



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ELAINE DALEXANDRA CAVALCANTE

**FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Campina Grande
2011**

ELAINE DALEXANDRA CAVALCANTE

**FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande - PB.

Orientador: Prof. Ms. Geraldo Medeiros Júnior

Campina Grande
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

C376f Cavalcante, Elaine Dalexandra.
Financiamento da política de saúde no município de Campina Grande-PB [manuscrito] : uma breve análise sobre o fundo municipal de saúde / Elaine Dalexandra Cavalcante. – 2011.
33 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Prof. Me. Geraldo Medeiros Júnior, Departamento de Serviço Social”.

1. Controle Social. 2. Financiamento da Política de Saúde. 3. Política Neoliberal. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ELAINE DALEXANDRA CAVALCANTE

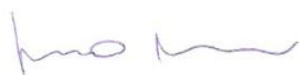
**FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social, pelo
curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I –
Campina Grande - PB.

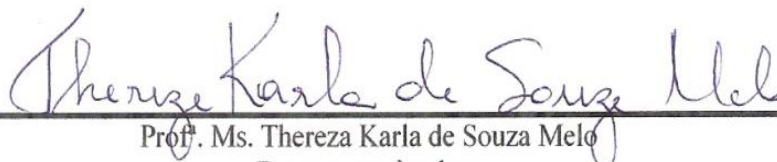
Aprovado em: 09/12/2015

Nota: 10,0 (DB3)

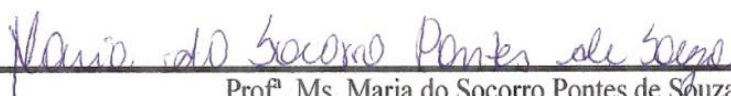
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Geraldo Medeiros Júnior
Orientador



Prof. Ms. Thereza Karla de Souza Melo
Banca examinadora



Prof. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Banca examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida que me concedeu, com saúde e sabedoria, para realizar todos os meus objetivos.

Aos integrantes da minha família, pelo companheirismo e pelo auxílio que me deram para a conclusão do curso de Serviço Social.

Aos amigos que me acompanharam nesta longa jornada, mesmo que de forma indireta (Kelly, Raquel e Alexandre, “eternos Doutores da Brincadeira”), sempre me incentivando, “divertindo” e apoiando.

Ao meu namorado, Ricardo, pelo companheirismo e dedicação.

A minha turma, pelo auxílio e pela compreensão, em todos os momentos.

Aos professores que auxiliaram na minha formação pessoal e profissional, tornando-me uma pessoa crítica, propositiva e com uma mente aberta para novas possibilidades.

E, especialmente, ao meu orientador Geraldo Medeiros Júnior, que desde o primeiro ano de convivência acadêmica, acreditou nos meus potenciais e me deu oportunidade para crescer, tornando-se um dos grandes responsáveis pela conclusão do meu curso, sendo, assim, paciente e me apontando os melhores caminhos para a construção desse trabalho final.

Enfim, para todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a concluir esse curso, um especial, atencioso e sincero agradecimento.

“Que nunca se diga: isso é natural,
para que nada se passe por imutável...”
(Bertold Brecht).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Receitas de Contribuições sociais selecionadas e os efeitos da DRU (R\$ milhões)..18

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Despesas com saúde (por subfunção) - 2010 (R\$ milhões)	26
Gráfico 2 Participação da receita de impostos na receita total do município.....	26
Gráfico 3 Participação (%) das transferências para a saúde no total de recursos transferidos para o município	27
Gráfico 4 Despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante	28
Gráfico 5 Despesa total com saúde, sob responsabilidades dos principais municípios	29
Gráfico 6 Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde.....	30
Gráfico 7 Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde.....	30

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ANFIP	Associação Nacional dos Fiscais da Receita Federal do Brasil
BID	Banco Mundial
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre Lucro Líquido
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
GEAPS	Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Sociais
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PIB	Produto Interno Bruto
PLC	Projeto de Lei Complementar
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SS	Seguridade Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tribunal de Contas

SUMÁRIO

RESUMO.....	09
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
3. NEOLIBERALISMO E CONTRARREFORMA.....	14
4. FINANCIAMENTO DA SAÚDE: DESAFIOS, CONFLITOS, AVANÇOS E RETROCESSOS.....	19
5. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.....	22
6. ANÁLISE DAS RECEITAS E DESPESAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.....	26
7. APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS.....	31
REFERÊNCIAS	32

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

ELAINE DALEXANDRA CAVALCANTE¹

RESUMO

O presente trabalho é resultado das discussões, sobre financiamento da saúde, desenvolvidas pelo projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, cota 2010/2011. Com base nestas discussões, este trabalho tem por objetivo realizar uma breve análise crítica sobre o financiamento da Política de Saúde no Brasil e, especialmente, no município de Campina Grande – PB. Esse financiamento é marcado por dois problemas essenciais: a insuficiência de recursos destinados ao setor e a forma como esses recursos estão sendo aplicados na atual conjuntura. Vale destacar que tais problemas resultam do alinhamento dos países à política neoliberal. Assim, no avanço das teses neoliberais no Brasil, observou-se o processo de Contrarreforma. Esse processo determina a desresponsabilização do Estado pelo desenvolvimento econômico e social, tornando as políticas públicas focalizadas, seletivas, precarizadas e privatizadas, em prol do pagamento dos juros da dívida. Nesta perspectiva, a política de saúde será fortemente prejudicada, tendo os seus recursos cada vez mais reduzidos e incertos. Campina Grande, por sua vez, segue estas observações. Os dados analisados nesta pesquisa revelam que esta instância tem destinado, a partir de 2005, 15% dos seus recursos financeiros para a saúde, tornando-se uma cumpridora burocrática da Emenda Constitucional nº29. Esses investimentos, ainda, são compostos por expressivos recursos intragovernamentais, aplicados, em grande parte, nos serviços de média e alta complexidade, mantendo, assim, o modelo hospitalocêntrico. Essas parciais observações, portanto, revelam a importância de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a real destinação dos recursos financeiros à saúde e de como estes recursos estão sendo utilizados para garantir a eficácia e eficiência dos serviços de saúde no município, servindo, dessa forma, como um possível mecanismo de controle social.

Palavras-chave: Financiamento da Política de saúde. Política neoliberal. Controle Social.

ABSTRACT

This work is the result of discussions on health financing, developed by the project PIBIC / CNPq / UEPB, quota 2010/2011. Based on these discussions, the work aims to make a brief review on the financing of Health Policy in Brazil and, especially, in Campina Grande - PB. This funding is marked by two major problems: the lack of resources for the sector and how these resources are being applied at this juncture. It is worth noting that these problems arise from the alignment of countries to the neoliberal policy. Thus, in advance of the neoliberal thesis in Brazil, we observed the process of Contrarreforma. This process determines the irresponsibility of the State for economic and social development, public policy making focused, selective, precarious and privatized in favor of interest payments on the debt. In this perspective, health policy will be strongly affected, with their resources increasingly limited

¹ Graduanda pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Ex-bolsista PIBIC/CNPq/UEPB. E-mail: elaine.dc@hotmail.com.

and uncertain. Campina Grande, in turn, follows these remarks. The data analyzed in this study show that this instance has designed, from 2005, 15% of their financial health, making it an abiding bureaucratic Constitutional Amendment nº29. These investments also consist of intragovernmental expressive features, applied largely in service of medium and high complexity, thus keeping the hospital-centered model. These partial observations thus reveal the importance of obtaining a deeper knowledge about the real destination of financial resources to health and how these resources are being used to ensure the effectiveness and efficiency of health services in the city, serving in this way as a possible mechanism of social control.

Keywords: Financing of health Policy. Neoliberal policies. Social Control.

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado das discussões² desenvolvidas pelo projeto de pesquisa do Programa de Iniciação Científica, PIBIC/CNPQ/UEPB, cota 2010-2011, intitulado **A Política de Saúde no município de Campina Grande: uma análise sobre a composição do Fundo Municipal de Saúde**. Essas discussões fizeram parte do cronograma de atividades do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS), do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Com base nestas discussões, este trabalho tem como objetivo analisar o Financiamento da Política de Saúde no município de Campina Grande, no estado da Paraíba. Para tanto, realizou-se uma concisa revisão bibliográfica acerca do processo de formação do Sistema Único de Saúde brasileiro, dos impactos neoliberais para o financiamento desse sistema, e das particularidades deste financiamento no município de Campina Grande-PB.

Neste sentido, este estudo utilizou-se do método crítico-dialético. Tal método é importante para compreender as relações históricas instituídas na sociedade, revelando, assim, a essência dos fenômenos. Esse método, portanto, possibilita o aprofundamento da análise da realidade do fenômeno social com todas as suas contradições, dinâmicas e relações (TRIVIÑOS, 1987).

As pesquisas utilizadas foram a bibliográfica e a documental. De acordo com Gil (2010, p. 29-30), a pesquisa bibliográfica “é elaborada com base em material já publicado”.

²Discussões relativas à Política de saúde e seu financiamento, no Brasil, e em especial, no município de Campina Grande-PB. Entendendo-se que esse financiamento se encontra em crise, acompanhando, assim, a crise do capital financeiro.

Como, por exemplo, livros, revistas, jornais, teses, entre outros. Já a pesquisa documental “vale-se de toda sorte de documentos elaborados com finalidades diversas [...]”.

O estudo também realizou uma pesquisa exploratória que, na visão do mesmo autor (p. 27), “têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

Esta pesquisa teve como lócus o município de Campina Grande - PB, que se configura como sede da II Macro Regional, referenciando 173 municípios, com o atendimento de uma população aproximada de 1,4 milhão de pessoas (CAMPINA GRANDE, 2010).

Para realização desse estudo foram consultados os documentos contábeis disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, no Relatório de Gestão do ano de 2010, no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) do ano de 2010 e nos Balancetes do Fundo Municipal de Saúde – FMS, especialmente, dos anos de 1999-2000.

A pesquisa realizou, portanto, uma abordagem quantiquantitativa, em que os dados obtidos foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo.

Essas parciais análises, portanto, revelam a importância de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a real destinação dos recursos financeiros à saúde e de como estes recursos estão sendo utilizados para garantir a eficácia e eficiência dos serviços de saúde no município, servindo, dessa forma, como um possível mecanismo de controle social.

2. HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Política de Saúde acompanhou diretamente o processo histórico da sociedade brasileira, passando por transformações que podem ser didaticamente analisadas em três fases³ essenciais: assistencialista, previdencialista e universalista.

Do período colonial até a década de 1930, era inexistente no Brasil um sistema de saúde estruturado e de caráter legalmente universal. Neste período, em que o Estado ainda não reconhece a questão social⁴, a assistência à saúde estava ligada à igreja, sendo pautada na filantropia, na caridade e na prática liberal. Segundo Coelho (2008, p.109), “ficará a cargo da

³ Essa divisão foi baseada no texto “A Política de Saúde no Brasil: trajetória Histórica”, de BRAVO (2001).

⁴ Segundo Yamamoto (2004, p.17), “questão social” diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A “questão social” expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização”.

filantropia a assistência médica individual aos pobres e ao mercado a assistência dos que podem pagar diretamente ou por diversos arranjos mutualistas”.

A partir da década de 1930⁵ o processo industrial brasileiro é intensificado, marcando a expansão da questão social e a necessidade de sua conversão em questão política⁶. Assim, com o objetivo de centralizar a máquina estatal e de minimizar as reivindicações sociais, o Estado passou a assumir a questão social enquanto elemento de sua intervenção, reconhecendo-a como uma questão legítima e, assim, propiciando o surgimento das políticas sociais de forma orgânica e sistemática. Dentre essas políticas, a de saúde organizou-se nos subsectores de saúde pública e de medicina previdenciária.

A partir da criação do subsector de medicina previdenciária, iniciou-se a fase previdencialista da saúde. Essa fase ganhou destaque com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁷. Estes institutos objetivavam expandir as categorias de assalariados urbanos para a obtenção dos seus benefícios trabalhistas, como forma de “antecipar” as reivindicações dessas categorias e de não ampliar a cobertura dos seus serviços oferecidos (BRAVO, 2001).

Com o golpe militar, em março de 1964, deu-se início ao período ditatorial no Brasil. Frente à imposição desse regime e em decorrência da ampliação das expressões da questão social, o Estado adotou o binômio repressão-assistência, que é uma,

[...] política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p.25).

Na segunda metade da década de 1970, as discussões acerca da democratização da saúde ganharam destaque num cenário de ampla mobilização da sociedade civil e dos demais setores sociais contra as arbitrariedades impostas pelo então governo militar.

Destaca-se, nesse momento, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que reuniu alguns setores, como os técnicos e os profissionais da saúde juntamente com o movimento social dos trabalhadores e estudantes. Esse movimento posicionou-se contrário ao sistema de saúde hegemônico e propunha um Estado democrático de direito que viabilizasse a política de saúde. As propostas debatidas por estes sujeitos coletivos na Reforma Sanitária foram:

⁵ Depois da Revolução de 1930, Getúlio Vargas toma o poder, implantando o populismo.

⁶ A “questão social” era considerada uma questão ilegítima, ilegal, subversiva, logo deveria ser tratada pela Polícia. Para saber mais ler Cerqueira Filho (1982).

⁷ Substituição das antigas e ultrapassadas Caixas de Aposentadoria e Pensões pelos IAPs criadas em 1923.

[...] a universalização do acesso à concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...]; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde [...] (BRAVO, 2001, p. 25).

Nos anos 1980, como resultado desse processo de redemocratização da sociedade brasileira, iniciou-se a fase universalista da saúde. Nesta fase, os fatos que marcaram e nortearam mais profundamente as discussões sobre a saúde foram a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS e a elaboração da Constituição Federal de 1988.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em março de 1986, em Brasília-Distrito Federal, representando um avanço expressivo no setor das políticas públicas de saúde no país, pois ampliou o conceito de saúde, bem como estabeleceu a saúde como um Direito que deve ser garantido, em sua complexidade, pelo Estado (BRAVO, 2001).

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal Brasileira, incluindo pela primeira vez em suas disposições o conceito de Seguridade Social,

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, 1988).

Com a efetivação desta Constituição, as Ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de importância pública, sendo de responsabilidade do governo a sua regulamentação, fiscalização e controle; houve a criação do Sistema Único de Saúde, que reuniu serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, regionalizada, com participação da sociedade civil; tornou-se livre a participação da iniciativa privada no sistema de saúde, de maneira complementar; estabeleceu-se a proibição da comercialização de sangue e derivados, entre outros (BRASIL, 1988).

Após a materialização dessas conquistas, no dia 19 de setembro de 1990, foi criada a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS.

Ela “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Contudo, o então presidente Fernando Collor de Mello, direcionado pela política neoliberal⁸, promoveu um impacto sobre o processo de implementação do SUS, que se deu, em especial, no conteúdo desta lei. A LOS, neste sentido, sofreu 25 vetos, modificando seu projeto no que se refere ao controle e à participação social, bem como ao financiamento do Sistema e à estruturação do Ministério.

Em consequência destes vetos, acabou sendo rearticulado um novo projeto, a lei nº 8.142 de 1990, a qual complementa a lei 8.080/90 nos mecanismos de controle e participação social (Conselhos e Conferências) na gestão do SUS e de movimentação e repasse de recursos para fundos estaduais e municipais, bem como suas normas de funcionamento na área da saúde.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde representaram respaldos legais para a configuração de um Sistema Único de Saúde que, baseado nos ideais da 8ª Conferência Nacional de Saúde e do Movimento de Reforma Sanitária, defende os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação com controle social.

Entretanto, a partir da década de 1990, esse sistema tem sido alvo das reformas neoliberais, que determinam a desresponsabilização do Estado e, conseqüentemente, a focalização, seletividade, precarização, descentralização sem recursos adequados e privatização das políticas sociais, esvaziando, assim, seu caráter legalmente universal.

3. NEOLIBERALISMO E CONTRARREFORMA

Os ideais neoliberais surgiram logo depois da segunda guerra mundial nos países capitalistas centrais, como uma reação essencialmente ideológica e política ao modelo de Estado intervencionista e de bem-estar social.

Nesta perspectiva, os pensadores neoliberais passaram a considerar qualquer intervenção do Estado na economia dos países capitalistas maduros, como uma ameaça à liberdade econômica e política dos indivíduos, baseando-se, notadamente, na ideologia clássica liberal.

⁸ O neoliberalismo será explanado adequadamente no próximo tópico.

É nesse sentido que os neoliberais vão retomar a tese clássica de que o mercado é a única instituição capaz de coordenar racionalmente quaisquer problemas sociais, sejam eles de natureza puramente econômica ou política. Daí a preocupação básica da teoria neoliberal em mostrar o mercado como um mecanismo insuperável para estruturar e coordenar as decisões da produção e investimentos sociais [...] (TEXEIRA, 1996, p.195).

Contudo, essas teses surgiram num contexto adverso, isto é, num período em que o capitalismo crescia rapidamente, resultado da intensa intervenção estatal na economia. Esta fase ficou conhecida como a fase do capitalismo regulado estatalmente ou Welfare State. Neste momento houve,

[...] uma ampliação sem precedentes do papel do fundo público, desencadeando medidas keynesianas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e do atendimento de algumas demandas dos trabalhadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.149).

Estabelecia-se, ainda, uma nova relação entre a economia e o Estado que foi responsável pela instituição do chamado modelo social-democrático de desenvolvimento. Conforme Teixeira (1996, p.212), “nasce, a partir de então, um novo sistema de produção: o modelo social-democrático de produção, que irá viver os seus anos gloriosos desde a segunda Grande guerra até meados da década de 70”.

Ante essa fase próspera do capitalismo, o neoliberalismo não ganhou expressividade imediata, permanecendo nos gabinetes acadêmicos por aproximadamente duas décadas.

Somente no final dos anos sessenta é que o mundo capitalista entra em uma longa e profunda crise, marcando o fim desse período próspero da acumulação de capitais. Diante desse cenário, as teses neoliberais ressurgiram, especialmente, a partir da formulação de novas soluções para o termino dessa crise estrutural.

Em consonância com essas novas soluções, o capital enfrentou a sua crise via reestruturação produtiva, baseada na liberdade do mercado, através da implantação de um novo padrão de acumulação flexível (Toyotismo) e de um Estado forte e parco de recursos, o que significou o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas.

A hegemonia dessa nova fase do capital tornou-se perceptível apenas com a efetivação dos governos neoliberais, tais como, os governos de Thatcher na Inglaterra e de Reagan nos Estados Unidos - máximas expressões do neoliberalismo mundial.

Em 1989, baseados nas experiências desses governos, reuniram-se em Washington diversos economistas latino-americanos de perfil liberal, funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais (Fundo Monetário Internacional

(FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)) para avaliarem as reformas econômicas realizadas na América Latina. A avaliação foi positiva, logo o governo norte-americano ratificou a proposta neoliberal, que vinha recomendando aos países subdesenvolvidos, como condição essencial para conceder sua cooperação financeira.

É nesta conjuntura de reforma estrutural, reafirmada pelos organismos norte-americanos, que as economias dos países subdesenvolvidos deveriam adaptar-se às novas condições econômicas, atendendo às “necessidades” do capitalismo internacional.

Na América Latina o neoliberalismo ganhou destaque somente no final da década de 80, mediada, conforme Behring (2009, p.25), “pelas características políticas e econômicas da região: autoritarismo político e a pobreza”. O Brasil, por sua vez, vivenciou uma espécie de chegada tardia do neoliberalismo, que, segundo a mesma autora, “tem relação com a força do processo de democratização e questões político-econômicas internas”.

Nos anos de 1990, no contexto do avanço das teses neoliberais no Brasil, observou-se o redimensionamento do papel do Estado ou Contrarreforma, processo no qual o Estado se exime da sua responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar o promotor e regulador dessas políticas, transferindo, assim, suas atribuições ao setor privado e a sociedade civil, por meio da disseminação dos princípios de “auto ajuda” ou “ajuda mútua”, do voluntariado, do solidarismo, e da filantropia”. Esse Estado vai ser chamado de,

[...] Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos nas obras de infra-estrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, das políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente-, mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, de precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas (CORREIA, 2007, p.16).

Evidencia-se, portanto, que o Estado torna-se máximo para o capital e mínimo para o social, prevalecendo nesta relação o fortalecimento do setor privado e, neste sentido, a focalização, a seletividade, a precarização, a descentralização sem recursos adequados, e a privatização das políticas públicas.

Dessa forma, as políticas sociais, especialmente as que compõem o tripé da Seguridade Social (assistência social, previdência e a saúde)⁹, não vêm sendo efetivadas como previsto na Constituição Federal de 1988, anulando alguns dos mais importantes direitos sociais da população (BRAVO, 2001).

⁹ A Constituição Federal no seu Título VIII, que trata da ordem social, dedicou o Capítulo II a Seguridade Social.

É importante lembrar que essa desestruturação da área social é baseada, sobretudo, na redução e na desvinculação dos recursos públicos. Assim, na década de 1990, baseando-se nas políticas macroeconômicas que deram sustentação ao Plano Real, o governo federal desferiu um intenso golpe no conjunto da Seguridade Social, desvinculando parte de seus recursos.

Neste sentido, a perda ou restrição de direitos, [...] está associada à macroeconomia do Plano Real, que impõe uma lógica de gestão de recursos segundo a qual eles são restritos para os investimentos do Estado e generosos para o pagamento dos encargos financeiros da União, o que veio atingindo em cheio a área social ao longo da década [...] (BEHRING, 2003, p.271).

É nesta perspectiva que inúmeras estratégias governamentais foram criadas com o objetivo de restringir cada vez mais os custos sociais. Dentre estas, destaca-se a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) que vigorou nos anos de 1994 a 1995, sendo em seguida renomeado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que permaneceu em vigor de 1996 a 1999. Neste mesmo ano foi substituído pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), com prazo para término em 2007, sendo adiada até 2011.

A DRU permite que 20% da arrecadação das contribuições sociais ficassem disponíveis para uso da União no pagamento do serviço das dívidas externa e interna, buscando gerar o superávit primário. Para gerar este superávit, o governo tem como objetivo principal, fazer com que as receitas sejam, constantemente, maiores que as despesas.

Seguindo esse objetivo, o Ministério da Fazenda revela que, em 2011 “o Governo Central, que inclui Banco Central, União e Previdência Social, apresentou superávit primário de R\$ 4,1 bilhões em maio”. No acumulado até maio, o superávit chega a R\$ 45,4 bilhões, ultrapassando a meta para o segundo quadrimestre que é de R\$ 40 bilhões e para o ano que é de R\$ 81,7 bilhões, sendo, ainda, R\$ 23,1 bilhões superior se comparado com os cinco primeiros meses de 2010 (BRASIL, 2011).

Deste modo, para que o governo federal gere constantemente o Superávit Primário, de acordo com a macroeconomia do Plano Real, é necessário que haja o aumento dos impostos pagos pela população e, principalmente, a redução das despesas do governo com as Políticas Sociais.

Nesta lógica, o Orçamento da Seguridade Social será especialmente prejudicado, apesar de ter suas receitas legalmente alavancadas pelo governo federal. De acordo com as disposições constitucionais, o Orçamento da Seguridade Social – OSS - é superavitário, logo suficiente para suprir todas as despesas concernentes às políticas de assistência social, previdência social e saúde, possibilitando, ainda, que essas políticas sejam posteriormente

ampliadas. Porém, segundo Boschetti e Salvador (2009, p.56), “se isto não ocorre, é porque o orçamento da seguridade social é parte da ancora de sustentação da política econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortização dos juros da dívida pública”.

Como revelam os dados disponibilizados pela ANFIP (2010), no ano de 2010 as receitas da Seguridade Social totalizaram R\$ 458,6 bilhões, um valor R\$ 65,8 bilhões superior ao ano de 2009. Já as despesas da Seguridade somaram R\$ 400,5 bilhões. Esse montante foi superior ao ano de 2009 em R\$ 40,6 bilhões, 15,8% (ANFIP, 2010, p.13-14).

Explicita-se, portanto, que as receitas que compõem o OSS são superiores às suas despesas, possibilitando a cobertura de todos os gastos com as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social. Algumas análises declaram (equivocadamente) que existe um déficit no orçamento da seguridade social. Porém, essa afirmação desmonta-se facilmente. De acordo com Salvador (2010, p.372), “[...] ao incluir os recursos ‘surrupitados’ pela DRU para o orçamento fiscal, a seguridade social teria um saldo superavitário [...], mesmo na lógica desfavorecida da contabilidade oficial”.

A DRU, assim, desvincula recursos do Orçamento da Seguridade Social, tornando as políticas “deficitárias”. Como pode ser visualizado na tabela abaixo, no ano de 2010, por exemplo, essa desvinculação atinge seu maior valor, cerca de R\$ 45.860 bilhões.

Tabela 1 Receitas de Contribuições sociais selecionadas e os efeitos da DRU (R\$ milhões)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Receitas das Contribuições sociais	168.611	175.870	200.408	196.484	193.879	229.298
Confins	89.597	90.341	101.835	120.094	116.759	140.023
CPMF	29.120	32.493	36.382	1.004	0	0
CSLL	26.232	27.266	33.644	42.502	43.592	45.754
PIS/PASEP	22.083	23.815	26.116	30.830	31.030	40.373
Outras contribuições	1.578	1.956	2.431	2.054	2.497	3.148
Valores desvinculados	32.496	33.806	38.550	39.255	38.776	45.860

Fonte: ANFIP, 2010.

Observa-se nos anos analisados um crescimento considerável dos valores financeiros desviados pela DRU. Esse crescimento é necessário para que haja o efetivo pagamento da dívida pública, que, por sua vez, igualmente cresce nos anos considerados. De acordo com o relatório do mês de dezembro de 2009, emitido pelo Tesouro Nacional, as emissões da DPF1 corresponderam a R\$ 35, 29 bilhões, os resgates obtiveram R\$ 42,08 bilhões, resultando em

emissão líquida de R\$ 6,80 bilhões. Já em 2010, as emissões da Dívida Pública Federal – DPF1 corresponderam a R\$ 49,84 bilhões, os resgates alcançaram R\$ 38,80 bilhões, resultando em emissão líquida de R\$ 11,04 bilhões. Pode-se observar que esses dados revelam-se superiores se comparados aos dados do ano de 2009 (STN, 2009-2010).

Deste modo, a DRU é um mecanismo perverso que surge contrariando as disposições constitucionais acerca da utilização dos recursos que deveriam ser destinados à área social para o pagamento de encargos da União, o que evidencia uma apropriação indébita dos recursos sociais, revelando os fortes impactos das reformas neoliberais.

4. FINANCIAMENTO DA SAÚDE: DESAFIOS, CONFLITOS, AVANÇOS E RETROCESSOS

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 assinalaram as principais diretrizes para implantação e regulamentação de um Sistema Único de Saúde no Brasil. Esse sistema, influenciado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pelo Movimento de Reforma Sanitária, foi considerado um dos mais importantes ganhos populares que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde da população. Como revelam Marques e Mendes (2010a, p, 01) “o país passou a ser o único do gênero na América Latina que se aproximou da experiência de países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália”.

Enquanto conquista popular, a Constituição Federal de 1988, em seu art.196, instituiu a saúde com “direito de todos e dever do Estado”. Assim, além de se tornar um direito universal, a saúde deve ser uma política financiada diretamente pelo Estado.

Apesar da responsabilidade atribuída ao Estado, o texto constitucional não estabelecia em suas disposições a especialização das fontes, ou seja, as políticas de saúde, assistência e previdência social não possuíam vinculação com recursos específicos. Desse modo, a concepção de Seguridade Social passou a ser apreendida como ações e serviços que eram integrantes de uma mesma proteção social.

Neste sentido, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 195, decretou um orçamento próprio para a seguridade social - o Orçamento da Seguridade Social (OSS) - com recursos específicos, diferenciados do Orçamento Fiscal que financia as demais políticas do governo.

A Constituição reconhece ainda, em seu Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que pelo menos 30% do total de recursos destinados ao Orçamento da Seguridade Social – OSS (enquanto não fosse regulamentada a lei de custeio da Seguridade Social) deveriam ser reservados à saúde. É importante ressaltar que esse princípio constitucional nunca foi cumprido em todos os governos posteriores à Constituição Federal de 88.

Somente no dia 24 de junho de 1991, a Lei de Custeio da Seguridade Social - nº 8.212 - foi editada. Reafirmando, contudo, a indefinição e a variabilidade dos recursos que deveriam ser destinados para cada ramo da Seguridade Social.

No ano de 1993, por exemplo, apesar dos 15,5% previstos na Constituição Federal de 88, não foi realizado nenhum repasse de recursos para a saúde. A explicação adotada foi que a previdência social estava,

[...] apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a grave situação para a saúde, buscou-se a liberação de recursos na forma de empréstimo do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) (MARQUES; MENDES, 2010b, p.276).

As dificuldades enfrentadas pela Previdência Social resultaram em alterações desta política no interior da Seguridade Social. Instituiu-se, assim, que as contribuições de empregados e empregadores seriam destinadas exclusivamente à Previdência Social. Esta, conforme Marques e Mendes (2010b, p.276), “passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social”.

Em consequência dessas modificações, nos anos de 1989 e 1993, promoveu-se a especialização das fontes da Seguridade Social. A maior parte dos recursos da Confins foi destinada à Saúde, da CSLL à assistência, e das contribuições de empregados e empregadores à Previdência Social.

Outras propostas para dinamizar o financiamento da saúde foram analisadas, e em 1996 foi aprovada a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, que previa o aumento de recursos para mais de R\$5 milhões logo no primeiro ano de sua vigência, passando a retirar 0,25% de todas as operações bancárias realizadas no Brasil. Entretanto, a CPMF não representou o esperado, pois suas contribuições – CONFINS e CSLL – foram reduzidas e transferidas para a área da Previdência Social e, ainda, parte dos seus recursos destinada a atividades alheias à saúde (MARQUES; MENDES, 2010b).

Diante dessa situação de incerteza e indefinição do financiamento da saúde, buscou-se uma solução definitiva, qual seja, a vinculação de recursos orçamentários das três esferas de poder. Como analisa Marques e Mendes (2010b, p.280) “a construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 [...]”.

A Emenda Constitucional nº. 29 têm o objetivo de “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, alterando os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição e acrescentando o artigo 77 ao Ato das Disposições Transitórias” (BRASIL, 2000).

De acordo com esta Emenda, no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deveriam destinar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, sendo que esse percentual deveria aumentar até atingir, para os estados 12% e para os municípios 15%, em 2004. Para a União, definia a contribuição de pelo menos 5% em relação ao orçamento realizado do período anterior, para os seguintes o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal.

Ao Tribunal de Contas coube a fiscalização e controle dos gastos com a Saúde. Em caso de descumprimento dos percentuais estabelecidos pela Emenda Constitucional nº29, cada TC reprovará as contas públicas do seu ente federado correspondente.

Vale destacar que, apesar da delimitação de percentuais orçamentários, a Emenda Constitucional n.29 ainda não é regulamentada. Assim, com a finalidade de sintetizar as regras que deveriam ser seguidas pelas instâncias para o financiamento do SUS, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 322/2003. Essa resolução explicita e define a base de cálculo para o financiamento e o que são as despesas com ações e serviços de saúde.

Para esta Resolução alcançar força de Lei, tramitou na Câmara o Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/2003, de autoria do Deputado Roberto Gouveia (PT-SP). Dentre os principais itens deste projeto de regulamentação da Emenda Constitucional nº29, pode-se destacar,

- 1) a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando do valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal para 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta; 2) a definição das despesas que devem ser consideradas como ações de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito (MARQUES; MENDES, 2010a, p.13-14).

O Projeto de Lei Complementar (01/2003), no entanto, deixou de ser viável, uma vez que sua aprovação contava com os recursos da CPMF. A alocação de 10% da Receita

Corrente Bruta da União para a saúde foi retirada no último momento e mantida a forma de cálculo anterior, além de contemplar recursos da CPMF (MARQUES; MENDES, 2010a).

Atualmente, o Congresso está sendo pressionado para que a Emenda Constitucional seja aprovada e, assim, devidamente regulamentada. Porém, o governo tenta evitar a aprovação no Congresso de projetos, como o da Emenda Constitucional nº 29, que gerem aumento de despesas públicas. Neste sentido, no dia 30 de agosto de 2011, em Pernambuco, a presidente Dilma declarou,

Eu não quero é que me dêem presente de grego. Eu quero saber como serão os investimentos necessários para garantir saúde de qualidade, de onde vão sair os recursos. O que considero é que, num momento de crise financeira internacional, não é propícia a aprovação de despesas sem dizer de onde virão os recursos [...] (JORNAL O GLOBO, 2010).

Este assunto foi fortemente discutido, contudo, não progrediu, mantendo a incerteza da aplicação de recursos mínimos para a saúde. Assim, a União, os Estados e os municípios, assim, continuam descumprindo as disposições estabelecidas pela Emenda, ou até mesmo, segundo Marques e Mendes (2010a, p. 12), cumprindo-as, através do “pagamento de inativos, os gastos com empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos, hospitais de ‘clientela fechada’ (como hospitais de servidores estaduais)”, comprovando a crescente falta de comprometimento dos setores públicos com a saúde da população brasileira.

5. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Campina Grande é a segunda maior cidade da Paraíba, localizada na mesorregião do Agreste Paraibano na parte oriental do Planalto da Borborema. Conta com uma população de 385.213 mil habitantes, sendo 367.209 mil distribuídos na zona urbana e 18.004 mil distribuídos na zona rural. Possui uma área territorial de 621 km² e vincula-se geograficamente aos distritos de Catolé de Boa Vista, São José da Mata e Galante (IBGE, 2010).

Este município está habilitado na forma de Gestão Plena de Sistema Municipal, desde 1988. O processo de habilitação do município ocorreu num cenário de desentendimento político partidário entre os governos estadual e municipal. Essa relação tempestuosa se estabeleceu, porque,

A municipalização da gestão da saúde trazia uma série de modificações na arquitetura do poder, com a construção e desconstrução das relações existentes, contando, às vezes, como o ressentimento de quem perde e o deslumbramento e autoritarismo de quem passa a ter acesso aos canais de influência e prestígio inerente ao cargo (FERNANDES; MAIA, 2004, p.92).

Assim, diante da ameaça de mudança de poder, a Secretaria Estadual de Saúde apresentou uma forte resistência para assumir suas novas atribuições e responsabilidades destinadas pela Norma Operacional Básica 01/96, dificultando o diálogo e a harmonia entre as instâncias, municipal e estadual do governo.

Neste sentido, a gestão local enfrentou diversas dificuldades. Dentre estas, principalmente, a insuficiência de recursos financeiros repassados pela gestão estadual para custear as despesas concernentes aos serviços ambulatoriais e hospitalares e para desenvolver (outras) ações de saúde demandadas pela população.

Apenas no início do ano de 2000 é que a Secretaria de Saúde do Estado reconhece a pactuação da gestão do teto financeiro global do município de Campina Grande, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba – CIB/PB. Esse pacto estabeleceu o teto financeiro global para o município no valor de R\$ 35.755.499,80, com a gestão compartilhada entre as duas Secretarias, a municipal e a estadual (FERNANDES; MAIA, 2004).

De acordo com os dados disponibilizados pelo Fundo Municipal de Saúde - FMS, no ano de 1999 a receita do FMS totalizou 7.98 milhões. A partir do ano de 2000, com o teto financeiro estabelecido para o município, esse valor atinge 21.83 milhões, representando um aumento de 173% se comparado ao ano anterior (CAMPINA GRANDE, 1999-2000).

A Secretaria Municipal, desse modo, passou a ter mais autonomia e a administrar uma parcela maior de recursos, assumindo, assim,

[...] a prerrogativa de realizar auditorias, decidir sobre o credenciamento e credenciamento de instituições, negociar a contratação de serviços com os prestadores públicos, filantrópicos e privados, inaugurando uma nova fase na gestão municipal, mais próxima, inclusive, daquele que era esperado e que seria de direito desde o ano de 1988 (FERNANDES; MAIA, 2004, p.121).

Vale observar que o modelo de gestão local de saúde, nos dias atuais, ainda continua em construção, sendo um processo dinâmico que necessita ser aprimorado para atender com mais qualidade a demanda da população que depende do SUS.

O município de Campina Grande é sede da II Macro Regional de Saúde, referenciando serviços de saúde para 173 municípios (PPI-2001), o que corresponde a uma população aproximada de 1,4 milhão de pessoas. De acordo com o Plano de Desenvolvimento

Regional (PDR), o município configura-se como: o segundo município pólo do Estado, sede macro regional para 70 municípios, sede de micro-regional para 42 municípios e módulo assistencial para 10 municípios. (CAMPINA GRANDE, 2010, p.16).

Apresenta um quadro de recursos humanos e de serviços de primária, média e alta complexidade que atendem usuários de todos os estados do Nordeste, principalmente dos Estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte, o que de certo modo tem diminuído a capacidade física para respostas mais imediatas às necessidades da população (CAMPINA GRANDE, 2010, p.16).

Os trabalhos desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde levam em consideração uma organização territorial que divide o município em 06 Distritos Sanitários, tendo como prioridade a Estratégia Saúde da Família. A ESF conta, em 2010, com 91 equipes, compostas por 534 profissionais e distribuídas em 78 unidades, atendendo 73,1% da população (280.594 mil).

A gestão local ampliou, ainda, o número de Agentes Comunitários de Saúde- ACS. No ano de 2010, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - contou com 113 agentes, que cobrem 11,0% da população (42.071 mil).

Vale destacar que a Política de Saúde Mental do município, implantada em sua totalidade, conta com 05 CAPS, 07 Residências Terapêuticas, 01 Emergência Terapêutica (CAMPINA GRANDE, 2010, p.31).

A Estratégia Saúde da Família e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde cobrem em 73,1% a população campinense, com a zona rural coberta em 100%, o que totaliza uma população de 280.597 mil. Conforme o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 (2010), o grande desafio mostrado para a saúde no âmbito da atenção básica é,

[...] além da melhoria dos indicadores pautados no Pacto de Gestão, [...] a melhoria das condições de trabalho das equipes, tendo em vista que, ainda temos várias Unidades funcionando em casas alugadas com pouca estrutura física e de salubridade, dada as dificuldades de locações apropriadas em algumas áreas urbanas e rurais em nosso município (CAMPINA GRANDE, 2010, p. 29).

Na atenção especializada, o município possui o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)), apresentando um alto grau de atendimento. Na área de fisioterapia pode-se destacar a Unidade Municipal de Fisioterapia (UMF) e o Centro de Referência em Atenção aos Portadores de Necessidades Especiais (CRANESP), que são referências para a 2º macro regional (CAMPINA GRANDE, 2010, p. 32).

Os serviços de assistência de urgência e emergência estão organizados em Pronto Atendimento nas unidades: Hospital Antônio Targino, Hospital Pedro I e Hospital de Traumas dom Luis Gonsaga Fernandes e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ¹⁰ (CAMPINA GRANDE, 2010, p.32).

No setor de assistência hospitalar, o município de Campina Grande possui uma quantidade de 1.784 leitos totais, sendo destes 1.423 leitosSUS, o que evidencia uma quantia necessária para o atendimento¹¹ da população. Entretanto deve-se ressaltar que o município se configura como pólo da II Macro Regional de Saúde, sendo referência para os demais municípios, o que torna o número de leitos insuficiente para o atendimento da grande demanda da população (CAMPINA GRANDE, 2010, p. 44).

Com relação aos recursos financeiros, pode-se observar que o município de Campina Grande tem investido, a partir de 2005, 15% das receitas de impostos, de acordo com as disposições da Emenda Constitucional nº 29. O ano de 2006 representa, nesta fase, uma exceção, uma vez que o município aplicou o seu maior percentual de recursos, cerca de 20,81%. Nos últimos cinco anos, contudo, esta instância tem aplicado percentuais meramente burocráticos.

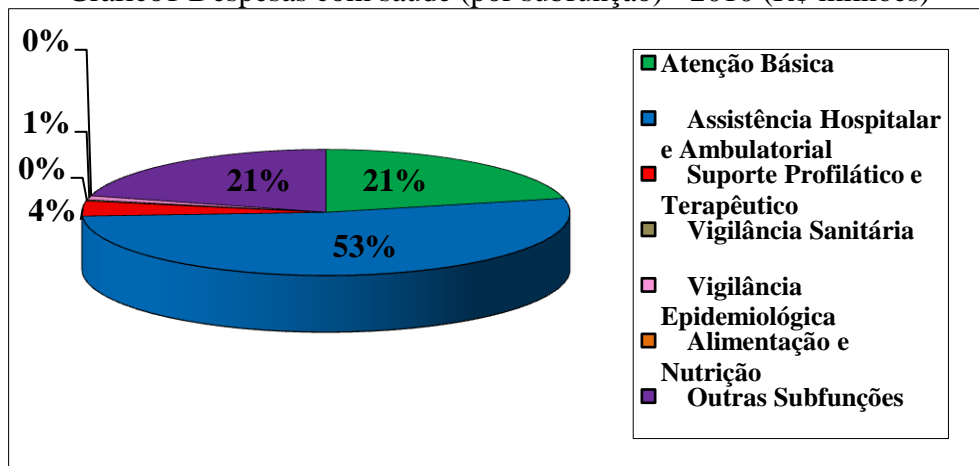
Na distribuição desses investimentos, como ressaltado no gráfico 1, a Assistência Ambulatorial é a que mais recebe recursos da gestão local. Em 2010, de acordo com os dados disponibilizados pelo SIOPS, foi destinado à assistência hospitalar um valor de R\$ 87.7 milhões, o que representa um percentual de 52,61% dos recursos. Já para a Atenção Básica, que deveria ser priorizada pela gestão municipal, foi destinado um valor de R\$ 35.7 milhões, o que corresponde a um percentual de 21,42%, representando, assim, um valor inferior se comparado ao ano de 2009, em que foi destinado cerca de R\$ 47.9 milhões.

Os menores investimentos foram destinados à Vigilância Sanitária, (R\$ 523 mil), com 0,31%, Vigilância Epidemiológica, (R\$ 1.73 milhões), com 1,04% e Alimentação e Nutrição, com 0%.

¹⁰ O SAMU é um sistema regionalizado e hierarquizado, criado em julho de 2004 e desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Paraíba, Corpo de Bombeiros da Paraíba e Polícia Rodoviária Federal), que assegura a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica, sendo capaz de atender cerca de 600 mil habitantes na região do entorno de Campina Grande. Em 2009, o SAMU realizou 26.025 atendimentos (CAMPINA GRANDE, 2010, p.33).

¹¹ De acordo com a portaria GM nº 1.101 de 12/06/2002, o parâmetro de leitos hospitalares é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes (CAMPINA GRANDE, 2010, p. 44).

Gráfico1 Despesas com saúde (por subfunção) - 2010 (R\$ milhões)

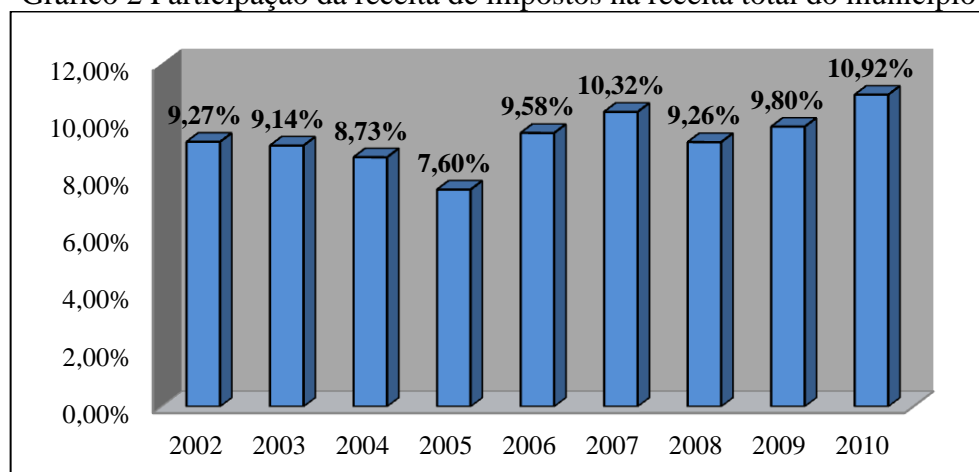


Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

Explicita-se, assim, que o município de Campina Grande mantém o modelo hospitalocêntrico, que prioriza os serviços de média e alta complexidade, fortalecendo o paradigma conservador da saúde, voltado exclusivamente para a cura de doenças. Tal observação pode ser confirmada pelos baixos investimentos da gestão local com a atenção básica e, conseqüentemente, com a Estratégia de Saúde da Família – ESF.

6. ANÁLISE DAS RECEITAS E DESPESAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Gráfico 2 Participação da receita de impostos na receita total do município



Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

O Gráfico 2 trata da participação das receitas de impostos na receita total do município nos anos de 2002 a 2010. Especialmente nos anos de 2007 e 2010, o município arrecadou os seus maiores percentuais, 10,32% e 10,92%, respectivamente. Esses dados revelam-se

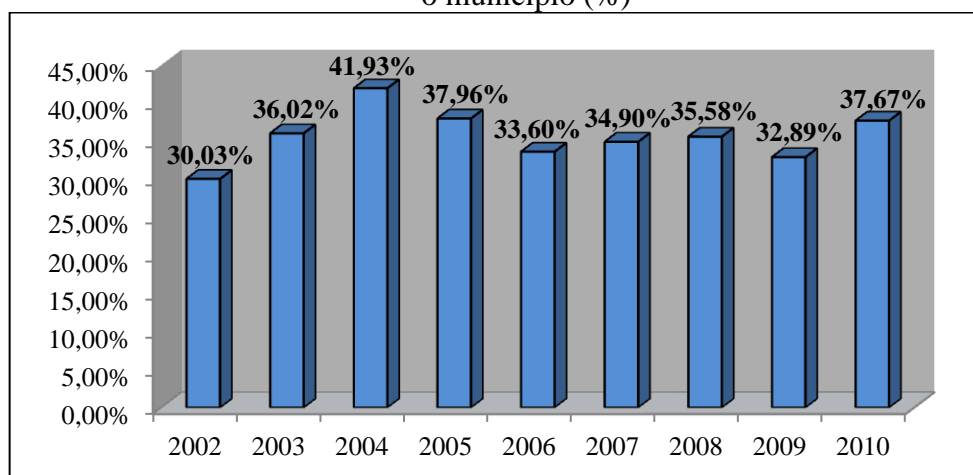
significativos se comparados ao ano de 2005, no qual a arrecadação corresponde a 7,60% dos recursos.

Assim, torna-se perceptível que a participação dos impostos (dos impostos que incidem sobre propriedade predial e territorial urbana – IPTU e sobre serviços - ISS) na receita total do município foi ampliada, o que pode revelar um “suposto” crescimento econômico deste ente federado nos anos analisados.

A **renda per capita** é um indicador que auxilia na análise do desenvolvimento econômico de um país ou região e consiste na divisão da sua renda total (PIB - Produto Interno Bruto) por sua população. Nesta perspectiva, de acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o município possuía no ano de 2006 uma renda per capita de R\$ 7.156. No ano de 2007 essa renda atinge R\$ 8.349, representando um crescimento de 16,6%. Em 2008, último ano analisado, o PIB per capita chega a R\$ 9.065, expondo um crescimento de 8,58%. Esses dados revelam que houve progresso nas contas públicas do município e que o valor total da produção de bens e serviços tem aumentado nos últimos anos (IBGE, 2010).

Contudo, esse crescimento ainda não é suficiente, mantendo a cidade dependente dos recursos externos. O ano de 2004 comprova essa dependência, apresentando o maior percentual de recursos intragovernamentais (90,36%) transferidos para a saúde no município, entre os anos de 2002 a 2010. Deste modo, pode-se observar que a situação de subordinação e dependência do município aos recursos externos, apesar de apresentar uma pequena redução no ano de 2009 (9,98%), é bastante significativa, representando uma média de 77,15% do total da receita do município, nos anos analisados.

Gráfico 3 Participação das transferências para a saúde no total de recursos transferidos para o município (%)



Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

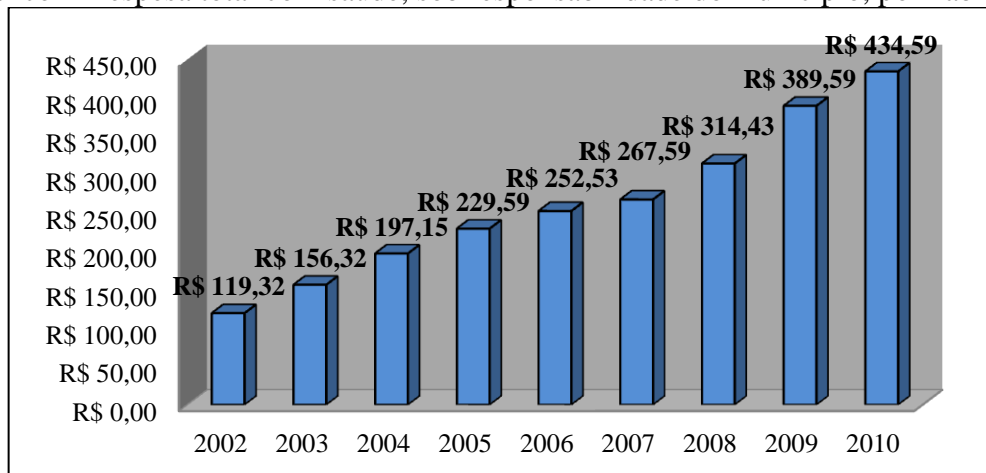
O gráfico 3 apresenta os recursos transferidos das outras esferas do governo (União e Estado) para o Sistema Único de Saúde do município de Campina Grande. Os recursos intragovernamentais são bastante expressivos, atingindo exclusivamente no ano de 2004 um percentual de 41,93%, o que determina um ano especial para a saúde, pois o município esteve sintonizado com os programas do governo federal, tais como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Brasil Sorridente, Farmácia Popular, entre outros.

No ano de 2009, os recursos externos transferidos para o município foram reduzidos em 32,98%. Já no ano de 2010, esse valor torna a aumentar, em cerca de 37,67%. Esse decréscimo observado no ano de 2009, no entanto, foi irrelevante, mantendo em alto nível as transferências externas para o município.

A União é a principal financiadora da política de saúde, representando 100% das transferências de recursos nos anos de 2002 a 2005, e particularmente no ano de 2008. Isto denota que o Estado não participou efetivamente das transferências dos seus recursos arrecadados para o município, pondo em destaque uma problemática estrutural.

De acordo com as observações, apenas nos anos correspondentes a 2006, 2007 e 2009, o Estado transfere cerca de 1% dos seus recursos, o que demonstra uma insignificante participação deste ente federado na receita total do município.

Gráfico 4 Despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante

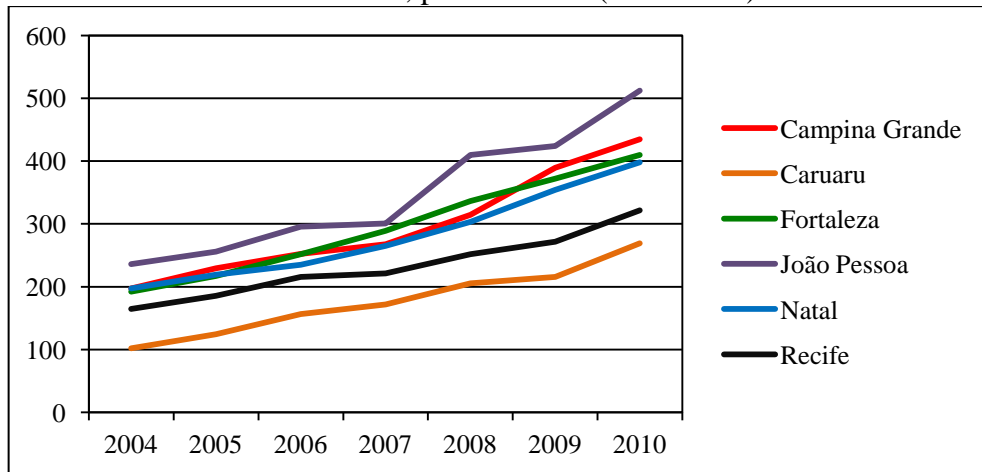


Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

A gráfico 4 apresenta a despesa total do município com saúde, por habitante. De acordo com os dados obtidos pelo SIOPS, o município aumentou consideravelmente a sua participação na destinação de recursos para o setor saúde, principalmente a partir de 2005,

quando passou a ser cumpridor burocrático da EC N° 29. Esse aumento de recursos pode ser mais visivelmente observado nos anos de 2005, 2008 e 2009.

Gráfico 5 Despesa total com saúde, sob responsabilidades dos principais municípios da região Nordeste, por habitante (2004-2010).



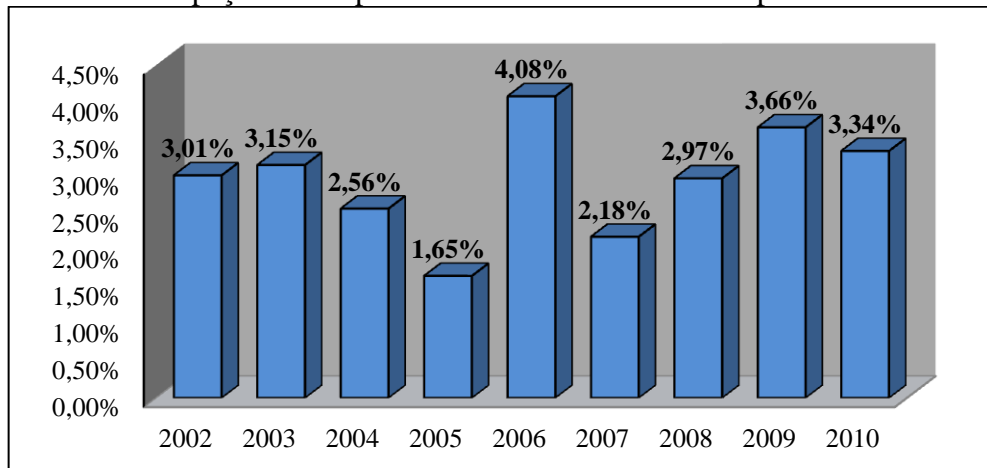
Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

De acordo com o gráfico 5, o município ao ser comparado com alguns dos principais municípios da região Nordeste, entre os anos de 2004 a 2010, revela está em uma posição relativamente privilegiada.

Como pode ser observado, João Pessoa é o município que têm destinado mais recursos para a saúde, por habitante. Especialmente no ano de 2007, esta instância destinou R\$300,09 (R\$25,01/mês) por habitante. Já no ano de 2008, esse valor aumentou, chegando a R\$409,56 (R\$34,13/mês), o que determina um crescimento anual de 36,11%. Campina Grande, por sua vez, apresenta um aumento dos recursos aplicados, especialmente entre os anos de 2008, com R\$314,43 (R\$26,20/mês), e de 2009, com R\$389,59 (R\$32,47/mês), definindo um crescimento anual de 23,90%. Já Caruaru destinou os maiores valores per capita entre os anos de 2007, R\$171,89 (R\$14,32/mês) e de 2008, R\$205,6 (R\$17,13/mês), o que corresponde a um crescimento anual de 19,61%.

No ano de 2010, todos os municípios cresceram em seus investimentos. João Pessoa foi o município que mais destinou recursos para a saúde, cerca de R\$512,28, seguido de Campina Grande, com R\$434,59 e Fortaleza com R\$ 409,92. Caruaru (R\$269,22) e Recife (R\$321,60) apresentaram os menores valores investidos em saúde, por habitante.

Gráfico 6 Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde



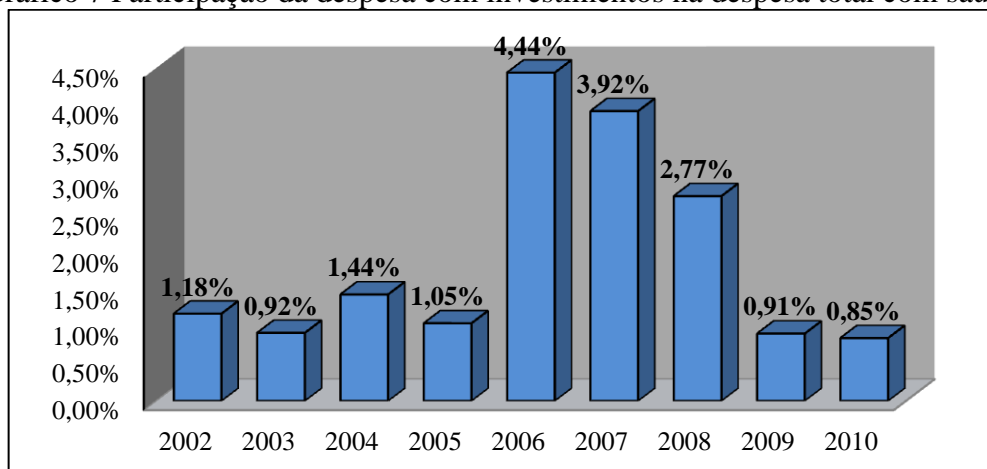
Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

O gráfico 6 apresenta os recursos gastos pelo município com medicamentos, entre os anos de 2002 a 2010. Explicita-se, assim, que a participação da despesa total do município nas despesas com medicamentos, em todos os anos analisados, foi baixa.

No ano de 2006, contudo, o município apresentou a maior porcentagem, 4,08%, o que pode significar um falso gasto, já que em 2005 os gastos foram significativamente baixos, 1,65%, sugerindo que existiu um déficit a ser pago do ano de 2005 para o ano de 2006.

De 2009 a 2010, o percentual dos recursos gastos com medicamentos se estabilizou, representando uma média de 3% dos recursos, o que ainda não é suficiente para que haja uma ampla e adequada aquisição de medicamentos por parte da população.

Gráfico 7 Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde



Fonte: Pesquisa realizada no projeto PIBIC/CNPQ/UEPB, 2010-2011.

O gráfico 7 mostra o quanto foi investido em construção, reformas e compra de material permanente, nos anos de 2002 a 2010. Tal item é importante, pois expõe o índice de expansão dos serviços em saúde no município.

É perceptível que os recursos reservados aos investimentos na saúde mantiveram-se baixos nos anos analisados. O ano de 2006, no entanto, representou uma exceção, uma vez que apresentou um aumento considerável de 4,4%, devido à expansão do Programa Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família), em toda a cidade. Houve, assim, um crescimento significativo de 139% dos recursos, se comparado ao ano anterior (2005). Entretanto, no ano de 2007, esse percentual volta a diminuir, registrando a sua maior queda em 2010, com 0,85%.

7. APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

Os principais problemas de financiamento da saúde pública no Brasil estão vinculados à insuficiência de recursos destinados ao setor e a utilização inadequada de tais recursos. No Brasil, esses problemas estão relacionados, especialmente, a edificação do processo de Contrarreforma, que marca a desresponsabilização do Estado e, conseqüentemente, a focalização, seletividade, precarização, descentralização sem recursos adequados e privatização das políticas sociais, esvaziando, assim, o seu caráter universal.

Nesta perspectiva, as políticas que compõem o tripé da seguridade social são fortemente prejudicadas. Dentre essas políticas, a de saúde tem seu volume de recursos cada vez mais reduzido, ou, até mesmo, desvinculado para o pagamento dos juros da dívida.

Os dados analisados nesta pesquisa revelam que o município de Campina Grande-PB tem destinado 15% de seus recursos financeiros para a saúde, cumprindo de forma burocrática a Emenda Constitucional nº29. Esses investimentos são compostos expressivamente por recursos intragovernamentais (tendo como principal financiadora a União), que são aplicados, em grande parte, nos serviços de média e alta complexidade, mantendo, assim, o modelo hospitalocêntrico, baseado no paradigma conservador da saúde.

Essas parciais observações, portanto, ressaltam a importância de se obter um conhecimento mais aprofundado sobre a real destinação dos recursos financeiros ao setor saúde e de como estes recursos estão sendo utilizados para garantir a eficácia e eficiência das ações e serviços de saúde no município, servindo, dessa forma, como um possível mecanismo de controle social.

REFERÊNCIAS

- ANFIP. **Análise da Seguridade Social em 2010**. Associação Nacional dos Auditores fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. Brasília: ANFIP, 2011. Disponível em:
< <http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/analise2010.pdf> >.
Acesso em: 14 de set. de 2011.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E., [et al.]. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4º ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BEHRING, E. R. Ilustrações particulares da contra-reforma. In: _____ (Org.). **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: _____ (Org.). **Política Social Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, I. ; SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 1999 a 2003: Quem Paga a Conta?. In: MOTA, A. E. [et al.]. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4º ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000. Altera os Artigos 34,35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 de set. de 2000.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de set. de 1990.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. **Investimento no PAC cresceu 37% no acumulado do ano**, 2011. Disponível em: < <http://www.fazenda.gov.br/> >. Acesso em: 15 de set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS**, 2011. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671 >. Acesso em 15 de jul. 2011.
- BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO. M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de. (Orgs.). **A Política de Saúde no Brasil**. Capacitação para Conselheiros da Saúde. Rio de Janeiro: UERJ. NAPE, 2001.
- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde de 2010-2013**. Diretoria de Planejamento e Regulação. Campina Grande, 2010.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios do Fundo Municipal de Saúde**. Campina Grande, 1999-2000.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. DE S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**. Brasília: ABEPSS, v. n.13, p.11-38, jan./ jun., 2007.

FERNANDES, A.; MAIA, C. L. (Orgs.). **Dos Atores e dos Cenários: Municipalização da Saúde em Campina Grande**. 22 ed., Campina Grande: EDUEP, 2004.

GIL, A. C (Org.). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IAMAMOTO, M. V.A. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. [et al.]. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE. **IBGE - Cidades @**, 2010. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 02 de set. 2011.

JORNAL O GLOBO. **Dilma: aprovação de emendas sem indicação da fonte de recursos é 'presente de grego'**. Rio de Janeiro, 30 de agost. 2011. Disponível em:
<<http://extra.globo.com/noticias/brasil/dilma-aprovacao-de-emendas-sem-indicacao-da-fonte-de-recursos-presente-de-grego-2552737.html>> Acesso em: 5 de set. 2011.

MARQUES, R. M; MENDES, A. A luta pelo financiamento da Saúde pública Brasileira: de 1985 a 2008. In: Encontro Nacional de Economia Política: América Latina e Brasil na Nova Configuração do Capitalismo, 15., 2010, São Luís. **Anais...** São Luís, 2010a.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.; A Saúde Pública sob a Batuta da Nova Ordem. In MARQUES, R. M., FERREIRA, M. R. J. (Orgs.). **O Brasil sob a Nova Ordem, a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010b.

SALVADOR, E. Capital portador de juros: fonte privilegiada do fundo público no Brasil. In: _____ (Org.). **Fundo público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2010.

STN. **Relatórios anuais da dívida pública**. Tesouro Nacional, 2010. Disponível em: <
http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/downloads/divida_publica/relatorio_dez10.pdf>. Acesso em: 20 de set. de 2011.

TEIXEIRA, F. J. S. O neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, F. J. S.; [et al.]. (Orgs). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. (Org.). **Introdução à pesquisa Social em Ciências Sociais: a pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas. 1987.