita Correntes Líquidas.

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

4.3 Despesa com Serviços de Terceiros em relação à Despesa Total com saúde

O gráfico 3 demonstra a relação de Serviços de Terceiros com a despesa total com saúde em termos percentuais. Este indicador revela o quanto os municípios têm destinado de suas despesas a serviços de terceiros. Nota-se que as cidades estudadas possuem realidades bastante difusas nesse quesito.

Gráfico 3 Despesa com serviços de terceiros em relação à despesa total com saúde (%)



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

O município de Campina Grande apresentou um percentual 54,34% no ano 2000, manteve níveis oscilantes em torno de 50% até o ano de 2005, e fechou 2013 com um índice de 28,55%, construindo uma média de 48,29%. É possível perceber também uma tendência de decréscimo do percentual. João Pessoa no ano 2000 apresentava o maior percentual destinado a serviços de terceiros das cidades citadas, com 60,23%. O menor percentual foi obtido em 2012 com 26,16%, fechando 2013 com 28,23%, o que significa uma média de uma média de 40,91% no período. A exemplo de Campina Grande, há uma tendência de decréscimo do percentual.

O município de Patos, nos anos de 2000 e 2001, obteve altos índices de 26,33% e 60,13%, respectivamente. A partir de 2002 evidenciam-se índices muito abaixo que as outras cidades. No ano de 2005 obteve seu menor desempenho, com 4,26%. Na média do período apresentou um percentual de 12,03%.

Sousa obteve as maiores alternâncias de valores. Em 2000 iniciou com 26,33%, decresceu, em 2002, para 3,35%, com ápice em 2006 com 60,39%, fechando 2013 com 17,60%. Em média, obteve 25,46%.

Os gastos com despesa de pessoal e serviços de terceiros nesses municípios durante o período obtiveram comportamentos irregulares, o que demonstra uma falta de coordenação estratégica que transcende à conjuntura política local.

Em 2013 os municípios fecharam elevadas taxas de despesa tanto com pessoal como com serviço de terceiros que somadas chegaram a comprometer a gestão, como no caso de Campina Grande com 81%, João Pessoa com 82%, Patos com 74% e Sousa com 84%.

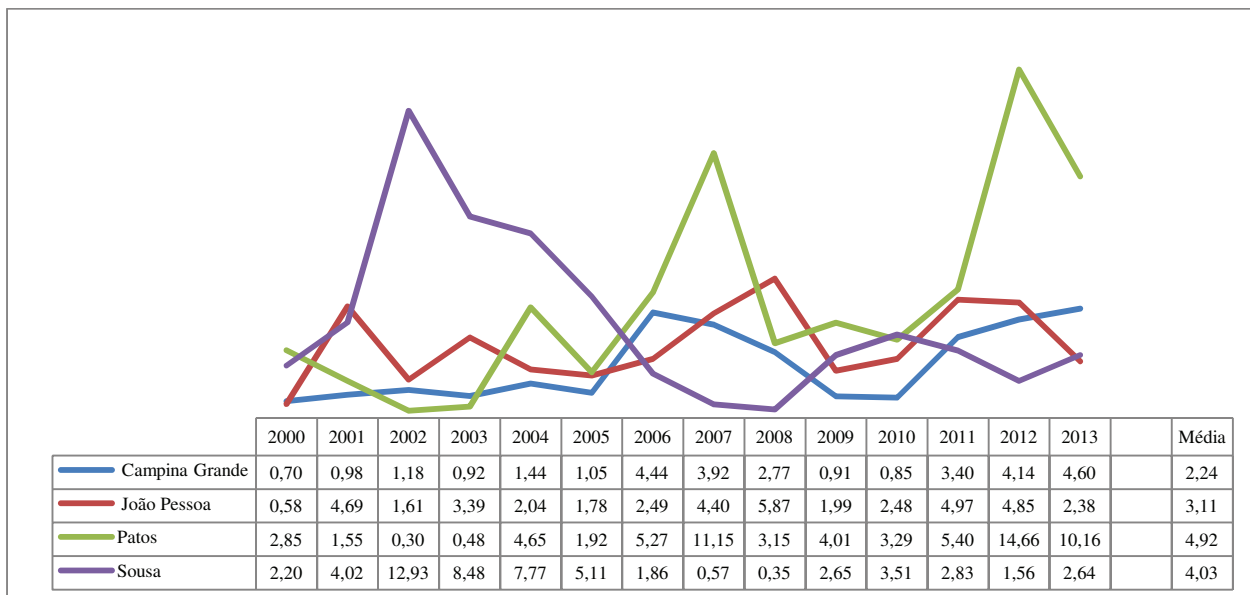
Os dados indicam que nesses municípios a maior parcela de seus recursos são gastos com pessoal e com terceiros, ficando o restante para os gastos com investimentos, custeio e etc. Este vultoso comprometimento do orçamento acaba engessando significativamente a gestão, fazendo com que deixe de acontecer muitas outras coisas interessantes.

Por outro lado, o forte comprometimento dos municípios em questão com Serviços de Terceiros demonstra tendência dos municípios em se eximirem da gestão direta de serviços, entregando a outros algumas de suas obrigações. Chamam a atenção a tendência de terceirizar serviços a exemplo diagnósticos por imagem feitos em laboratórios particulares, exames de análises clínicas, serviços de comunicação visual, consultoria e etc.

4.4 Investimentos em relação à Despesa Total

O próximo indicador revela a parcela da despesa total de saúde que foi gasto com investimentos. Esse tipo de gasto pode significar compra de equipamentos, reformas ou aquisições de bens imóveis, dentre outros. Em primeira análise, o gráfico 4 pode mostrar uma elevada alternância no que se refere a esse tipo de gasto, comprovando a descontinuidade da gestão.

Gráfico 4 Investimentos em relação à despesa total com saúde (%)



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

O município de Campina Grande de 2000 a 2005 apresentou baixos níveis de investimento. A partir de 2006 apresenta um significativo avanço, chegando ao último ano com 4,6%. Em média os investimentos significaram 2,24%.

João Pessoa, não muito diferente das outras cidades, apresenta níveis alternados de investimentos. Seu menor índice foi de 0,58% em 2000 e sua melhor fase com 5,87%, em 2008. Em média os investimentos significaram 3,11%.

O município de Patos apresenta níveis extremamente alternados. Sai 0,3%, em 2002, a 14,66%, em 2012, fechando 2013 com 10,16%. Em média os investimentos significaram 4,92%.

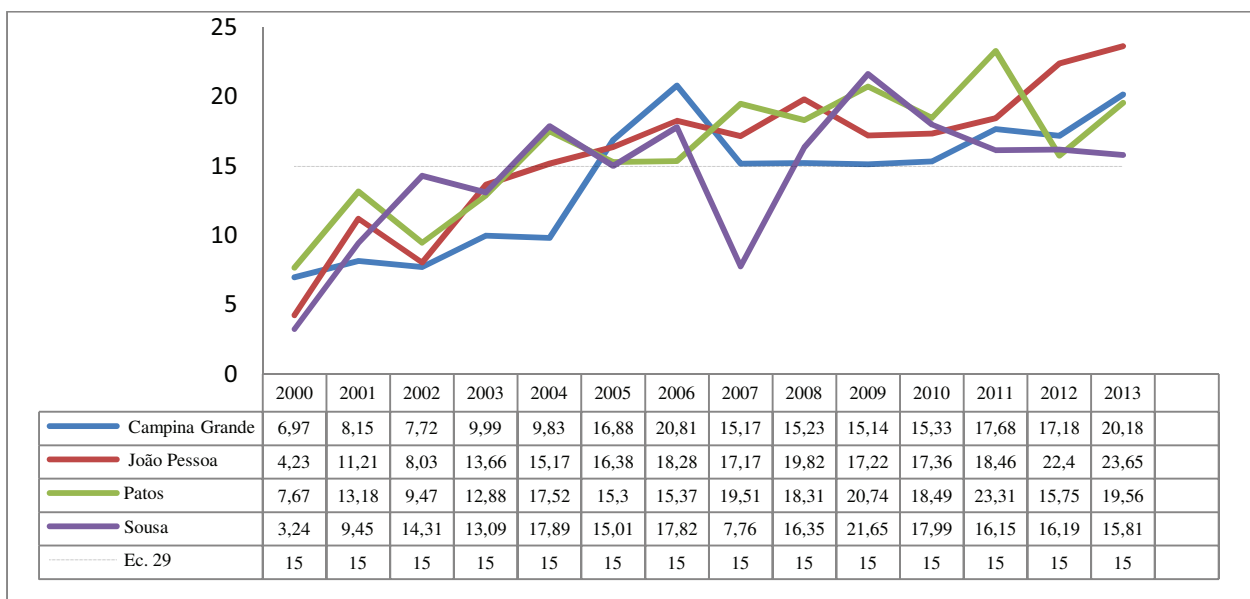
Sousa apresentou altos índices de 12,93% em 2002, reduzindo em 2008 para 0,35%. Em média os investimentos significaram 4,03%.

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

4.5 Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29

A emenda constitucional nº 29 determina aos municípios um percentual mínimo de sua arrecadação de 15% dos recursos próprios a serem destinados as despesas com saúde. Com vigência partir do ano 2000 é possível perceber no gráfico 5 que os municípios passaram a cumprir com o gasto mínimo de 15% a partir do ano de 2004, com exceção de Campina Grande, ano em que o não cumprimento significou a reprovação de contas do município por parte do tribunal de contas.

Gráfico 5 Recursos Próprios em relação ao gasto total com saúde



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

O município de Campina Grande apresenta descumprimento da emenda até o ano de 2004. No ano de 2006 apresenta uma destinação de recursos bastante interessante, de 20,81% de recursos próprios. De 2007 a 2011 o cumprimento se demonstra bem próximo ao limite mínimo, voltando em 2013 a apresentar uma tendência de crescimento da destinação de recursos.

O município de João Pessoa, diferentemente de Campina Grande, apresenta um cumprimento a partir de 2004. Desde então mantém índices alternados, porém bem acima dos limites mínimos atribuídos pela EC. 29. Em 2013 apresentou a maior destinação de recursos das cidades estudadas.

Patos apresentou índices satisfatórios a partir de 2004. Nos anos 2005 e 2006 obteve uma destinação de recursos bem próxima à orientação da EC. 29, elevando consideravelmente os gastos no decorrer do período, chegando em 2013 a 19,56%.

Sousa é a cidade que apresenta uma alternância bem expressiva. A partir de 2004 se inicia um cumprimento um pouco acima do mínimo exigido, com 17,52%. Este índice oscila em 2005 e 2006 e chega a um descumprimento em 2007, com 7,76%, bem abaixo do mínimo estipulado pela EC. 29. Em 2008 obtém um percentual interessante, acima do limite de 15% e fecha 2013 com 15,81%.

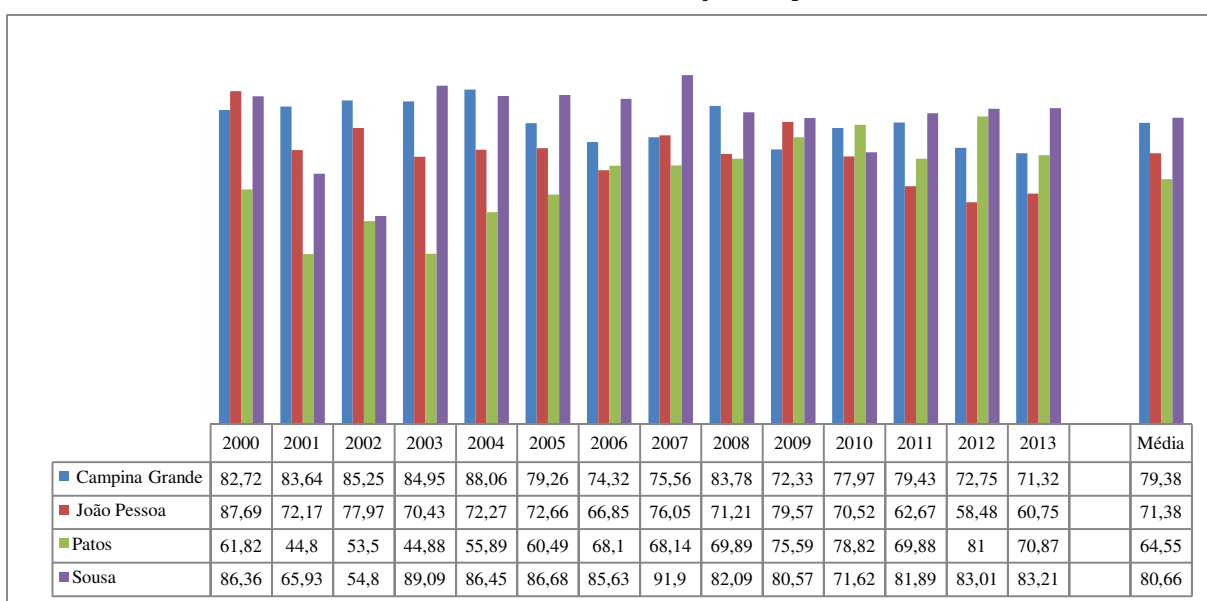
Com a aprovação da EC-29 e sua vigência a partir de 2005, os município ganharam importantes incrementos de recursos. Por outro lado, houve uma acomodação em torno dos 15% de recursos próprios, o que impossibilita a realização das transformações estruturais

necessárias. Vale destacar que no ano de 2007 a cidade de Sousa descumpriu a lei, o que pode ter sido mais um motivo para a reprovação das contas, deste ano, por parte do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba.

4.6 Transferências do SUS em relação à despesa total com saúde

O gráfico 6 mostra do total da despesa com saúde do município, o peso das transferências do SUS em termos percentuais. É um importante índice que avalia o grau de dependência dos municípios em relação aos repasses federais.

Gráfico 6 Transferências do SUS em relação a despesa total (%)



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

Campina Grande apresenta alternância dos percentuais no período. Em 2000 possuiu 82,72% de participação das transferências do SUS, e chegou a 71,32% em 2013, com uma média de 79,38%.

João Pessoa não difere das outras cidades, apresentando alternância em seus indicadores. Em 2000 apresenta um elevado índice de 87,69 que chega em 2013 a 60,75%, com média 71,38%.

Patos apresentou índices interessantes nos anos de 2001 e 2003, com 44,8% em ambos os casos. Chegou a cerca de 81% em 2012 e 70,87% em 2013.

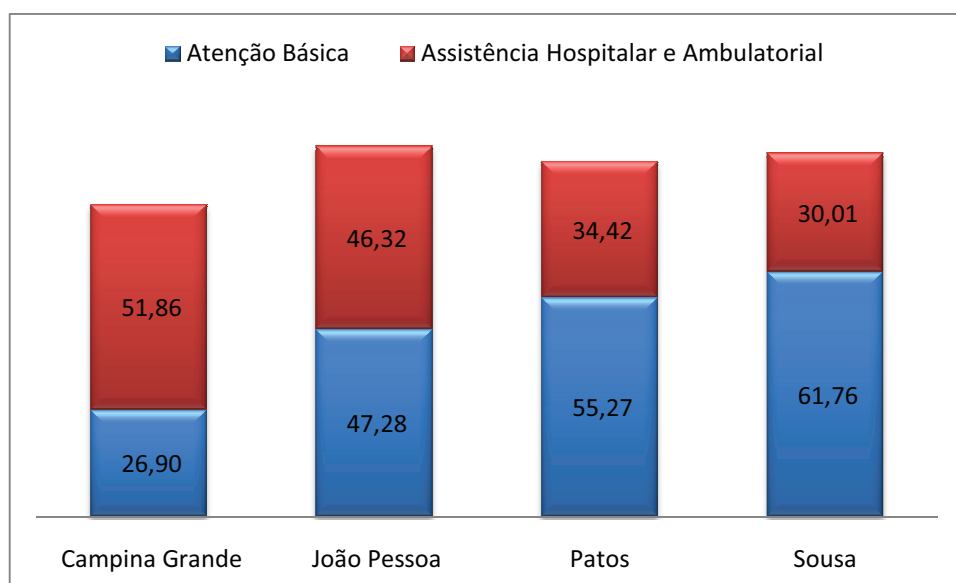
Sousa apresenta os maiores índices de dependência das transferências do SUS. Em 2000 significou 86,36%, chegando a 2007 com 91,9% e em 2013 com 83,21%.

O que é comum em todas as análises é o elevado grau de dependência dos municípios em relação às transferências federais destinadas ao SUS, o que mostra que os municípios não conseguem se auto-sustentar no quesito saúde.

4.7 Atenção Básica x Assistência Hospitalar e Ambulatorial

O gráfico 7 revela a relação existente entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial. A Atenção Básica reflete um modelo que contrapõe a centralidade dos tratamentos nos hospitais. A ideia é de tratar o indivíduo de maneira preventiva, priorizando gastos que levem à prevenção e à promoção de qualidade de vida. Este modelo se demonstra um desafio no Brasil sobretudo pela sua predominância de um modelo de saúde baseado em hospitais privados e planos de saúde particulares.

Gráfico 7 Relação gasto com Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS

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

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

Medeiros Jr (1999) apontava, no fim dos anos 90, uma gestão meramente curativa, ou seja, onde a atenção básica era tida em segundo plano, enquanto que a assistência ambulatorial e hospitalar predominava no ponto de vista dos gastos de recursos. Atualmente

percebe-se o quanto a cidade de Campina Grande ainda está distante de um modelo que, de acordo com uma das filosofias do SUS, busque priorizar a prevenção de doenças, contrapondo a o modelo apontado por Medeiros Jr (1999) de característica meramente curativa. Através disso se faz necessário um forte investimento em Atenção Básica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui feitas demonstram como tem sido a gestão dos serviços de saúde nos municípios sedes das macrorregionais da Paraíba, a partir dos indicadores disponibilizados pelo SIOPS.

O Ministério da Saúde dispõe de instrumentos que podem nos trazer um diagnóstico da realidade desta política e dessa forma ancorar planos e planejamentos que sejam estratégicos e com caráter de maximização do bem estar da população.

A administração política traz para o debate a necessidade de vincular ao estudo da Administração a gestão das relações sociais de produção e distribuição. Neste sentido, Santos (2009) evidencia necessidade do que se chama de Projeto Nação. Trazendo essa mesma noção para o âmbito das gestões municipais, é necessário a busca de um projeto de município que vise a longo prazo definir os objetivos e metas de onde se quer chegar num determinado espaço de tempo.

Os planos municipais de saúde se configuram um importante instrumento de gestão, porém é preciso que congreguem ideias que garantam sua execução mesmo diante de transições de governo. Como lócus para este trabalho, foi analisado os indicadores de gestão do SIOPS.

Através destes dados é possível perceber o quanto ainda se investe pouco em saúde, embora esses gastos tenham significado avanços nesse período. Porém mesmo convivendo com o corte de gastos em nível federal, a Desvinculação de Recursos da União, percebe-se que a falta de recursos não é o único entrave para a consolidação de modelo ideal de saúde nos municípios.

Os municípios estudados convivem com inúmeros entraves na gestão de seus recursos, isto pode ser observado através do elevado grau de oscilação dos indicadores destas cidades. Tal fenômeno demonstra uma importante preocupação que deve ser inerente ao administrador que é a falta de um planejamento do município.

Outro fator preocupante é o baixo nível de investimentos evidenciado em todas as cidades em questão. Uma mudança significativa do modelo assistencial de um município

passa pela construção de unidades de saúde, compra de bens móveis e imóveis, dentre outros. Os indicadores revelam que os municípios têm investido muito pouco, comprometendo boa parte dos recursos com despesa de pessoal e com serviços de terceiros.

Outra característica marcante desses municípios é a forte dependência dos recursos por parte do governo federal. Isso demonstra a grande necessidade de conseguir reunir uma equipe competente na elaboração de projetos com o intuito de atrair melhorias e recursos por parte do Governo Federal.

Percebe-se que a forte característica do município de Campina Grande ainda se encontra no modelo hospitalar, com mais de 50% de seus recursos ainda destinados para este setor. Evidencia o longo caminho ainda a ser percorrido na busca de um modelo municipal centrado na atenção básica.

Por fim, é cada vez mais evidente a necessidade de resgatar a finalidade do bem estar, da eficiência coletiva e da busca de diagnósticos de gestão com base numa realidade com plena clareza dos fatos. Administradores com essas características sem dúvida farão um enorme diferencial na construção de uma sociedade mais justa.

6. REFERÊNCIAS

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

BRASIL, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

- MATUS, Carlos. *Fundamentos da planificação situacional*. In: RIVERA, F.J.U. (Org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SIOPS: Visibilidade dos Gastos Públicos*. 2010. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosP%FAblicosSa%FAde.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2014.
- MOTTIN, Lucia Maria. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Um estudo no Rio Grande do Sul*. 1999. 198 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração e Planejamento em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- OLIVEIRA, S. L. *Tratado de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Pioneira, 2001.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Gerência de Planejamento e Gestão*. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso: 10/11/2013
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. *Plano Diretor de Regionalização da Paraíba*. João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso em: 19/04/2014.
- RIBEIRO, João Ubaldo. *Política e Administração*. O & S, Salvador, v. 13, n. 38, p.167-198, 01 jul. 2006.
- SANTOS, Reginaldo Souza. *A administração como campo do conhecimento*. 2. ed. Salvador: FEAUFBA; São Paulo: Hucitec-Mandacaru, 2009.
- SILVA, Ademir Alves da. *A Gestão da Seguridade Social Brasileira*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SILVA, Edmilson Guimarães. *Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil, Concepção e Implantação do SUS e Modelos de Assistência à Saúde em Campina Grande (PB)*. Dissertação Defendida no Mestrado em Economia, Campina Grande, UFPB, 1998.