



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**MICHELE DOS SANTOS FARIAS**

**DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UM  
ESTUDO DE CASO SOBRE A REALIDADE DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE  
ROÇA - PB.**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

MICHELE DOS SANTOS FARIAS

**DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REALIDADE DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA - PB.**

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

**Área de concentração:** Administração Pública e Gestão da Saúde.

**Orientador:** Prof. Geraldo Medeiros Júnior.

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F224d Farias, Michele dos Santos.

Desafios para o financiamento e gestão da saúde pública [manuscrito] : um estudo de caso sobre a realidade de São Sebastião de Lagoa de Roça - PB / Michele dos Santos Farias. - 2019.

28 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.

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

1. Gestão de saúde pública. 2. Financiamento do SUS. 3. Administração política. 4. Gastos com saúde. I. Título

21. ed. CDD 353.6

MICHELE DOS SANTOS FARIAS

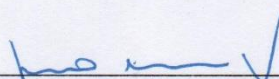
DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REALIDADE DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA - PB.

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.

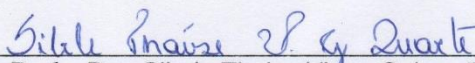
Área de concentração: Administração Pública e Gestão da Saúde.

Aprovada em: 04/12/2019.

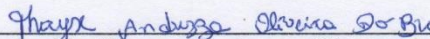
**BANCA EXAMINADORA**



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



Profa. Dra. Sibeles Thaise Viana Guimarães  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Thayse Andrezza Oliveira do Bu  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A toda minha família, de modo especial a meu pai Ademar, minha mãe Do Carmo e meus irmãos Michel e Micaele por todo esforço e incentivo, DEDICO.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	7
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	8
2.1	Planejamento e Administração Política.....	8
2.2	Gestão da Saúde .....	9
2.3	Financiamento do SUS .....	10
2.3.1	<i>DRU e seus impactos sobre a Seguridade Social</i> .....	11
2.3.2	<i>Gastos com Saúde</i> .....	12
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
	REFERÊNCIAS.....	24

## **DESAFIOS PARA O FINANCIAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REALIDADE DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA - PB.**

Michele dos Santos Farias\*

### **RESUMO**

A saúde brasileira passou por grandes avanços desde a Constituição Federal 1988, no entanto, ainda apresenta implicações quanto a seu financiamento. Motivo pelo qual continua sendo discutido como algo complexo e incapaz de demandar recursos suficientes à toda população, tornando sua gestão desafiadora. Diante dessa realidade, surgiu a necessidade de entender como de fato se comporta o financiamento e a gestão da saúde para municípios estreitamente dependentes de repasses federais. Sendo por isso que analisamos os dados de São Sebastião de Lagoa de Roça – PB, um município pequeno e muito dependente dos repasses do governo federal. O objetivo deste trabalho é analisar o financiamento e a gestão da saúde, em São Sebastião de Lagoa de Roça, à luz da Administração Política. Para tanto, foi realizado um estudo de caso, onde se entrevistou o secretário de saúde e o prefeito; uma pesquisa documental, baseada nos dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e da ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil); de abordagem quanti-quali e descritiva, quantos aos objetivos. O SUS (Sistema Único de Saúde) apresenta um orçamento insuficiente, e isso tende a se agravar por meio da Emenda Constitucional 95, da Desvinculação de Receitas da União, das renúncias fiscais e das mudanças que podem ocorrer sobre a obrigatoriedade de investimentos em saúde, feitos pelos municípios. Por isso, é interessante continuar acompanhando as políticas adotadas e seus reais impactos à sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde. Financiamento. Gestão.

### **ABSTRACT**

Brazilian health had major advances since the Federal Constitution of 1988, however, still had implications for its financing. This is why it continues to be discussed as complex and unable to demand sufficient resources for the entire population, making its management challenging. Faced with this reality, become apparent to understand how health financing and management behave for municipalities that are closely dependent on federal transfers. That is why we analyze the data of São Sebastião de Lagoa de Roça - PB, a small city and very dependent on federal government transfers. The aim of this paper is to analyze health financing and management in São Sebastião de Lagoa de Roça, in the light of the Political Administration. To this end, a case study was conducted in which the health secretary and the mayor were interviewed; a documentary research based on data from SIOPS (Health Budget Information System) and ANFIP (National Association of Federal Revenue Tax Auditors of Brazil); quanti-quali and descriptive approach, as to the objectives. The SUS (Health Unic System) has an insufficient budget, and this tends to be aggravated through Constitutional Amendment 95, the Untying of Federal Revenue, tax waivers and

---

\* Aluna de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
E-mail: michelesantos1990@gmail.com

changes that may occur regarding the obligation of health investments made by the cities. Therefore, it is interesting to continue following the policies adopted and their real impacts on society.

**Keywords:** Health. Financing. Management.



## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 trouxe uma nova realidade à Saúde brasileira, onde presa pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, integrando um sistema mais amplo de proteção social denominado de Seguridade Social (SS), passando a ser composto pela saúde, assistência social e previdência social (LOPES, 2018), sendo toda a população responsável pelo seu financiamento, seja de forma direta ou indireta, “mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais” (\*Lei nº 8.212/91, art. 10; CF/1988, art. 195).

A saúde é uma área que sempre despertou a atenção de muitas pessoas, governos e empresas, pois esta faz parte de um mercado amplo que envolve hospitais, planos de saúde, indústria farmacêutica, equipamentos, profissionais, usuários, ou seja, contribui com a economia pela produção de bens e serviços (PAIM, 2014).

Sendo esse, o motivo pelo qual, em toda a história da política pública de saúde brasileira, o seu financiamento foi discutido como algo problemático, gerando uma crise por meio de montantes insuficientes e indefinidos, depois do que foi estabelecido pela CF de 1988, como aponta Mendes e Funcia (2016).

Refletindo sobre essa realidade, Santos e Gomes (2017) mencionam que toda vez que o governo, por diversos motivos, percebe que não terá condições de gerar saldo para pagamento de juros da dívida pública, começa a buscar meios em defesa do capital financeiro, por meio das políticas de ajuste fiscal. Tais políticas remetem à redução de gastos e/ou o aumento na arrecadação para equilibrar as contas do governo. Atualmente, as propostas são para diminuir gastos e, por isso, áreas importantes para a sociedade estão sendo comprometidas, a exemplo da saúde. Para se ter uma ideia, em 2018, o pagamento dos juros da dívida correspondeu a 5,5% do PIB, o equivalente a R\$ 380 bilhões, enquanto que para o Ministério da Saúde o valor foi de apenas 1,7% do PIB (ANFIP, 2019).

É fato que o Brasil vem enfrentando há um bom tempo, problemas com relação às políticas públicas, sendo notório que setores essenciais para o desenvolvimento do país não são prioridade (saúde, educação, infraestrutura e meio ambiente). E, diante desse cenário, a população pouco discute o real impacto de tais medidas e as universidades, que deveriam realizar estudos críticos sobre a realidade da política brasileira, no intuito de colaborar com a sociedade, acabam não cumprindo com seu papel (SANTOS; GOMES, 2017).

Diante disso, nos questionamos: como de fato se comporta o financiamento e a gestão da saúde para municípios estreitamente dependentes de repasses federais? Na tentativa de entender essas realidades, analisaremos os dados de São Sebastião de Lagoa de Roça, localizada no estado da Paraíba, um município pequeno (11.661 habitantes) e muito dependente dos repasses do governo federal. Por isso, o objetivo deste trabalho é analisar o financiamento e a gestão da saúde, em São Sebastião de Lagoa de Roça, à luz da Administração Política, entre os anos 2010 a 2018.

Portanto, a relevância dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de fazer uma análise crítica da aplicação de recursos financeiros feitas pelo governo federal ao município em questão, que é extremamente dependente de tais repasses, refletindo também sobre as políticas públicas adotadas e suas reais consequências para o desenvolvimento desse município e, por consequência, do Brasil como um todo.

Para tanto, este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: na primeira seção um referencial teórico, apresentando contribuições de autores que abordam a saúde e sua gestão; em seguida, como ocorreu a pesquisa por meio dos procedimentos metodológicos; depois, a apresentação e discursão dos dados referentes a realidade da saúde pública municipal de São Sebastião de Lagoa de Roça e, por fim, as considerações percebidas ao fim da pesquisa.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Esta seção, tem como objetivo discorrer sobre os assuntos que sustentam esse trabalho, sendo subdivida em três novas subseções: na primeira o intuito é fazer compreender que a Administração Política se preocupa com a gestão e, no nosso contexto, vai se preocupar com a gestão do SUS (Sistema Único de Saúde), na segunda será apresentado como ocorre a gestão da saúde e a última discorrerá sobre o financiamento do SUS.

### **2.1 Planejamento e Administração Política**

O SUS surge com o advento da Constituição Federal de 1988 e tem as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 para subsidiar o entendimento de como seria sua funcionalidade de forma mais específica e clara. O que implicou em mudanças muito significativas para a sociedade, pois até então só tinha acesso aos serviços de saúde quem trabalhasse formalmente (pois contribuía com a previdência social), os que podiam pagar honorários médicos ou por meio da caridade de algumas instituições. Realidade que muda com a Constituição, onde todos os cidadãos passam a ter direito aos serviços de saúde de forma igualitária, sem nenhum tipo de discriminação (PAIM, 2014).

Paim (2014) atesta que outra percepção muito significativa foi o reconhecimento que saúde vai além da ausência de doença, implicando no bem estar físico, social e mental dos indivíduos. Mas, como o sistema de saúde brasileiro é composto por organizações públicas e privadas, os interesses divergem e sua análise se torna mais complexa e desafiadora, sendo seus avanços comprometidos.

Diante desse cenário, é que a Administração Política é de suma importância por se preocupar com a gestão, sendo o Estado o principal responsável pelo modelo de gestão mais adequado para atender as demandas sociais, assegurando o bem-estar da população (SANTOS, 2009). Logo, sua principal preocupação é o “como fazer” diante das novas demandas nas relações entre governo, economia e sociedade (SANTOS; RIBEIRO, 2009). Nesse sentido, Santos (2009, p. 44) afirma: “[...] a administração política tende a responder pelo “como fazer”, ou seja, pela concepção da gestão para se chegar à finalidade”.

Com base nessas relações, a gestão (Administração Política) precisa estar atenta as necessidades individuais não contempladas pelo mercado, pois elas se tornaram coletivas, gerando a necessidade de um projeto de nação, para garantir o bem-estar da população. Isso é preciso porque o modo de produção capitalista não é capaz de atender essa demanda, uma vez que sua finalidade é particularizada e não social, sentencia Santos (2009).

Portanto, o autor continua dizendo que cabe ao Estado buscar formas de gestão adequada no processo de execução do projeto de nação, com o objetivo de promover o social. Respeitando as particularidades de cada região, considerando que há regiões mais desenvolvidas e outras nem tanto. Um projeto de nação, que não se atente a essas peculiaridades, comprometerá seu pleno desenvolvimento.

Por isso, que as políticas de saúde adotadas devem ter essa sensibilidade, principalmente na realidade brasileira, onde o País apresenta realidades muito distintas. Há regiões mais dependes e outras nem tanto dos repasses federais, o que precisa ser levado em consideração para uma gestão eficiente. Se tratando da Gestão do SUS, é preciso estar atento as medidas adotadas porque a saúde é um dos setores essenciais para o desenvolvimento do País.

Mas, muitos governantes não possuem as habilidades básicas para conduzir um projeto desse nível, de modo a afetar o desenvolvimento do País, pois possuem uma visão de curto prazo e interesses particulares, comprometendo dessa forma a construção de políticas públicas eficazes às reais necessidades da população (SANTOS; GOMES, 2017). É por isso que Santos (2009) menciona que para implementação de um projeto de país a descontinuidade administrativa é um obstáculo, onde os projetos são deixados de lado a cada quatro anos, com as mudanças dos governantes, sem ser levada em consideração suas contribuições à sociedade.

É diante desse cenário de objetivos e interesses tão distintos que se encontra o SUS, o tornando ainda mais desafiador e complexo por impossibilita-lo de cumprir com seus princípios e valores (PAIM, 2014).

## **2.2 Gestão da Saúde**

Com o advento da atividade industrial, as relações de trabalho mudaram, fazendo surgir a necessidade de um sistema obrigatório e com intervenção estatal, de modo que toda a sociedade contribuísse com o custeio das políticas sociais, cabendo ao Estado gerir e promover o bem-estar social (LOPES, 2018).

É nessa perspectiva que o SUS surge e oferece ao cidadão brasileiro uma segurança nunca antes experimentada por meio da sua organização teórica, em que as três esferas de governo (Municípios, Estados e União) participam do atendimento aos serviços de saúde. Sendo os Municípios responsáveis pela provisão de ações e serviços de saúde, principalmente pela atenção básica; os Estados têm papel primordial na organização de redes regionais evolutivas, apoiando os municípios por meio de cooperação técnica e financeira, bem como na prestação de serviços de média e alta complexidade e, por fim, cabe à União todas as atividades de planejamento, implementação, regulação, fiscalização e controle das atividades de saúde no Brasil (PIOLA; BARROS, 2016).

É importante mencionar que a participação do cidadão nesse processo é garantida por meio de duas “instâncias colegiadas” para cada esfera de governo: Conferência de saúde e Conselho de Saúde. Sendo compostos por representantes do governo, por profissionais de saúde, por prestadores de serviços e dos usuários do serviço de saúde (CONASS, 2011).

A CF 1988 deixa bem claro que a Saúde é direito de todos e dever do Estado por meio de políticas públicas, mas essa regra, bem como a criação do SUS não impediu que a iniciativa privada oferecesse os mesmos serviços e nem que fosse desativado os serviços para servidores públicos que são pagos, na maioria, pelo governo, menciona Piola e Barros (2016).

É por isso que os referidos autores atestam que o sistema de saúde brasileiro é formado por dois subsistemas: público e o privado. O público (o SUS) atende a toda população, bem como planos mais restritivos para servidores públicos. Por outro lado, há o privado, por meio de planos e seguros de saúde financiados pelos empresários e empregados ou por pessoas que possuem condições monetárias para pagar, como também aceitam aqueles que desejam pagar apenas quando necessitar usar o serviço.

No entanto, vale salientar que mesmo possuindo condições de acesso à rede privada, esses cidadãos têm acesso ao SUS sem nenhum problema, até mesmo porque, há serviços mais complexos que só a rede pública oferece: serviços de Oncologia, por exemplo. Dessa forma, nota-se uma característica muito forte no sistema de saúde do Brasil: uma duplicidade de cobertura que beneficia, principalmente, a população que possui mais poder aquisitivo (PIOLA; BARROS, 2016).

Ademais, a preocupação dos autores mencionados anteriormente, diz respeito ao compartilhamento de recursos físicos e humanos entre o SUS e o sistema privado, porque em lugares onde esses recursos são escassos, há uma tendência de priorizar o atendimento para aqueles que tem condições de pagar, de modo que a maior parcela da população fica desassistida, gerando um caos na saúde pública. Existindo “um forte setor privado, em paralelo e concorrente ao setor público” (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

### **2.3 Financiamento do SUS**

A trajetória do financiamento do SUS foi marcada pela insegurança e indefinição, ocorrendo disputas de recursos da SS e, principalmente, conflitos com as autoridades econômicas do governo federal, até a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e lei complementar nº 141 de 2012, que definia a forma de inserção da União, Estados e Municípios. Os municípios deviam dispor de 15%, no mínimo, de seus recursos, os Estados 12% e a União desprenderia de acordo com o valor PIB nominal na tentativa de amenizar suas diferenças e assegurar que os gastos seriam de fato com saúde, pois como a lei deixava lacunas, alguns governantes lançavam despesas que não eram condizentes (MENDES; FUNCIA, 2016). Por isso, a lei também deveria tratar da fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde em todas as esferas de governo (FUNCIA, 2018).

Com o novo formato constitucional, os governos municipais e estaduais deixam de ser hierarquicamente inferiores ao governo federal, passando a ter certa autonomia pelas atribuições ocorridas por meio da descentralização das

políticas sociais. O que se torna um problema devido à alta arrecadação tributária feita pela União. Até 2016, a arrecadação bruta da União permaneceu em torno de 67% e 69%, a municipal dobrou mas chegou apenas a 6% e houve um decréscimo na esfera estadual de 30% para um pouco mais de 25%. A centralização dos recursos federais varia de 57% e 60% durante esses trinta anos de SUS, apontando o quanto os municípios são dependentes das transferências federais e estaduais para financiar o desenvolvimento das políticas públicas (FUNCIA, 2018).

### 2.3.1 DRU e seus impactos sobre a Seguridade Social

A Seguridade Social surge por meio da CF de 1988 e tem por objetivo assegurar o direito dos cidadãos brasileiros relativos à saúde, previdência e assistência social, sendo está financiada por toda a sociedade de forma direta ou indireta, “mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais”, conforme a lei 8.212/91.

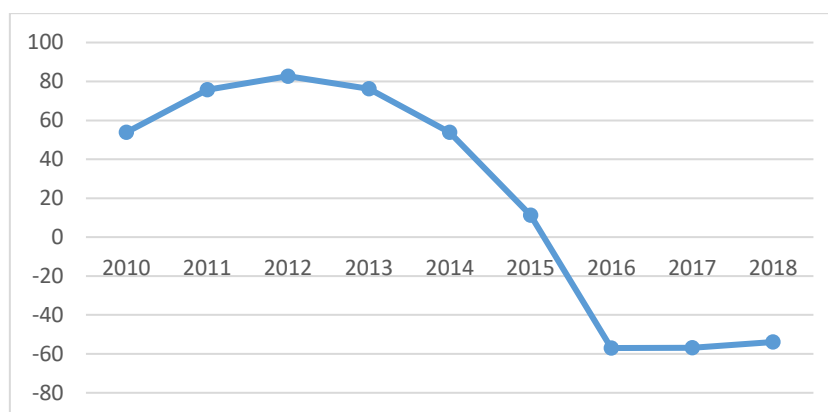
Mas, a classe política dominante nunca aceitou bem o fato de existir um sistema de proteção social tão amplo, com autonomia financeira e, por isso, criaram um mecanismo legal para utilizar-se desse orçamento para fins alheios a SS (LOPES, 2018).

É nesse momento que surge a DRU – Desvinculação de Receitas da União, que desvinculava 20% dos recursos da SS. Porém, com a Proposta da Emenda Constitucional (PEC) 87 de 2015 a DRU passou a retirar 30% de todo o orçamento da SS, estando essa em vigor até 2023 (SENADO FEDERAL, 2019).

O preocupante é que os recursos da DRU são utilizados com despesas que o governo julga prioritárias e na formação de superávit primário, bem como para pagamento de juros da dívida pública, em outras palavras, esse recurso é usado com a finalidade que o governo bem quiser (SENADO FEDERAL, 2019; LOPES, 2018; MENDES; FUNCIA, 2016).

A DRU compromete de forma decisiva os gastos com Saúde, Assistência Social e Previdência. Há assim a valorização do capital rentista, que não gera desenvolvimento para o País. Tal desvinculação é também decisiva para provocar o déficit da Seguridade Social. No gráfico 1 é possível observar o resultado do orçamento da SS.

**Gráfico 1:** Resultado da Seguridade Social em bilhões R\$ (2010-2018)



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

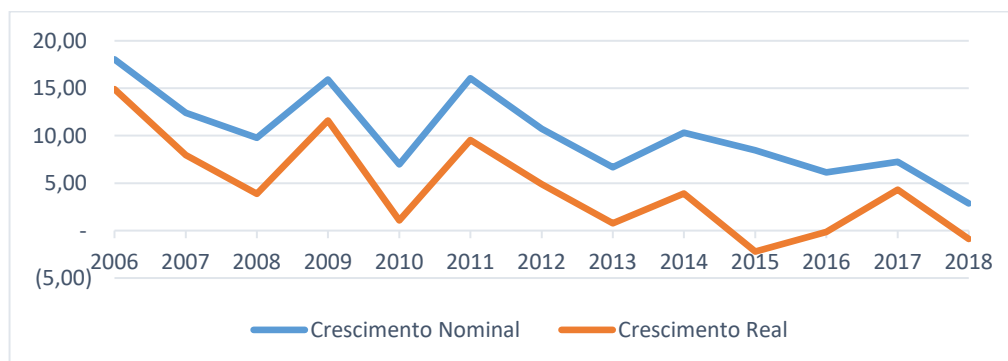
Pelo gráfico é possível observar que mesmo com a retirada do valor da DRU havia um superávit nas contas da SS até 2015 (R\$ 11,17 bilhões). Com o passar do tempo, diante de um cenário de crise, sem crescimento econômico, com queda da arrecadação pública e a contínua retirada, o resultado chega a ser deficitário a partir de 2016 (R\$ 56,99 bilhões). O que era de se esperar, uma vez que a economia está em crise e a desvinculação passa a ser maior (de 20% para 30% a partir de 2016). Essa realidade era tudo que o governo desejava: construir o déficit, a fim de questionar gastos sociais e impedi-los, o que ocorreu e se intensificou na tentativa de justificar a reforma da previdência e o congelamento dos gastos com saúde, por exemplo (ANFIP, 2019).

### 2.3.2 Gastos com Saúde

Um outro agravante para o SUS, apontado por Mendes e Carnut (2018), surge com a EC 95/2016, que tem por finalidade congelar os gastos reais com saúde por vinte anos, a partir de 2018, tendo como base as despesas do ano 2017 corrigidos pela variação do Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), no intuito de alocar recursos para pagamento de juros e amortização da dívida pública ficando claramente explícito os benefícios ao capital rentista, uma vez que, não houve demarcações para tais despesas financeiras.

Os gastos com saúde no Brasil tiveram um crescimento médio por ano de 5,63% por ano. O gráfico 2 apresenta como esses gastos ocorreram nos anos escolhidos.

**Gráfico 2:** Gastos com saúde no País – crescimento nominal e real - em % - (2006-2018)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANFIP, 2019.

Pelo gráfico 2 é possível concluir que, entre os anos 2006 e 2015 houve aumentos reais com os gastos com saúde. Tal comportamento é uma consequência imediata do fato da economia brasileira ter crescido de forma significativa no período e do cumprimento da EC-29, pois a partir do ano 2005 quem não cumprisse com a emenda tinha suas contas reprovadas. Com o advento da crise no País os gastos com saúde decresceram obtendo um resultado negativo de (2,21%), volta a crescer em 2017 (4,31%) mas em 2018 já apresenta um resultado negativo (0,88%). Vale ressaltar que, o resultado de

2018 já é uma consequência da EC 95, que no primeiro ano em vigor já demonstra ser insuficiente.

Vale salientar ainda, que a população continuará crescendo, envelhecendo, ocorrerá o surgimento de novas tecnologias, insumos, materiais, medicamentos, além das necessidades que já não são atendidas pelo SUS (pelo orçamento insuficiente), ou seja, perdas que irão se somando, devido a correção da inflação não corresponder, economicamente, a realidade do mercado da saúde (FUNCIA; SANTOS, 2019).

Diante dessa realidade, afirma-se que ficam comprometidos a igualdade de oportunidade de acesso e o nível de cobertura aos serviços de saúde, pois a participação do Estado em seu financiamento é limitada (MARQUES, 2016). Sendo quase inexistente a possibilidade de aumento de recursos para o SUS. Em contra ponto, não há dúvidas que a demanda por seus serviços será crescente (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

Um outro item que contribui para o problema crônico de subfinanciamento e desfinanciamento da SS são as políticas de ajustes fiscais. O governo tomou várias medidas, como as renúncias, desonerações tributárias e incentivos fiscais, o que é válido num momento de crise para que o Estado possa impulsionar a economia. No entanto, isso se tornou um problema devido os volumes expressivos quando foram aprovados pelo Congresso Nacional, diminuído a capacidade do Estado financiar suas despesas e de investir em outros mecanismos que fossem úteis para combater os efeitos negativos da crise econômica (ANFIP, 2017).

Mendes e Carnut (2019) apresentam preocupação nesse aspecto, porque as renúncias na área da saúde vem crescendo consideravelmente, prejudicando o SUS pelo fato dele necessitar de mais recursos públicos. Renúncias essas que são oriundas da “sistemática do cálculo do imposto de renda da pessoa física e jurídica e das desonerações fiscais existentes para a indústria farmacêutica (...) e para os hospitais filantrópicos” (MENDES; CARNUT, 2019, p 21).

O governo alega não ter capacidade de investimento, que está em crise, necessitando urgentemente de mudanças, o que é uma realidade, no entanto, fica claro que estas não deveriam ocorrer da forma como o governo sugere. A tabela 1 apresenta os dados do que foi investido em saúde, as retiradas da DRU e as renúncias fiscais.

**Tabela 1:** Orçamento dos gastos com saúde, o retirado para a DRU e para as renúncias fiscais (valores em milhões)

<b>Orçamento</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Gasto com saúde	-	100.837	107.117	116.366	119.695
DRU	-	61.700	99.260	113.349	119.974
Renúncias em relação a contribuições sociais - RCS	140.256	148.887	135.335	143.425	150.785
Renúncias em outras receitas	116.967	121.106	129.352	135.318	142.056
<b>Total das renúncias</b>	<b>257.223</b>	<b>269.994</b>	<b>264.687</b>	<b>278.743</b>	<b>292.841</b>

Fonte: elaboração própria com base nos dados da ANFIP, 2019.

Diante dos dados apresentados, nota-se que a retirada da DRU em 2018 (quase 120 bilhões de reais) daria para dobrar o orçamento do SUS (que também é de quase 120 bilhões de reais) e as renúncias em relação apenas as contribuições sociais (de quase 151 bilhões) daria para mais que dobrar os gastos com saúde. Como alegam que há um déficit na SS e que por isso os gastos com saúde devem ser comprometidos, levando em consideração os dados acima, pode-se afirmar que isso não faz sentido uma vez que o orçamento da DRU, junto com as renúncias fiscais totais (já que existe um déficit, todo recurso disponível deve ser usado a fim de eliminá-lo) daria para mais que triplicar os gastos com saúde, onde todos os serviços de saúde seriam ofertados como de primeiro mundo a qualquer cidadão, inexistindo até mesmo a necessidade de serviços de saúde privados. É impactante observar que a SS perde diretamente, pela retirada da DRU e das Renúncias em relação a contribuições sociais, quase R\$ 271 bilhões apenas em 2018. Logo, é contraditória a conjunção de subfinanciamento com a abundância de recurso.

O governo poderia tomar medidas mais justas em que o desenvolvimento social, a redução de desigualdades sociais e regionais fossem prioridade, no entanto, o que ocorre é a “desconstrução de todo e qualquer avanço” e, para isso, afirmam que “os direitos sociais, programas e serviços públicos são incompatíveis com o orçamento” (ANFIP, 2019).

Dessa forma, pode-se afirmar que o problema está na administração dos recursos adquiridos ao País. É incoerente falar que não há recurso para investimento, pois o que ocorre é a alocação de recurso de forma incorreta. O fato é que diante de um modelo capitalista, o que prevalece é uma administração política baseada na preservação de interesses alheios aos da sociedade (SANTOS, 2009).

Uma outra preocupação que implicará diretamente na saúde e na educação é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Ministro da Economia, Paulo Guedes, que foi apresentada ao Congresso Nacional, para mudar regras fiscais e orçamentária, conforme uma reportagem da revista Veja (2019). O ministro chama de “DDD”: desvincular (tirar os carimbos sobre determinados recursos, que só podem ir para determinada área), desindexar



(tornar facultativo o reajuste de determinado gasto) e desobrigar (o Congresso decide se aquela despesa será feita ou não).

Entre essas medidas estão as mudanças no pacto federativo, que visa mudar a forma como a União, estados e municípios arrecadam dinheiro e as responsabilidades de cada um deles. A PEC permitirá que os gestores públicos tenham mais flexibilidade para escolher o quanto gastar com saúde e educação, por exemplo.

Os avanços nas áreas citadas foram significativos porque a EC 29 garantia um percentual mínimo a ser gasto, mesmo que o gestor não as enxergasse como prioridade, porque caso a porcentagem não seja atingida o mesmo é penalizado. Mas com a proposta do ministro em andamento pode ocorrer um retrocesso na saúde brasileira.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Diante desse cenário e buscando refletir criticamente sobre as políticas públicas de saúde, o presente trabalho procurou entender a realidade da saúde pública no município de São Sebastião de Lagoa de Roça, comumente chamada por Lagoa de Roça (sendo chamado de lagoense o cidadão que nela reside), localizada no agreste paraibano, em relação aos repasses feitos pelo governo. Cidade esta que segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tem uma população de 11.661 habitantes (pesquisa realizada em julho do ano corrente) e faz limites com os municípios de Esperança (oeste), Lagoa Seca (sul), Alagoa Nova (norte) e Matinhas (leste), tendo sua economia baseada na agricultura.

Quanto aos objetivos, a pesquisa se caracteriza como descritiva, que tem por finalidade descrever as características de um determinado grupo, e exploratória por proporcionar maior interação com o problema, o tornando mais conhecido, permitindo conclusões e até sugestões de novas possibilidades (GIL, 2002). Para tanto, a abordagem adotada foi a quali-quantitativa, que permite uma análise mais detalhada dos fatores e reflexões mais profundas sobre o tema, ao mesmo tempo que se preocupa com a quantificação e tratamento dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Para tanto, o método de investigação o estudo de caso, onde ele permite um levantamento mais profundo, retratando a realidade do município em questão (MARCONI; LAKATOS, 2011). Fizemos um levantamento de dados por meio do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), um sistema de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, possibilitando o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os períodos analisados foram de 2010 a 2018, permitindo uma pesquisa por meio de documentos legais, sem nenhuma análise até então, conhecida como pesquisa documental (MEDEIROS, 2008).

No intuito de cumprir com a proposta apresentada, realizamos entrevistas não-diretivas com o prefeito do município e com o secretário de saúde, tendo como norte os gráficos apresentados na próxima seção, objetivando conhecer a percepção de cada representante legal, para com a realidade da saúde local, diante de um cenário de tantos impasses envolvendo tal secretaria. Cada entrevista teve em média trinta e três minutos e foi feita a transcrição dos áudios, gerando um arquivo no Word para cada fala, de cinco páginas, sendo por isso

que as citações do prefeito e do secretário são referenciadas com paginação. A entrevista não-diretiva permite colher informações por meio de um discurso livre, onde o entrevistador vai apenas estimular o depoente a falar sobre o assunto em questão, intervindo apenas, mas de forma muito sutil, se a temática deixar de ser abordada (SEVERINO, 2007).

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Em Lagoa de Roça, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2017), vigência 2018-2021, a Atenção Básica é realizada por meio de cinco equipes da Saúde da Família e Saúde Bucal, onde esta conta com o apoio do CEO (Centro Especialidades Odontológicas, para casos de média complexidade) e do Laboratório de próteses dentárias; uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); as Vigilâncias em Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental.

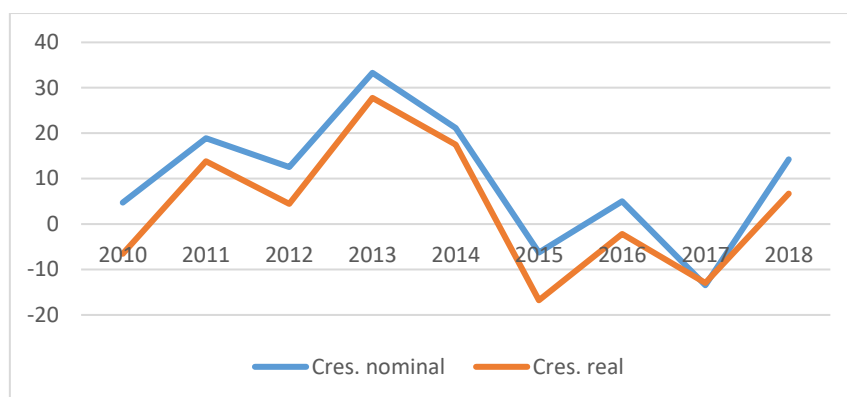
São desenvolvidos programas para o Controle de Hipertensão e Diabetes, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde na escola, Controle da Tuberculose e Hanseníase e Saúde Mental. Há também ações voltadas para o controle da dengue, manejo de tabagismo, assistência farmacêutica, fisioterapia, incentivo ao aleitamento materno, planejamento familiar, entre outros.

O município dispõe de uma policlínica que realiza serviços de especialidades médicas, como: ginecologista, fisioterapia, psicologia, cardiologista, pediatria, nutrição e neurologista; dispõe de um Laboratório de análises clínicas realizando exames de rotina, também são atendidas as demandas de eletrocardiograma e procedimentos de pequenas cirurgias. O mesmo também conta com os serviços do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para atender as Urgências e Emergências do município e região circunvizinha.

Todos os dados dos serviços prestados pela Atenção Básica são informados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB gerando relatórios mensais sobre os trabalhos prestados para a gestão acompanhar mais de perto a realidade, bem como repassa-las às demais esferas de governo.

Conhecendo todos os serviços oferecidos, é preciso entender como se comporta o orçamento e despesas com saúde no município, analisando os avanços e desafios enfrentados pelos gestores. Diante disso, segue alguns dados do SIOPS, que são relevantes para esse entendimento, bem como a percepção dos gestores para a realidade da saúde do cidadão lagoense. Para tanto, vamos observar por meio do gráfico 3 como se deu o crescimento da saúde no município.

**Gráfico 3:** % do crescimento nominal e real dos gastos com saúde em São S. de Lagoa de Roça (2010 – 2018)



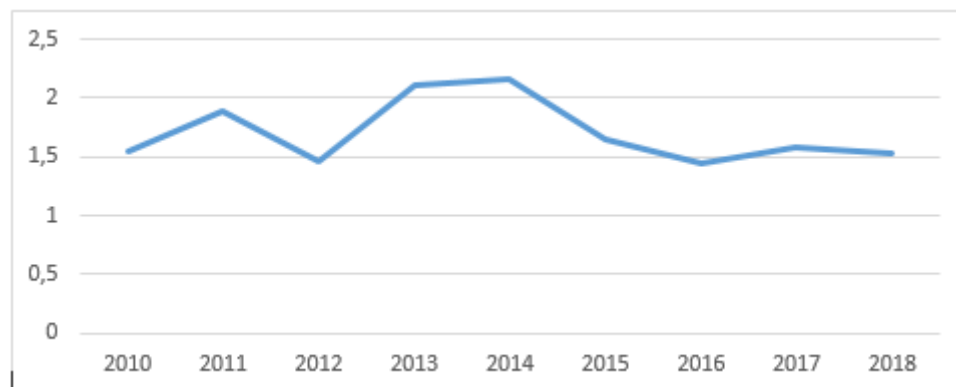
Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

Pelo gráfico 3 é possível compreender que no período compreendido entre 2011 e 2014 ocorreram aumentos reais nos gastos com saúde, mas o cenário já começa a mudar em 2014 (diante da crise vivida por toda sociedade) ocorrendo um crescimento negativo que se estende até 2017. O município acompanha a dinâmica da economia nacional que estando em crise, diminui os investimentos. Mas a partir de 2018, o crescimento volta a ser positivo, divergindo da realidade nacional, que como observado no gráfico 2, apresenta-se negativo. Quando o secretário é indagado sobre esses dados o mesmo atribui o resultado positivo aos apoios concedidos, por meio das emendas parlamentares: “[...] a partir de 2018 já começa a aumentar justamente em decorrência dos incrementos [...]” (SECRETARIO, p. 3) e o prefeito complementa: “[...] a exemplo esse ano recebemos R\$ 1 milhão em emendas para custeio [...]” (PREFEITO, p. 2).

As emendas parlamentares são acordos feitos entre governantes e parlamentares, logo é algo incerto. Por isso, as mesmas deveriam ser apenas um recurso a mais a ser utilizado pelo gestor municipal, mas não é isso que ocorre. Em sua fala o secretário afirma que “[...] a demanda só aumenta e o recurso só diminui [...]” o único socorro que tem tido para município como o nosso [...] são os incrementos viabilizados por meio das emendas parlamentares [...]” (SECRETÁRIO, p. 1). Ou seja, os repasses feitos pelas esferas de governo não estão sendo suficientes para suprir as demandas da população. A este respeito é que Marques (2016) relata que os serviços de saúde ficam comprometidos porque o seu financiamento é limitado. O mais agravante é que não há perspectivas de aumento nos recursos destinados ao SUS, no entanto, não há dúvidas que a procura pelos serviços continuará aumentando (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

É fato que as reduções de recursos federais prejudicam os entes federados, uma vez que cerca de 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde a eles são destinados, os quais em sua realidade local enfrentam dificuldades para recursos adicionais para financiar o SUS além do que se é exigido pela lei (FUNCIA; SANTOS, 2019). O gráfico 4 apresentará como se comporta essa dependência para o município de São Sebastião de Lagoa de Roça, que é nosso objeto de estudo.

**Gráfico 4:** % Receita Líquida total por ano em São S. de Lagoa de Roça  
(2010 – 2018)



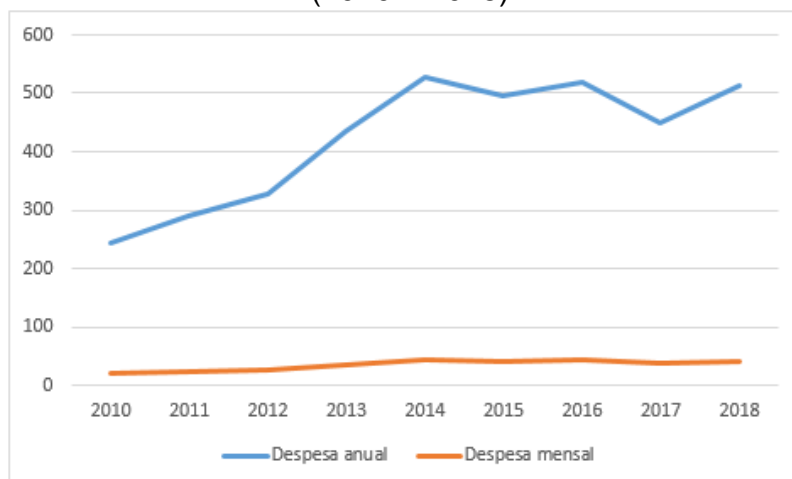
Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

O gráfico 4 demonstra que de fato o município estudado é muito dependente das transferências federais e estaduais, para financiar o desenvolvimento das políticas públicas, como bem mencionava Funcia (2018), pois sua capacidade de arrecadação é limitada. A arrecadação cresce e decresce ao longo dos anos, mas não chega nem a 3% da receita total do município, o ano de 2014 foi o que conseguiu atingir o maior percentual (2,16%). O que acontece em Lagoa de Roça é comum em municípios pequenos, os impostos municipais (IPTU e ISS) não são capazes de fazer a cidade arcar com suas demandas, nem mesmo se estes fossem alocados apenas para a saúde.

Há um consenso entre o secretário e prefeito em relação a autonomia do município. O secretário relata que a “[...] arrecadação do município é praticamente insignificante, nós dependemos totalmente do cofinanciamento federal [...]” (SECRETÁRIO, p. 3). O IPTU não daria para pagar as despesas nem com a coleta de lixo que é em torno de quinze mil reais por mês, o que se confirma com a fala do prefeito: “[...] o IPTU aqui arrecadado em 2018, foi quatorze mil reais, o ano todo. Para ter noção, não dá para pagar nem a coleta de lixo de um mês só [...]” (PREFEITO, p. 2). Em relação ao ISS, o secretário, diz que pouco se arrecada: “[...] a prestação de serviço aqui é muito pequena, a maior parte da população trabalha em Campina Grande [...]” (SECRETÁRIO, p. 2). O mesmo deixa claro que o município praticamente “[...] sobrevive do ICMS e da transferência Fundo a Fundo do Ministério da Saúde” (SECRETÁRIO, p. 2).

Outro dado que merece ser abordado é o gasto per capita com saúde, que será tratado no gráfico 5, mencionando a realidade de Lagoa de Roça. Pois em 2018 a despesa por brasileiro em relação a saúde chegou a R\$ 570, nos fazendo refletir como o investimento é pouco para um modelo de saúde pública integral, totalizando um gasto mensal de R\$ 47,50, o que tende a se agravar a cada ano devido a EC 95 (ANFIP, 2019).

**Gráfico 5:** Gasto per capita com saúde em São S. de Lagoa de Roça (2010 – 2018)



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

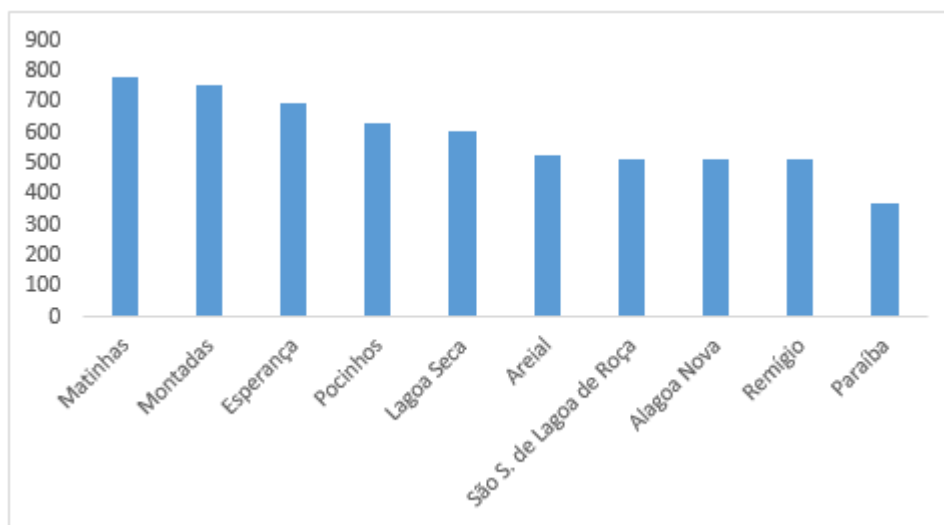
Analisando os dados notamos, pelo gráfico 5, que o município não diverge muito da realidade nacional, o mesmo chega em 2018 com uma despesa anual de R\$ 513,43, o que representa mensalmente o valor de R\$ 42,79 por lagoense. Vale salientar que o ano que mais se investiu em saúde foi em 2016 (R\$ 593,37, correspondendo a R\$ 43,28 mensal). Mesmo o gasto per capita aumentando consideravelmente (de R\$ 20,39 em 2010 para R\$ 42,79 em 2018) esse valor está longe de atender a demanda existente. O secretário reafirma isso e exemplifica para termos uma noção:

[...] O que estamos pagando hoje há um especialista, com os encargos sociais, com tudo, gira em torno de 11.300 reais para ele me dá 100 consultas por mês. Me dá mais de 110 reais por consulta, por exemplo, dr. Fabio cardiologista. Muito caro para uma renda per capita de 42 reais. E a medicação? Por que não é só a consulta. É a consulta; é o exame; é a medicação, é o transporte [...] (SECRETÁRIO, p. 5)

Logo podemos afirmar que a saúde do município deixaria muito a desejar, se os recursos fossem apenas esses, sendo inviável um sistema operar de forma satisfatória. E é diante dessa realidade que o prefeito menciona que buscará sempre “[...] aumentar os investimentos, principalmente em relação a prevenção que demanda menor gasto e tem uma resposta mais rápida e significativa à população” (PREFEITO, p. 4).

Seguindo essa linha de pensamento, surgiu a curiosidade de conhecer a realidade de alguns municípios vizinhos a Lagoa de Roça, e por isso temos o gráfico 6.

**Gráfico 6:** Gasto per capita com saúde em algumas cidades paraibanas em 2018.

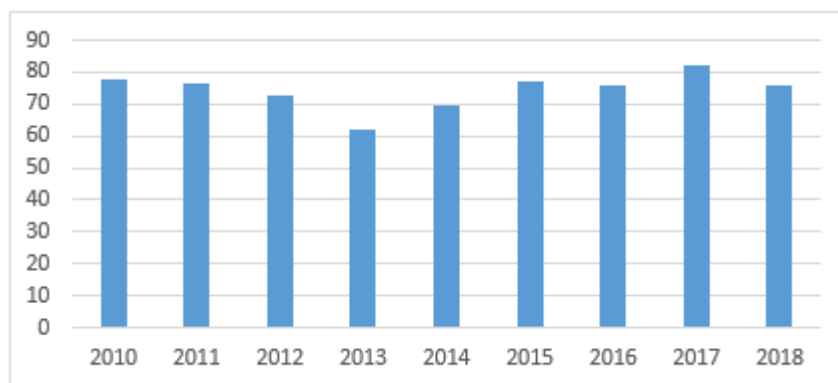


Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

Apesar da realidade entre a maioria dos municípios não ser tão distinta, notamos que há uma variação considerável com relação aos gastos per capita com saúde, de acordo com o gráfico 6. Onde Matinhas é a cidade com maior valor (R\$ 775,83) e Remígio é a que menos gasta (R\$ 508,76), demonstrando que seria interessante entender o que ocorre para haver essa diferença entre cidades tão próximas. Mesmo essas cidades apresentando valores aproximados e superiores à média nacional, é preocupante saber que a Paraíba como toda apresenta uma renda de R\$ 365,42 por paraibano, o que implica num investimento mensal de R\$ 30,45, apontando que há cidades no estado que apresenta valores menores que os das cidades aqui mencionadas. Por isso é correto afirmar que a saúde paraibana não atende adequadamente a sua população, sendo um desafio diário para os usuários e profissionais da área.

Uma área que demanda muito recurso, é essencial e enfrenta grandes dificuldades é o quadro de funcionários. Essa realidade é tratada no gráfico 7.

**Gráfico 7:** % de Despesa com pessoal por ano São S. de Lagoa de Roça (2010 – 2018).



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

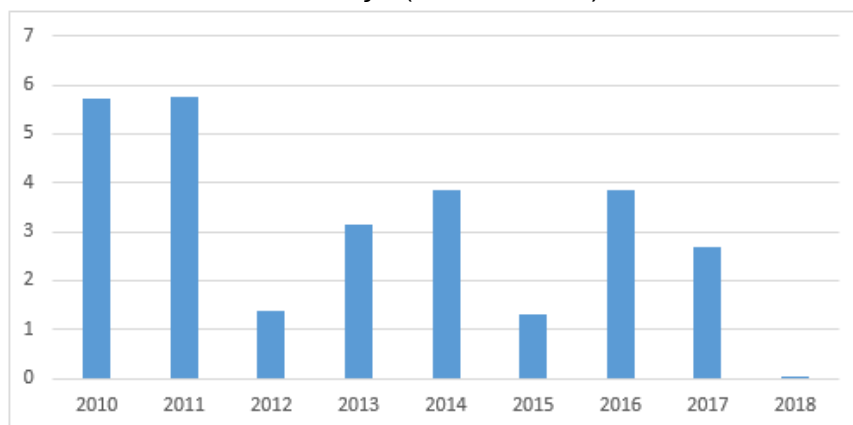
Em nível nacional existe um gasto significativo com profissionais da área da saúde e em Lagoa de Roça, não seria diferente. Notamos no gráfico 7 que há um gasto expressivo na cidade com o quadro de pessoal na saúde, que sempre ultrapassa os 60%, correspondendo em 2018 a 76,08%, o que é comum de ocorrer devido ser uma área em que os profissionais são bem remunerados. O secretário vai mais além e diz: “[...] o profissional é caro, além de ser raro [...]” (SECRETÁRIO, p. 2). Isso é algo tão impactante que fez o município perder recursos. O secretário continua sua fala:

[...] Um dos outros recursos que entra, que é uma substância muito forte na secretaria, é a parte de incentivos aos profissionais, que chama PAB (Piso da Atenção Básica) Variável. Mas no início do ano tivemos um problema muito grande com a carga horária dos médicos. Tá no PNAB que o médico tem que trabalhar pelo menos 40 horas semanais, então, 5 dias de 8 horas e eles não querem trabalhar, e é um profissional muito raro no mercado. E ai aqui se fazia um horário corrido de 6 horas, 30 horas semanais, mas ai acabou que fomos penalizados, houve uma auditoria e o município ficou dez meses sem receber o PAB Variável. O que para nós foi um prejuízo de um milhão e duzentos mil reais (SECRETÁRIO, p. 2).

O prefeito também relata a dificuldade de contratação desses profissionais, pela limitação do valor do salário oferecido, uma vez que cidades próximas oferecem salários mais atraentes. Mas, mesmo diante das dificuldades, “[...] as cinco equipes da Saúde da Família estão completas e atuando” (PREFEITO, p. 3). Vale ressaltar que o município tem profissionais de diversas áreas, especialistas em: pediatria, cardiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, neurologia e ginecologia atuando apenas na Policlínica, no intuito de “[...] diminuir a demanda dessas especialidades na cidade de referência que é Campina Grande, porque seus atendimentos são bem limitados (SECRETÁRIO, p. 2)

Os gastos com medicamentos, para que a população tenha acesso por meio da farmácia básica do município também foi abordado. Vejamos o gráfico 8.

**Gráfico 8:** % de Despesa com medicamentos por ano São S. de Lagoa de Roça (2010 – 2018).

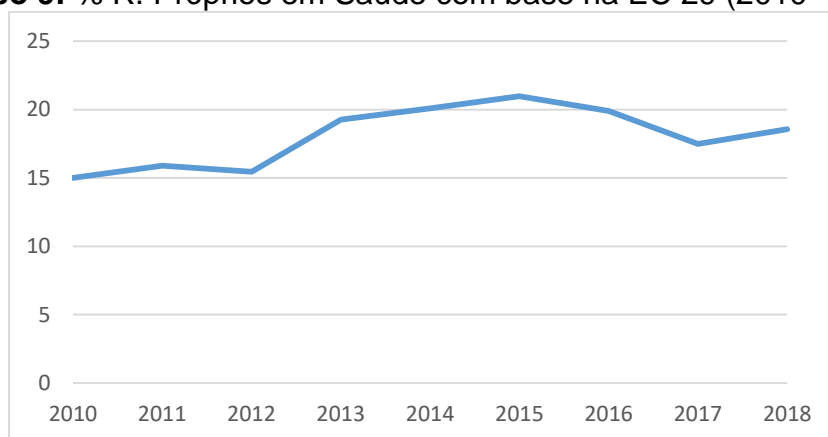


Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

A compra para medicamentos sempre foi sutil e chega no último ano há 0,3% apenas, nos permitindo concluir que o cidadão ao realizar uma consulta deveria ter condições financeiras para comprar os medicamentos, pois a farmácia básica em pouco podia ajudar. O que é preocupante, porque mesmo tendo profissionais competentes o cidadão continuará doente se não tiver condições de comprar seu medicamento. Quando indagado sobre esses dados o prefeito relatou que fica surpreso e não sabe bem o que aconteceu: “[...] até me surpreende esse ponto ai porque sempre procuramos manter, claro, os medicamentos da relação da tabela SUS [...]” (PREFEITO, p. 5). Os repasses do governo federal para a farmácia básica é um pouco mais de 5 mil reais, sendo preciso a contra partida do município porque esse valor “[...] não dá para a gente suprir as mínimas necessidades da farmácia básica [...]” (PREFEITO, p. 5).

Mas é fato que os gestores municipais de Lagoa de Roça sempre se preocuparam com os investimentos em saúde conforme pode ser observado no gráfico 8.

**Gráfico 9:** % R. Próprios em Saúde com base na EC 29 (2010 – 2018).



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, 2019.

O gráfico 9 mostra que no município sempre foi gasto mais que o determinado pela EC 29, com exceção de 2010, em que o gestor apenas comprimiu com o determinado pela emenda, mas a partir de 2013 volta a investir significativamente.

A respeito disso o gestor relata que sempre se preocupa em gastar mais que o piso, para garantir o percentual mínimo exigido e não ter problemas com o Tribunal de Contas, porque sempre ocorre do Tribunal não reconhecer certas despesas como gastos com saúde. “A gente sempre mantém 18% ou 19% por que se ele diminuir 1% ou 1,5% a gente ainda tá na média” (PREFEITO, p. 5).

Quando indagados sobre a proposta do Ministro Paulo Guedes, ambos relatam que são contra, pois a não obrigatoriedade dos percentuais mínimos a serem investidos em saúde, pode fazer com que muitos prefeitos não priorizem tal política, comprometendo o bem estar da população.



Em relação a isso, segue a fala do secretário:

Se o gestor tiver compromisso com a saúde e educação, ele não vai ter problema com os 15% e nem com os 25%. Ele sempre vai investir a mais. Mas para um gestor que não olha com bons olhos [...] ele tende a querer cortar 100 mil reais da saúde para fazer um calçamento; ele pode cortar 80 mil da educação e comprar dois carros zeros, por exemplo. Então, no meu ponto de vista, é muito mais seguro que se mantenha essa indexação de no mínimo, o percentual de 15% para saúde e 25% para educação (SECRETÁRIO, p. 4 ).

Mesmo sendo desafiador garantir os recursos para a saúde, o prefeito afirma: “[...] eu vejo como complicado para administrar essa questão de você manter, mas vejo necessário e como bons olhos [...]” (PREFEITO, p. 5). Ou seja, mesmo diante das dificuldades é preciso que se mantenha os percentuais para que a saúde não deixe de ser prioridade e se torne ainda mais precária.

O prefeito encerra sua fala relatando sua preocupação com as propostas feitas pelo governo, por que muita coisa existe em funcionamento, mas se o recurso diminuir drasticamente mantê-los não será possível. Ainda acrescentou: “[...] por isso que estamos lutando sempre, conscientizando os nossos parlamentares para que pressionem o governo para que não aconteça o pior, mais do que já tá acontecendo” (PREFEITO, p. 5).

Diante da realidade mencionada, constata-se como é complexa a Gestão da Saúde, manter seus serviços funcionando e atendendo as necessidades da população é um desafio diário à todos os envolvidos (gestores, profissionais e usuários).

O município em questão, praticamente sobrevive dos repasses federais e estaduais e, estes estão diminuindo consideravelmente. O que é muito preocupante, uma vez que a procura pelos serviços só cresce e não há perspectivas de aumento nos recursos (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIAS, 2016).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Sistema Único de Saúde vinha aos poucos conseguindo avançar em seu financiamento e nos instrumentos de gestão. Este cenário é transformado, principalmente, pela entrada em vigor da EC-95 e tende a se agravar caso a nova proposta de desvinculação de recursos for aprovada.

No entanto, os dados apresentados constataam que os gastos com a SS não é o empecilho para o desenvolvimento, pelo contrário, são necessários. O que de fato está causando o déficit nas contas públicas são os benefícios concedidos ao capital financeiro, por meio da DRU e das renuncias fiscais, que crescem a cada ano e em nada contribuem para o bem comum da população. Enquanto uma minoria da população é muito rica, e não depende (diretamente) de políticas públicas, a maioria não tem condições dignas de sobrevivência, como é definido em lei.

A Administração Política sempre foi um desafio, principalmente, para os gestores de cidades pequenas que não conseguem, por si só, gerar receitas para atender às demandas da população, sendo extremamente dependentes das transferências federais. No entanto, atualmente essa realidade se agrava

porque os repasses estão diminuindo enquanto a demanda da população só aumenta.

Para comprovar este fato, usamos como exemplo o município de São Sebastião de Lagoa de Roça, que é totalmente dependente de repasses federais, mas que na ausência desses recursos busca parcerias com senadores e deputados, através de emendas parlamentares, para que serviços básicos sejam mantidos para a população. Sendo algo muito incerto por depender apenas de interesses partidários, o que pode mudar a qualquer momento e comprometer tais serviços. Como vimos, no município estudado, a despesa por habitante é de apenas R\$ 42,79, valor que já é insuficiente, para manter todos os programas em andamento, tende a diminuir diante das políticas adotadas.

O governo parece tentar transmitir que os investimentos na SS são elevados e por isso podem diminuir. No entanto, vemos que não é bem assim. Tratando da saúde, os dados comprovam que o investimento é muito pouco, incapaz de garantir um sistema funcionando a contento. O que se agrava e, torna-se ainda mais preocupante, pelas propostas feitas de realizar mais cortes num orçamento que já é insuficiente. Seria interessante que nossos representantes olhassem para esses dados de forma mais crítica e se perguntassem como garantir a obrigatoriedade de certas normas e programas com um valor per capita tão baixo, num município que não possui outra fonte de arrecadação, como é o caso do município abordado nessa pesquisa.

Com base nos dados apresentados, observamos que os gastos com saúde não chegaram nem a R\$ 120 milhões no último ano, enquanto que as renúncias fiscais foram de quase R\$ 293 milhões, para o mesmo período. Mas, o mais contraditório é o governo falar que existe um déficit no orçamento da SS e ele deixar de arrecadar R\$ 150,78 milhões devido as renúncias sobre as contribuições sociais. É preocupante o crescimento das renúncias porque asfixia o orçamento da SS.

Diante dessa realidade podemos nos questionar até quando nossa população vai conseguir sobreviver diante dessas políticas de desmontes de direitos e nossos governantes se omitirem a questionar os reais impactos dessas propostas. Sendo interessante que outros estudos surjam no decorrer dos próximos anos para acompanharem de perto os impactos causados por tais medidas, tanto em municípios extremamente dependentes das transferências, como naqueles que possuem uma certa autonomia, uma vez todos serão impactados de alguma forma.

Por fim, a pesquisa não contou com a contribuição da presidente do Conselho Municipal de Saúde, que por motivos de saúde não pode nos receber, uma limitação que nos impediu de ter uma visão completa a respeito da visão de todos os representantes legais do município. Também não contamos com a contribuição dos cidadãos, o que seria relevante, por eles serem os impactos diretamente.

## REFERÊNCIAS

- ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social 2016**. Brasília: ANFIP, 2017.

- ANFIP- Associação Nacional dos Auditores-fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social em 2018**. Brasília: ANFIP, 2019.
- \_\_\_\_\_. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2011.
- FUNCIA, Francisco R.; SANTOS, Lenir. **Do Subfinanciamento ao Desfinanciamento da Saúde: descendo as escadas**. Revista Domingueira da Saúde, nº 04/2019. Campinas: IDISA – Instituto de Direito Sanitário, 2019. Disponível em:<<http://idisa.org.br>>. Acesso em: 12 out. 2019.
- FUNCIA, Francisco R. Sistema Único de Saúde – 30 anos do Subfinanciamento Crônico para o Processo de Desfinanciamento Decorrente da EC 95/2016. In: ANFIP- Associação Nacional dos Auditores-fiscais da Receita Federal do Brasil. **30 anos da Seguridade Social – Avanços e retrocessos**. Brasília: ANFIP, 2018. p.89 – 104.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- \_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 20 set. 2019.
- LOPES, Décio Bruno. 30 anos de Seguridade Social – Avanços, retrocessos e perspectivas futuras. In: ANFIP- Associação Nacional dos Auditores-fiscais da Receita Federal do Brasil. **30 anos da Seguridade Social – Avanços e retrocessos**. Brasília: ANFIP, 2018. p.155 – 173.
- \_\_\_\_\_. LEI 8.212/91. **Lei Orgânica da Seguridade Social**. Disponível em: < <https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 05 out. 2019.
- MARCONI, Marina Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria, PIOLA, Sérgio Francisco e ROA, Alejandra Carrilio. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, 2016. Cap.1, p.11-36.
- MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco e OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, Rosa Maria, PIOLA, Sérgio Francisco e ROA, Alejandra Carrilio. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, 2016. Cap. 8, p. 247 – 260.
- MEDEIROS, João Bosco. Redação Científica: A Prática de Fichamentos, Resumos, Resenhas. São Paulo: Atlas, 2008.

- MENDES, Áquilas e FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria, PIOLA, Sérgio Francisco e ROA, Alejandra Carrilio. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, 2016. Cap. 5, p. 139-168.
- MENDES, Áquilas e CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 27, n 4, p. 1105-1119, 2018.
- MENDES, Áquilas e CARNUT, Leonardo. O Estado e o Capital e a crise da forma-direito na saúde brasileira. In: Encontro Nacional de Economia Política, 24, 2019, Vitória - ES. **Anais...** Vitória – ES: Sociedade Brasileira de Economia Política. 2019.
- PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- PIOLA, Sergio Francisco e BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, Rosa Maria, PIOLA, Sérgio Francisco e ROA, Alejandra Carrilio. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, 2016. Cap. 4, p. 101 - 138.
- RIBEIRO, Elizabeth Matos. Revisando o conceito de Administração Política. In: SANTOS. Reginaldo Souza. **A Administração Política como Campo do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 1(Parte 2), p. 95 – 109.
- SANTOS. Reginaldo Souza. Em Busca da Apreensão de um conceito para a Administração Política. In: **A Administração Política como Campo do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 1, p. 23 - 61.
- SANTOS, Reginaldo Souza e GOMES, Fábio Guedes. **Outro Modo de Interpretar o Brasil – Ensaios de Administração Política**. São Paulo: HUCITEC, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. São Sebastião de Lagoa de Roça, 2017.
- \_\_\_\_\_. **DRU**. Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br>>. Acesso em: 20 set. 2019.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.
- SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Indicadores Municipais**. Disponível em:<<http://siops-asp.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 out 2019.

- VEJA. **Entenda as propostas entregues por Guedes e Bolsonaro ao Senado.** Nov. 2019. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

## AGRADECIMENTOS

Tudo na vida acontece e é permitido por aquele que nos deu a vida e faz de tudo para que sejamos felizes de verdade. Muita coisa aconteceu durante esses cinco anos de curso..., mas hoje só tenho a dizer: obrigada meu bom Deus, tudo foi necessário para meu crescimento.

Aos meus pais, Maria do Carmo e José Ademar, assim como aos meus irmãos Michel e Micaele, que nunca mediram esforços para garantirem minha permanência nos estudos.

Ao meu tio Severo (que parece mais meu irmão mais velho), que mesmo cansado e si arriscando, depois de um dia de trabalho, saía do sítio para me buscar na cidade às 23 horas.

A minha amiga Rosineres, por acreditar em mim e me incentivar a entrar na universidade pública.

A minha querida amiga Ana Maria, que esteve comigo em todos os momentos, sempre me incentivando a usufruir de todo o conhecimento que a universidade poderia nos proporcionar. Sem falar que foi minha orientadora voluntária nesse trabalho. Meu muito obrigada!!

Ao meu orientador, Geraldo Medeiros, o qual foi um parceiro de vida acadêmica (Pet, Pibic, projetos de extensão, artigos, disciplinas), se tornando um amigo para além do espaço acadêmico. Agradeço por todos os ensinamentos e, em especial, ao apoio para a construção desse trabalho.

As professoras Sibebe e Thayse, por aceitarem participar deste momento especial na minha vida, trazendo contribuições para este trabalho.

Nunca pensei encontrar uma turma tão unida como a que concluiu este curso. Aprendi muito com todos, mas em especial quero agradecer aqueles em que o convívio era mais contínuo: Aline, Alixandre, Eliandra, Matheus, Ramon, Renata e Tatyanna. Sempre vou lembrar: “Calma, vai dá certo!”

Aos gestores públicos, Severo Nascimento e Ítalo Alcântara, por disponibilizar tempo para colaborar com esta pesquisa.

Agradeço a todos que fazem a UEPB, sei que minha formação só foi possível graças a contribuição de todos os colaboradores.