



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE
E SECRETARIADO
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL-POLO CAMOCIM
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

EMERSON DE CASTRO SOUSA ROCHA

O AUMENTO DE RECURSOS VERSUS APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO NA
SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE É PROBLEMA DE GESTÃO OU DE RECURSOS?

CAMOCIM - CE
2016

EMERSON DE CASTRO SOUSA ROCHA

O AUMENTO DE RECURSOS VERSUS APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO NA
SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE É PROBLEMA DE GESTÃO OU DE RECURSOS?

Monografia apresentada ao Curso de
Administração Pública da Universidade Aberta
do Brasil do Polo Camocim, como requisito
parcial para obtenção do Título de Bacharel em
Administração Pública.

Orientadora: Profa. Mestre Talyta Eduardo
Oliveira – UFC Virtual

EMERSON DE CASTRO SOUSA ROCHA

O AUMENTO DE RECURSOS VERSUS APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO NA
SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE É PROBLEMA DE GESTÃO OU DE RECURSOS?

Monografia apresentada ao Curso de
Administração Pública da Universidade Aberta
do Brasil do Polo Camocim, como requisito
parcial para obtenção do Título de Bacharel em
Administração Pública.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____
Professora Ms. Talyta Eduardo Oliveira

Examinador: _____
Prof. Ms. Severino Francisco da Silva Júnior

A Deus,

Aos meus pais, em especial ao meu pai Francisco Delmiro da Rocha In memoriam, falecido recentemente neste último dia 03 de abril de 2016, e que não pode ver minha conquista.

Essa conquista é sua pai, que deu a minha educação, fonte do meu saber. O maior tesouro que alguém pode ter. Um tesouro em que a ferrugem e a traça não corroem e nem os ladrões roubam e você leva consigo para sempre.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por ter me sustentado nessa longa caminhada cheia de adversidades. Enfrentei diversos tipos de problemas e foi Ele que fez eu seguir em frente.

Agradecer a minha tutora Solange Rocha e ao meu ex-colega Edson Gomes que sempre me incentivaram a nunca desistir, a continuar.

Agradecer a todos os professores, coordenadores, colegas de curso, a minha família, minha mãe, Fátima de Castro Sousa Rocha, meus irmãos Harrison de Castro Sousa Rocha e Wendell de Castro Sousa Rocha, a todos meus tios, primos e cunhadas, em especial a minha cunhada, Priscilla Mota Nogueira Rocha e a todos que me ajudaram de uma forma ou de outra nessa grande jornada.

“Assumir uma atitude responsável perante o futuro sem uma compreensão do passado é ter um objetivo sem conhecimento. Compreender o passado sem um comprometimento com o futuro é conhecimento sem objetivo.”

(Ronald T. Laconte)

RESUMO

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no País o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A problemática aqui abordada será de grande auxílio para a explicação do tema. A saúde é problema de gestão ou de recursos? A escolha do tema: O aumento de recursos versus aperfeiçoamento da gestão na Saúde Pública se teve a partir da necessidade de entender melhor o problema da saúde pública no Brasil, através de pesquisas relacionadas ao tema pôde-se observar que o fator principal da falha aqui mencionada deve-se a má gestão muito mais do que a de recursos financeiros. Este trabalho tem por objetivo geral analisar qual o problema existente na saúde pública brasileira. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais. A metodologia aqui utilizada caracterizou-se por abordagem qualitativa e quantitativa, através de pesquisa descritiva bibliográfica, fazendo uma correlação entre a história e o atual Sistema Único de Saúde, por meio de artigos publicados, em maior parte na internet e entrevista com usuários, gestores e profissionais que atuam no SUS. Justifica-se este trabalho constatando que diante das pesquisas feitas, há recursos financeiros suficientes, e o que realmente falta é uma gestão comprometida com os interesses das organizações. Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como: o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas; e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

ABSTRACT

The Federal Constitution guarantees to all Brazilian citizens or residents in the country the right to health. This right is guaranteed by the government at the federal, state and municipal, through policies to reduce the risk of disease and to enable implementation of actions and promotion, protection and recovery of health. The issues addressed here will be of great assistance to the theme of explanation. Health is management problem or resource? The choice theme: The increase in resources versus improvement of management in Public Health is had from the need to better understand the problem of public health in Brazil, through related research it was observed that the main factor of failure here mentioned due to mismanagement more than financial resources. This work has the objective to analyze what the problem existing in the Brazilian public health. The Union, the states, the Federal District and the municipalities share the responsibility of promoting the coordination and interaction within the Unified Health System - SUS, ensuring universal and equal access to actions and health services. SUS is a health system, regionalized and hierarchical, which integrates all the health activities of the Union, States, Federal District and municipalities, where each part meets specific duties and powers, but interlinked, which characterizes levels NHS management in the three spheres of government. The methodology used here was characterized by qualitative and quantitative approach, through literature descriptive, making a correlation between the history and the current Health System, through published articles, mostly on the Internet and interviews with users, managers and professionals working in the NHS. Justified this work noting that before the research done, there are sufficient financial resources, and what we really lack is a management committed to the interests of organizations. Planning human resources means include this issue in the planning of federal, state and municipal agencies and bring to strategic issues SUS policy decision-making forums such as the funding directed to the hiring and retention of the workforce; the qualification of workers and the protection of their health programs, also giving special attention to a modernization process necessary to systems that organize these issues, to make agile and transparent actions taken; and communication with workers and other agencies of the federal, state or municipal systems that interact with these policies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Receita fiscal líquida dos níveis de governo – 1960.....	27
Gráfico 2 - Receita fiscal líquida dos níveis de governo – 1970.....	27
Gráfico 3 - Receita fiscal líquida dos níveis de governo – 1980.....	28
Gráfico 4 - Receita Fiscal Líquida dos níveis de governo – 1998.....	28
Gráfico 5 – Referente às respostas para pergunta 02.....	33
Gráfico 6 – Referente às respostas para pergunta 03.....	34
Gráfico 7 – Referente às respostas para pergunta 04.....	35
Gráfico 8 – Referente às respostas para pergunta 05.....	35
Gráfico 9 – Referente às respostas para pergunta 06.....	36
Gráfico 10 – Referente às respostas para pergunta 07.....	37
Gráfico11 – Referente às respostas para pergunta 02.....	38
Gráfico 12 – Referente às respostas para pergunta 03.....	38
Gráfico 13 – Referente às respostas para pergunta 04.....	39
Gráfico 14 – Referente às respostas para pergunta 05.....	40
Gráfico 15 – Referente às respostas para pergunta 06.....	40
Gráfico 16 – Referente às respostas para pergunta 07.....	41
Gráfico17 – Referente às respostas para pergunta 02.....	42
Gráfico 18 – Referente às respostas para pergunta 03.....	43
Gráfico 19 – Referente às respostas para pergunta 04.....	43
Gráfico 20 – Referente às respostas para pergunta 05.....	44
Gráfico 21 – Referente às respostas para pergunta 06.....	45
Gráfico 22 – Referente às respostas para pergunta 07.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Aporte Federal De Recursos Para A Saúde	24
Tabela 02 – Receita fiscal dos níveis de governo no Brasil entre 1960 e 1999	26
Tabela 03 – Respostas dos profissionais para a pergunta: O que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos?	33
Tabela 04 – Respostas dos profissionais para a pergunta: A que atribui esta situação caótica?	34
Tabela 05 – Respostas dos profissionais para a pergunta: Já precisou de atendimento em algum hospital público?	34
Tabela 06 – Respostas dos profissionais para a pergunta: Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?	35
Tabela 07 – Respostas dos profissionais para a pergunta: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?	36
Tabela 08 – Respostas dos profissionais para a pergunta: Será que os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados por ela?	37
Tabela 09 – Respostas dos usuários para pergunta: O que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos?	

.....
37

Tabela 10 – Respostas dos usuários para pergunta: A que atribui esta situação caótica?

.....
38

Tabela 11 – Respostas dos usuários para pergunta: Utiliza apenas o SUS como forma de tratamento para doenças

.....
39

Tabela 12 – Respostas dos usuários para pergunta: Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

.....
39

Tabela 13 – Respostas dos usuários para pergunta: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?

.....
40

Tabela 14 – Respostas dos usuários para pergunta: Será que os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados por ela?

.....
41

Tabela 15 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: O que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos?

.....
42

Tabela 16 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: A que atribui esta situação caótica?

.....
42

Tabela 17 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: Já precisou de atendimento em algum hospital público?

.....
43

Tabela 18 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

.....
44

Tabela 19 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?

.....
44

Tabela 20 – Respostas dos gestores da saúde para pergunta: Será que os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados por ela?

.....
45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação de Receitas da União
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FSE	Fundo Social de Emergência
MS	Ministério da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Plano Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
URV	Unidade Real de Valor

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
§	Inciso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo geral	14
1.2 Objetivos específicos.....	14
2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	15
2.1 As políticas dentro do Sistema Único de Saúde	18
3. REPASSES FINANCEIROS DO GOVERNO PARA A SAÚDE PÚBLICA	22
3.1 Fim do INAMPS afeta diretamente o repasse do SUS.....	23
4 DESCENTRALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS.....	26
5 METODOLOGIA.....	30
5.1 Modelos e métodos de pesquisas.....	30
5.2 Tipos de pesquisa	30
5.3 Instrumento de coleta de dados	31
6 ANÁLISE DE RESULTADOS DA PESQUISA.....	33
6.1 Entrevista com profissionais da saúde de Camocim e Sobral	33
6.2 Entrevista com usuários dos SUS nas cidades de Camocim e Sobral.....	37
6.3 Entrevista com gestores do SUS de Camocim e Sobral	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A	52
APÊNDICE B.....	53

1 INTRODUÇÃO

Os problemas no setor da saúde no Brasil não são recentes, por isso é necessário fazer um breve estudo histórico sobre o caso, já que é notório que problemas com a gestão em Saúde Pública é cultural e que teve início com a exploração do Brasil em meados do século XVI.

Este trabalho tem como questão de pesquisa: qual a principal causa dos problemas na saúde pública no Brasil, falhas na gestão ou déficit de recursos? O objetivo geral desta pesquisa é avaliar se os problemas na saúde pública brasileiros estão relacionados a problemas na gestão da saúde pública ou a déficit de recursos. Para atender ao objetivo de pesquisas serão consideradas informações históricas e do ministério da saúde.

Para aprofundar o estudo sobre os problemas relacionados à saúde pública no Brasil, é necessário pesquisar a cultura e a história do Brasil desde o Brasil colônia, já que nesse período a saúde “pública” era inexistente, o modelo era totalmente exploratório não tinha espaço para certos setores que não eram ligados exclusivamente à exploração.

Esse período foi marcado, pela carência de profissionais de medicina no Brasil Colônia e no Brasil Império, pois no ano de 1789, havia apenas quatro médicos exercendo a profissão no Rio de Janeiro, há relatos de que em alguns estados brasileiros, não havia médicos.

Em 1808, com a chegada da família real portuguesa, as necessidades da corte forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. E foram essas as únicas medidas governamentais até a República. Através dessa informação já se podia ver que havia recursos para que se houvesse um cuidado maior com a população, porém, faltava gestão, ou até mesmo interesse.

Em 1981 o governo instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como objetivo tentar reverter o quadro de crise na saúde. Todos os membros que estiveram no conselho eram técnicos ligados ao movimento sanitarista, “o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários” (POLIGNANO, 2010, p. 20).

Em uma entrevista concedida pela presidente Dilma Rousseff em 2012, nota-se que o problema atual não é a falta de recursos. Situação esta percebida em trechos da entrevista da presidente: “Tem um problema sério de gestão sim. A gente tem recursos e o uso

desse recurso tem de ser melhorado”, disse a presidente, ao ser questionada se dava para melhorar a saúde do Brasil e se era necessário um novo imposto para isso.

A escolha da pesquisa documental se dará pelo fato de não ser necessário submeter à fonte à análise ou publicação (prontuário médico, despesas, entre outros) que também exige contato com os sujeitos da pesquisa. Já a bibliográfica será realizada através de desenvolvimento de pesquisa com base em material já elaborado (livros e artigos científicos- fontes: outros autores); Possibilita ampla cobertura de fenômenos do que na pesquisa direta; e procedimento básico para trabalhos acadêmicos e monográficos (trabalha com dados publicados/domínio público), isso facilitaria uma ampla pesquisa. O objetivo geral da pesquisa é analisar qual o problema existente na saúde pública brasileira. Objetivos específicos: (I) Apresentar o histórico da saúde pública no Brasil e (II) Mostrar como está sendo a gestão financeira de recursos públicos.

2. HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil colônia a saúde “pública” era inexistente, o modelo exploratório não tinha espaço para certos setores que não eram ligados à exploração. Naquele período a utilização de ervas e cantos dos índios, a medicina limitada dos jesuítas e os boticários, que viajam pelo Brasil eram as únicas formas de assistência à saúde da época colonial.

Segundo Benchimol (1994), com a colonização brasileira a todo vapor, começou a chegar no Brasil, os negros vindos do continente africano e com eles a primeira epidemia da história do Brasil, a febre amarela, que era e continua sendo transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. A epidemia ocorreu no século XVII, os primeiros casos datam de 1685, na cidade de Recife e de 1692, na então capital do Brasil, Salvador.

Além do mais os métodos trazidos pelos poucos médicos que aqui estavam eram rejeitados de acordo com Filho, 2003,p.6:

“Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontraram todo tipo de dificuldades para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas”.

Esse medo de recorrer aos tratamentos médicos fizeram com que muitos negros e indígenas morressem devido ao surto da febre amarela que ocorreu na época.

Salles (1971 apud Polignano, 2001) cita em sua pesquisa que:

“a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, havendo no Rio de Janeiro em 1789 quatro médicos exercendo a profissão e em outros Estados eram inexistentes”.

Percebe-se pelo relato que naquele período a saúde existia apenas para os que habitavam a Corte.

Polignano (2001) aponta três premissas em seu artigo sobre o histórico da saúde no Brasil, que são elas:

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los; 2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional; 3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada no periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.(POLIGNANO, 2001 História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural- Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35)

Avila (2013) relata no artigo que escreveu, tendo o tema ‘Estado Democrático de Direito’ que a saúde no Brasil passou por três diferentes paradigmas constitucionais. Eles vão da manutenção da ordem interna e da soberania, limitando a atuação do Estado e da Administração Pública que apenas aplicava as leis para uma atuação mais vívida na sociedade quando descreve:

[...]Diversamente, no Estado social, o Estado e a Administração Pública ganham relevância, ampliando seu papel, com aproximação da sociedade. Altera-se a regulação estatal sobre a economia, com maior intervenção, bem como se ampliam os direitos fundamentais, que ganham aspectos sociais. A Administração Pública aumenta suas atribuições, com controle estatal sobre o sistema financeiro e de trabalho, crescendo o rol de atividades assumidas pelo Estado como de serviço público. Em oposição, o papel do indivíduo é diminuído, através de inúmeras intervenções do Estado (AVILA, Kéllen Cristina de Andrade, 2013, [s/p]).

Salles (2001, apud Polignano) mencionou em seu texto, o apoio do então presidente Rodrigues Alves ao projeto do cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz que montou uma estratégia de saúde recebendo a colaboração do poder público, impondo a força e autoridade para a realização da vacinação de toda a população, o que demonstra timidamente a necessidade de apoio à questão da saúde coletiva para que se chegue à um resultado satisfatório.

Após o apoio recebido por Oswaldo Cruz, o outro marco também importante na saúde brasileira é a criação em 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil a portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a Nº 648 GM/2006 e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica (Brasil, 2006).

Com a criação da Constituição Brasileira de 1988 tem-se a criação de um “organismo vivo delimitador da organização estrutural do Estado, da forma de governo, da garantia das liberdades públicas, do modo de aquisição e exercício do poder” (BULOS, 2011, p.100).

O Orçamento da Seguridade Social, estabelecido desde a Constituição de 1988, objetivando possibilitar uma gama maior de fontes para financiar o setor e reduzir assim a vulnerabilidade face aos ciclos econômicos recessivos, não tem solucionado o problema. De acordo com MENDES (1996, p.105), “A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e à arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas”.

Exemplos de interativos de educação, respeitabilidade, dignidade e principalmente de garantias de liberdade individual de cada um, porém quando se fala em dignidade tem-se que remeter a dignidade de um bom atendimento, e esse principal atendimento diário ocorre na Atenção Básica de Saúde (ABS).

Fabrcio Oliveira, 1999, realizou um estudo sobre a capacidade de aumento da participação de cada nível de governo (federal, estadual e municipal) no financiamento do gasto social entre 16 anos – 1980 e 1996 – e chegou a conclusão que houve uma grande influência de uma...

“sucessão de fatores - econômicos, políticos, demográficos, etc. -, que se alternaram (às vezes se entrelaçaram) e produziram expressivas alterações em seu volume do gasto social, juntamente com mudanças significativas em seu perfil, em sua estrutura de distribuição e repartição entre as esferas governamentais e na introdução de novas formas de gestão.” (Oliveira, 1999:7)

Segundo Mansur 2011,

“O setor saúde foi diretamente afetado pela crise da previdência, com a suspensão dos repasses para a saúde em benefício da Previdência Social. A parcela da contribuição sobre empregadores e empregados que caberia à saúde foi revertida em recursos para a previdência, reduzindo a receita destinada à saúde. A diminuição dos recursos desta fonte não foram substituídos por outros recursos do orçamento da seguridade social. A Lei Orgânica da Saúde aprovada no final de 1990 permitiu que o Ministério da Previdência reduzisse o percentual de repasses, não mais seguindo os 30% determinados pela Constituição”.

Mendes, 1997, aponta que a perda de recursos da Previdência Social aconteceu em duas etapas distintas, a primeira ocorreu com a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para o Ministério da Saúde (MS), desde então houve uma redução de 20% para 14,5% da arrecadação previdenciária destinada à saúde. A segunda etapa ocorreu com a extinção do INAMPS, e como justificativa para atender à grande demanda por recursos em benefícios, o montante destinado à saúde também foi encerrado. Esta anulação do financiamento aconteceu mesmo com disposição da Lei de Diretrizes Orçamentárias estipulando que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveria ser repassado para a saúde.

No Brasil, observa-se recentes iniciativas governamentais em prol da implantação de propostas de avaliação da qualidade na Atenção Básica de Saúde. “Este campo até então pouco explorado constitui-se uma prioridade no atual processo de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, após uma década de expansão e consolidação deste” (CAMPOS, 2005).

Já se fizeram muitos estudos ligados à avaliação da qualidade do atendimento e eficácia da Atenção Básica, onde admite-se a presença de muitos problemas metodológicos,

destacando-se a complexidade da assistência prestada, a boa qualidade do cuidado técnico e a cobertura adequada da população registrada no Centro de Saúde da Família (NEMES, 1996).

Segundo a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 em seu Art. 1º pode-se ler:

“O Sistema Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.”

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação ou controle social na saúde destaca-se como de grande importância, pois é a garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde.

Mesmo com todo esse investimento em recursos humanos, humanização de pessoas da área da saúde, instalação de conselhos municipais da saúde, ainda pode-se notar a falta de medicamentos, leitos, espaço adequado entre outros.

2.1 As políticas públicas dentro do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde surgiu através de propostas do movimento da Reforma Sanitária. Um dos principais movimentos sociais ocorreu no final da década de 70 e durante quase toda a década de 80. Esse movimento culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrido no ano de 1986, e serviu como importante interlocutor no desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde, além de permitir que, na área da saúde, diferentes grupos e classes sociais participassem das discussões para a definição das políticas sociais, levando-se em consideração que a saúde é um bem público construído pela participação de todos os setores da sociedade brasileira (ALVES, 2009). Até hoje todas as Conferências Nacional de Saúde (CNS) tem participação das três esferas: população, prestadores de serviço e profissionais.

Promulgada no dia 05 de outubro de 1988, a nova constituição brasileira, incorporou as teses defendidas na Conferência, reconhecendo a saúde como um direito inerente à cidadania e de com atendimento de forma universal. Com isso, ocorreu no Brasil uma radical

transformação no SUS, reconhecendo a saúde como direito social e definindo um novo modelo para a ação do Estado na área.

Pode-se ver essa afirmação quando analisa-se o artigo 196, que fala que o direito à saúde deve ser garantido “garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No artigo 198 da Constituição é mencionado que as ações e serviços públicos devem ser estabelecidos numa rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um SUS de acordo com diretrizes que querem o atendimento integral, priorizando: as atividades preventivas, porém, sem prejuízo dos serviços assistenciais; a descentralização, com direção única em cada esfera de Governo; e a participação popular como forma de controle social (ALVES, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde surgiu através da Lei de nº 8.080, de 1990, responsável pela operacionalização do Sistema Único de Saúde e pela Lei nº 8.142 do mesmo ano, que imprimiu ao novo sistema uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação da população na gestão do serviço.

Segundo Sampaio e Araújo Júnior (2006, p. 336), políticas públicas podem ser entendidas como “ações públicas que tentam regular problemas públicos, ou seja, problemas que surgem no bojo de uma sociedade e que têm relevância social” e, ainda, que são consideradas públicas porque “têm interesses públicos e fins públicos, podendo ou não ser subsidiadas ou implementadas pelo poder estatal”.

Pela Lei 8.080/90, no artigo 2º a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990).

Dentro dos Princípios e Diretrizes do SUS, o Art. 7º da Lei 8080 diz que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Nesses termos, pode-se ver que o SUS é um projeto que assume os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população. A integralidade, que está no artigo 7º deve ser exercida por todos os profissionais de saúde, não devendo se limitar apenas à perspectiva de eliminar o sofrimento gerado pela doença ou de evitar tal sofrimento. A compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário do sistema de saúde apresenta constitui o principal sentido de integralidade. Nessa perspectiva, Mattos (2004, p. 1414) salienta que:

“O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas à situação específica na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde”.

Também Heckler e Oliveira (2008, p.97), enfatizam que:

a integralidade pressupõe um olhar diferente às diversas perspectivas que formam o processo de produção de saúde. É, portanto, uma visão ampliada das necessidades de cada indivíduo, considerando-se o contexto e o momento de vida de cada sujeito, na qual os projetos terapêuticos surgirão de uma interação entre a equipe de saúde e os usuários. Assim, a integralidade como prática de saúde pode ser compreendida, entre outros aspectos, como uma visão do sujeito na sua totalidade, na qual a compreensão do sofrimento acontece através da ampliação do processo saúde-doença para suas dimensões psicossociais, considerando a singularidade do sujeito e seu modo de perceber os eventos da vida.

Teixeira (2002), citado por Santos et al. (2007, p. 829), diz que:

“Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores da ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediação entre atores da sociedade e do Estado. São esses casos, de políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos [...]

Falando sobre as políticas de inclusão social, é necessário pontuar que, no plano federal, foram estabelecidos no Decreto 3.298/1999, que fala sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências e, algum tempo depois, a Portaria n.º 1.060, de 05 de junho de 2002, que regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e:

“Considerando a necessidade de definição, no Setor Saúde, de uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social” (BRASIL, 2002).

Esta portaria, em seu artigo 2º, determina que o SUS ainda necessita definir uma política voltada à reabilitação da pessoa portadora de deficiência, visando à inclusão em todas

as esferas da vida social e busca aprovar a elaboração e/ou readequação dos planos, programas e projetos do governo.

“os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”. (BRASIL, 2002).

3 REPASSES FINANCEIROS DO GOVERNO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Com a chegada do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 90, o período ficou marcado pela introdução de novas fontes de financiamento para o setor da área da saúde, com a alteração na participação de recursos previdenciários pela implantação do Sistema.

Para Mansur (2001), as fontes de recursos do Ministério da Saúde (MS), no começo de 1990, foram Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), recursos da Desvinculação de Receitas da União (DRU), Fundo Social de Emergência (FSE), conhecido anteriormente como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), recursos ordinários, contribuição sobre a folha de salários, e outras receitas de menor importância.

A criação de financiamentos fez com que vários autores acompanhassem as discussões sobre os recursos investidos nas políticas sociais e no setor saúde, nos últimos anos, desenvolvendo análises que associam o comportamento das fontes que financiam a saúde e o comportamento do gasto social a condições externas, como o processo de estabilização da economia, a necessidade de ajuste fiscal, entre outros.

Alguns autores como Médici, Soares e Marques (1995) afirmaram que o primeiro fator que deixava o novo sistema vulnerável era a dependência dos recursos que vinham da caixa do Tesouro Nacional logo nos três primeiros anos da década de 90 e também da política de contenção de gastos do governo federal.

Os primeiros anos após 1990 ofereceu um crescimento na arrecadação fiscal por parte do governo federal, isso possibilitou uma arrecadação ainda maior da COFINS e da CPMF, duas contribuições chamadas indiretamente de não impostos.

“Este fator deixa a estrutura tributária brasileira em situação peculiar, porque foram as duas contribuições que obtiveram maior produtividade fiscal nestes anos e, na verdade, elas são tributos sobre bens e serviços, aprovadas como contribuições para facilitar a sua aplicação inicial (menor tempo por não seguir o princípio da anualidade) e a alteração de alíquotas pelo governo” (Mansur, 2001).

O Orçamento da Seguridade Social foi estabelecido na Constituição de 1988, objetivando possibilitar maiores fontes de recursos para financiar o setor e reduzir assim a vulnerabilidade face aos ciclos econômicos recessivos, não tem solucionado o problema. De acordo com Lucchese (1996:105),

“A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e à arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas”.

Dessa forma foi necessário que o FINSOCIAL, fosse substituído pelo OSS que é foi ‘batizado’ como CONFIS e se caracterizou pela incidência sobre o faturamento dos empreendimentos, assim como já estava acontecendo com a CSLL desde a década de 80. Isso tudo gerou questionamento e suspensões em pagamentos em determinados períodos, prejudicando a arrecadação de contribuição e colocando em dúvida o seguimento do SUS.

Segundo Médici (1994:114 apud Mansur, 2001)

“Quanto ao desenvolvimento da política de saúde no Brasil após a Constituição de 1988, houve uma referência direta ao Sistema Único de Saúde - SUS, e ao Ministério da Saúde. Com isso, o INAMPS foi perdendo espaço e com alguns anos foi extinto. As ações seriam tomadas tendo como órgão principal o Ministério da Saúde. O Ministério atuaria como regulador das políticas, e a prestação de serviços seria descentralizada, incentivando-se principalmente a maior participação dos Municípios”.

Pode-se destacar que no início da década, coexistiam o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Aquele, assumindo o seu novo papel estabelecido pela Constituição e o último, ainda presente e responsável pelo financiamento do atendimento hospitalar e ambulatorial. O INAMPS passou a pertencer aos quadros do Ministério da Saúde. O Instituto recebeu, no ano de 1991, 66% dos recursos do Ministério da Saúde. Em 1993, no entanto, o órgão foi extinto.

3.1 Fim do INAMPS afeta diretamente o repasse do SUS

O SUS foi diretamente afetado pela crise da previdência, com a suspensão dos repasses para a saúde em benefício da Previdência Social. A parcela da contribuição sobre empregadores e empregados que caberia à saúde foi revertida em recursos exclusivos para a previdência, reduzindo a receita destinada à área da saúde. A redução de repasses e a não reposição dos recursos da previdência para o Ministério da Saúde fez com que a queda de recursos da Previdência acontecesse em duas etapas.

Essas etapas estavam previstas na Lei Orgânica da Saúde aprovada no final de 1990 permitiu que o Ministério da Previdência reduzisse o percentual de repasses, não mais seguindo os 30% determinados pela Constituição.

Segundo Mendes (1997:11), a primeira etapa ocorreu com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, pois houve uma redução de 20% para 14,5% da

arrecadação previdenciária à saúde e posteriormente quando o INAMPS foi extinto. A anulação do repasse da previdência para a saúde ocorreu mesmo com a instalação da Lei de Diretrizes Orçamentarias que estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveria ser repassado para a saúde.

“Estes problemas que afetavam as políticas sociais do país eram consequência direta de alguns fatores: o baixo crescimento da economia, a redução do nível de emprego formal e o grau elevado de sonegação, além da ampliação dos direitos sociais. Adquiridos com a Const. 1988 e só implantados em 1993, como a extensão dos direitos dos trabalhadores urbanos aos rurais, o novo cálculo da aposentadoria e o novo piso equivalente a um salário mínimo”. (Marques, 1999:29)

Nos primeiros três anos da década de 90, levou-se em conta a conjuntura econômica do país, marcada pelo efeito de curto prazo do sequestro de ativos financeiros pelo então governo Collor, que foi presidente do Brasil entre os anos de 1990 e 1992. Esse processo que se esgotou em pouco tempo e foi seguido por uma desaceleração da economia, aumento do desemprego e aceleração inflacionária. (Oliveira, 1999:30)

Segundo Mansur (2001), no ano de 1993 surgiu mais um fator que distanciou a saúde da Previdência Social: a alteração da destinação dos recursos da contribuição social dos empregadores e empregados, que passou a atender exclusivamente à previdência. Para socorrer o setor saúde, foram feitos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT); a situação do setor piorou nos anos seguintes, quando a previdência passou a receber maior percentual de recursos da COFINS e da CSLL, prejudicando o financiamento da saúde.

A dúvida quanto ao destino de recursos financeiros para o setor, no entanto, apesar da troca constante de fontes que marcaram o financiamento da saúde desse ponto em diante não significaram redução do aporte total de recursos federais, entre 1980 e 1997.

Tabela 1 - Aporte Federal De Recursos Para A Saúde - 1980/1997

ANO	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
%	100	92	99	77	80	92	99	143	135	153	128	107	89	112	99	120	106	108

Fonte: estes dados foram agrupados considerando o ano de 1980 como o ano base (1980=1000), por Marques (1999:34).

Mansur (2001) afirma que o ocorreu foi que o aporte total de recursos do Orçamento da União para o setor saúde foi ascendente em termos de volume total. Os problemas existentes, no entanto, têm sido os seguintes:

a) do montante total de recursos para a saúde, apenas uma parcela representa as ações finalísticas do setor (“outras despesas correntes”)

b) quando ocorre restrição orçamentária, não é atingido o montante total de recursos; percebe-se que, de fato, há grandes distorções, afetando diretamente a parcela “outras despesas correntes”, que é a parcela que cobre as ações finalísticas com saúde (aí excluídas despesas com pagamento de pessoal e pagamento de dívida).

c) os ajustes ou cortes de despesas não atingem o pagamento de pessoal, por exemplo; e também não atingem a parcela referente ao pagamento de despesas financeiras. O pagamento de pessoal não tem vinculação específica para este fim, mas há total rigidez orçamentária, tornando a necessidade de financiamento deste componente de despesa não passível de ajuste, redução.

4 DESCENTRALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS

Para amenizar a crise que o SUS passou no começo de sua história, foram criados níveis de participação para o governo nas políticas sociais do país, que passa por transformações e as responsabilidades de cada órgão, entre inúmeros acordos com uma maior ou menor centralização do poder.

Mansur (2001), através das reformas do setor saúde no Brasil, existe uma grande preocupação com a definição dessas responsabilidades, com a determinação clara dos papéis nas esferas de governos federal, estadual e municipal. As reformas podem incentivar tanto uma maior descentralização como uma maior centralização do poder. No caso da saúde, as propostas têm estimulado o aumento da participação dos níveis subnacionais de governo tanto na provisão dos serviços quanto no financiamento.

Segundo Clements (1997:24 apud Mansur, 2001)

Havendo maior ou menor grau de descentralização, de qualquer modo, é necessário que haja uma preocupação do nível federal em regular e controlar os padrões de serviços por Estados no país, buscando garantir eficiência na utilização de recursos e na implantação dos programas. O sucesso do processo de descentralização, depende basicamente de dois fatores: da capacidade do governo federal de impor as regras e determinar os padrões necessários; e dos governos subnacionais (em especial os Municípios) de implementar programas que atinjam estes padrões.

A arrecadação da União vem crescendo desde o início da implantação da URV, aumentando sua participação, através de incremento das parcelas de contribuições sociais, de competência exclusiva da União, no volume total de tributos arrecadados. Pode-se ver na tabela de Afonso e Mello (2000) a participação de cada esfera na repartição de receitas.

TABELA 2 – Receita fiscal dos níveis de governo no Brasil entre 1960 – 1999

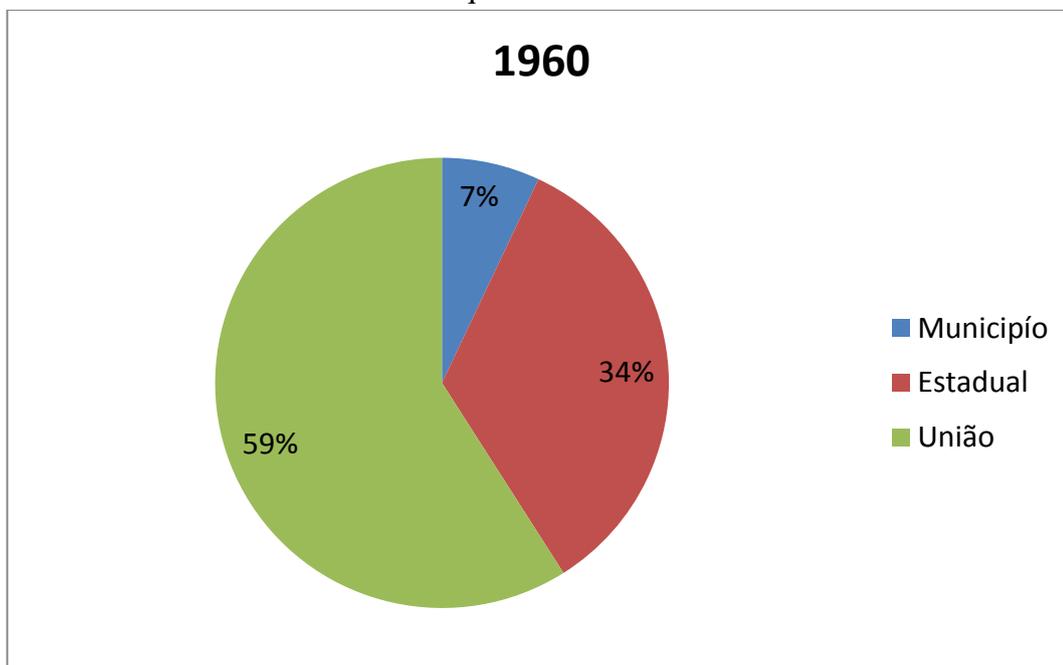
ANO	Receita fiscal total ^a				Receita fiscal líquida ^b			
	1960	1980	1988	1999	1960	1980	1988	1999
Como percentagem do PIB								
TOTAL	17,4	24,6	22,5	31,8	17,4	24,6	22,4	31,8
União	11,1	18,5	15,8	21,7	10,4	17,0	14,0	18,2
Estados	5,5	5,4	6,0	8,4	5,9	5,5	6,0	8,1
Municípios	0,8	0,7	0,7	1,7	1,1	2,1	2,4	5,5
Como percentagem da receita total								
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
União	64,0	75,1	70,6	68,2	59,4	69,2	62,3	57,2
Estados	31,2	22,0	26,5	26,3	34,0	22,2	26,9	25,4
Municípios	4,8	2,9	2,9	5,5	6,6	8,6	10,8	17,4

a. receitas fiscais totais disponíveis para cada ente federativo, incluindo transferências.

b. receitas fiscais, excluindo as transferências

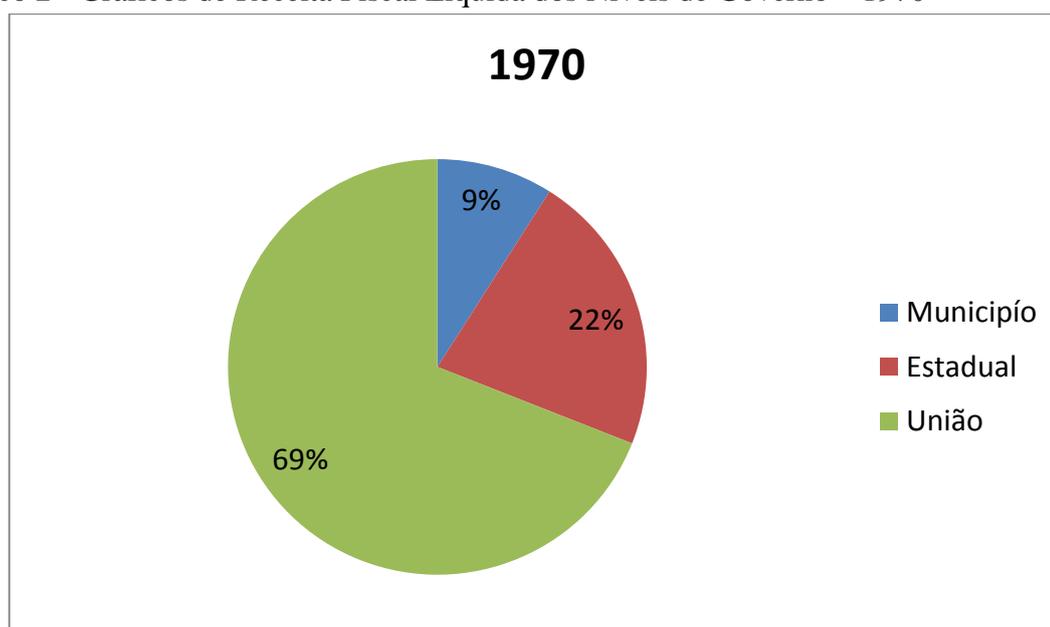
Pode-se fazer uma melhor visualização da tabela por meio do conjunto de gráficos apresentados a seguir. Os gráficos representam a participação de cada nível de governo no conjunto de receitas fiscais do país.

Gráfico 1 - Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo – 1960



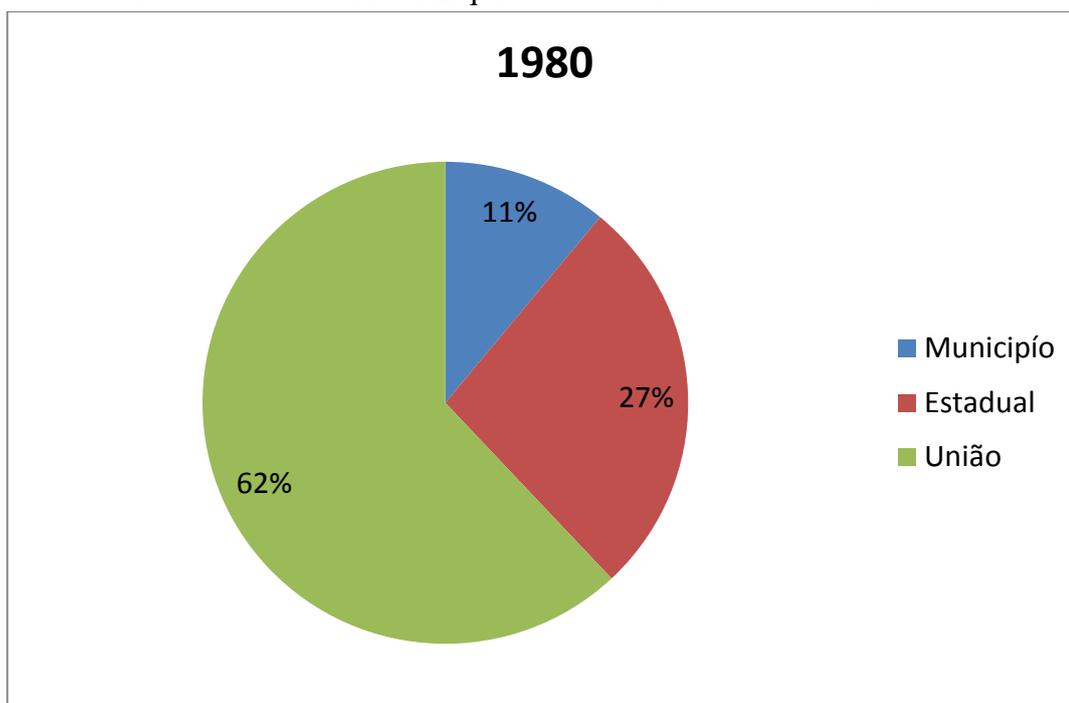
Fonte: elaborado com base na porcentagem da receita total apresentada por Afonso e Mello, 2000.

Gráfico 2 - Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo – 1970



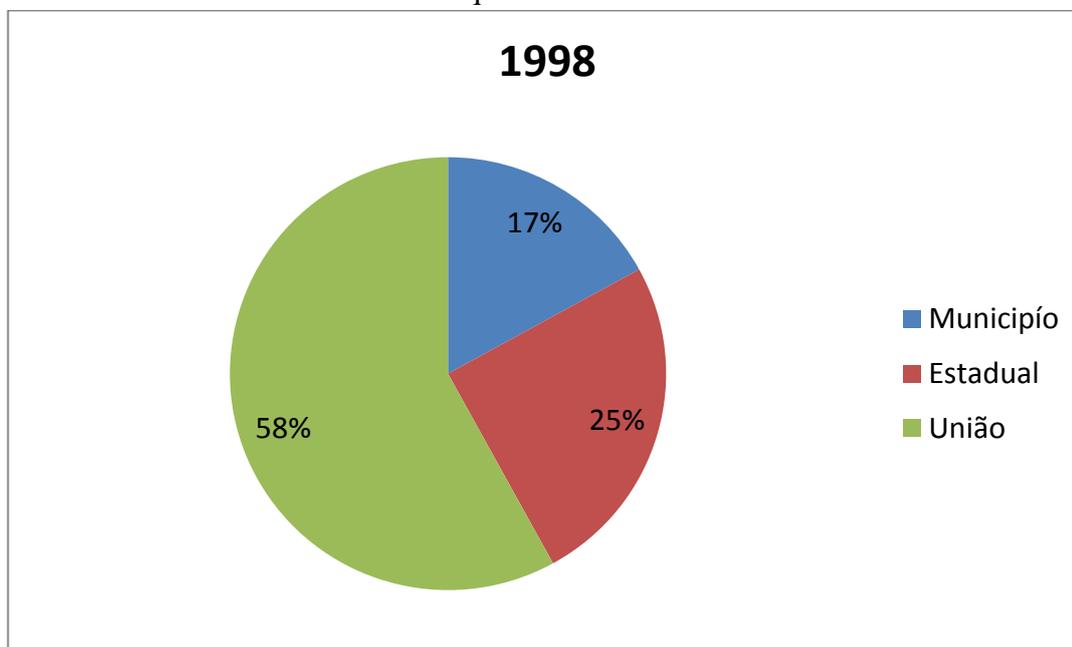
Fonte: elaborado com base na porcentagem da receita total apresentada por Afonso e Mello, 2000.

Gráfico 3 - Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo – 1980



Fonte: elaborado com base na porcentagem da receita total apresentada por Afonso e Mello, 2000.

Gráfico 4 - Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo – 1998



Fonte: elaborado com base na porcentagem da receita total apresentada por Afonso e Mello, 2000.

Analisando-se os gráficos, fica visível que houve um aumento real da participação fiscal dos Municípios, entre o ano 1960 e o ano 1998. Nesses 48 anos o aumento foi de 10%, acompanhado de uma diminuição na participação dos Estados, os quais tiveram o percentual na

receita fiscal líquida do país reduzido de 34%, em 1960, para 25,4%, em 1998. Os Municípios que participavam com 6,6% da receita fiscal em 1960, passaram para o percentual de 17,4% em 1998.

Há uma série de fatores que se integram na questão do financiamento para área da saúde. A discussão do volume de recursos públicos que financia o setor saúde tem que levar em consideração os quatro pontos mostrados no quadro acima. Os quatro pontos têm que ser considerados quando se discute a necessidade de estabilidade do financiamento do setor saúde, levando muitos municípios, muitas vezes a usar recurso próprio para manter pequenos hospitais.

5 METODOLOGIA

5.1 Modelos e métodos de pesquisas

Richardson et al. (1999, P.95), define as pesquisas de natureza qualitativa e quantitativa da seguinte forma:

Pesquisa Qualitativa é a abordagem de um problema e justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, pois permite compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo. Não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema e não mede ou numera unidades ou categorias homogêneas. Neste tipo de pesquisa existe uma maior flexibilidade senso que a formulação de hipótese é mais desestruturada, cabendo ao entrevistador uma atenção maior na interpretação do entrevistado.

Pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, ou seja, é voltada para a medição dos fenômenos estudados.

5.2 Tipos de pesquisa

Inicialmente o método de pesquisa utilizada para obter informações para este trabalho de conclusão de curso, foi realizado através de pesquisas bibliográficas, utilizando-se de trabalhos científicos, publicações, revistas e em sites da internet que abordam o assunto saúde pública no Brasil.

A Pesquisa do tipo Descritiva busca observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos, sem interferir em seu conteúdo. Este tipo de pesquisa pode se desenvolver de diversas formas, entre elas:

a) Estudos Exploratórios: realizam descrições precisas das situações e pretende descobrir as relações existentes entre os fatores componentes da pesquisa. Não elaboram hipóteses para testes, apenas definem objetivos e recolhem informações sobre o assunto em questão. Segundo Gil (1999), este tipo de estudo envolve levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

b) Estudos Descritivos: estudam e descrevem as características, propriedades ou relações existentes em grupos ou realidade pesquisada.

c) Pesquisa de opinião: procura conhecer atitudes e preferências à cerca de determinado assunto, a fim de tomar decisões.

d) Pesquisa de motivação: procura conhecer as razões certas e ocultas que faz o consumidor ter determinada atitude, ou comportamento, ou preferência por determinado produto.

e) Estudo de caso: examina os vários aspectos de um indivíduo específico, família, grupo ou comunidade.

Gil (1999) caracteriza-o como estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, descartando o ponto de vista do pesquisador. Este trabalho trata-se de um estudo geral sobre a saúde pública e depois fazendo um estudo dessa mesma saúde pública na cidade de Camocim e Sobral, pois através dele foi pesquisado e procurado responder se a saúde pública é problema de gestão ou de recursos.

É possível classificar esta pesquisa como descritiva do tipo bibliográfico, descritiva-exploratória, com os dados obtidos através de pesquisas qualitativas, analisadas e interpretadas.

A pesquisa bibliográfica foi mais utilizada nos capítulos 2, 3 e 4 referentes ao histórico da saúde pública no Brasil, o surgimento das políticas públicas no SUS, os repasses financeiros do governo para a saúde pública, começo do fim do INAMPS afetou diretamente o repasse para o SUS, e a descentralização do financiamento do SUS. A pesquisa descritivo-exploratória foi bastante utilizada para coleta de dados juntamente com a população, profissionais e gestores da saúde de Camocim e Sobral.

A pesquisa exploratória foi importante na investigação de campo, no sentido de aprimorar os dados e informações das questões a serem abordadas, promovendo um contato direto com todas as partes do sistema para mostrar o conhecimento e a credibilidade do tema estudado, possibilitando a sua implantação futuramente.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Segundo Gil (1999) existem três instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados para obter informações acerca de grupos sociais: Observação, Entrevista e Questionário.

a) Observação: é o exame minucioso sobre um fenômeno no seu todo ou em algumas de suas partes.

b) Entrevista: é uma técnica onde o entrevistador fica face a face com o entrevistado para lhe fazer perguntas. A entrevista é, portanto, uma forma interação social, com diálogo assimétrico onde uma pessoa busca coletar informações de outra que representa a fonte da informação. Existem vários tipos de entrevistas entre elas as estruturadas e as não estruturadas.

c) Questionário: é a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, etc.

Como instrumento de coleta dos dados foi utilizado nessa pesquisa uma entrevista através de um questionário respondido por 100 pessoas, nas cidades de Camocim e Sobral. Camocim foi escolhida por ser a cidade em que estou residindo e Sobral por ser a referência em saúde pública na macrorregião da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES.

6 ANALISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 Entrevista com profissionais de Camocim e Sobral

Foram entrevistados 20 profissionais da saúde e observando os dados coletados através do questionário obteve-se o seguinte resultado:

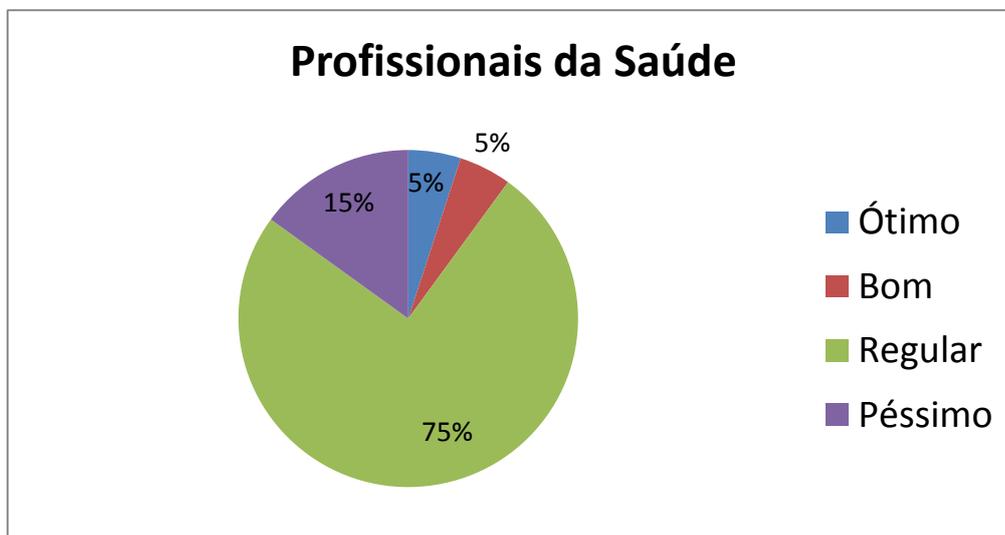
Sobre o que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos. As repostas foram as seguintes:

Tabela 03 – Percepção sobre o atendimento em emergências em hospitais públicos

Opções para resposta	Respostas
Ótimo	01
Bom	01
Regular	15
Péssimo	03

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5: Percepção sobre atendimento das emergências em hospitais públicos



Pode-se observar que mesmo atuando dentro do SUS, alguns profissionais estão insatisfeitos com o atendimento que é prestado na emergência de hospitais públicos.

Quando questionados sobre a que você atribui à situação caótica na saúde pública?

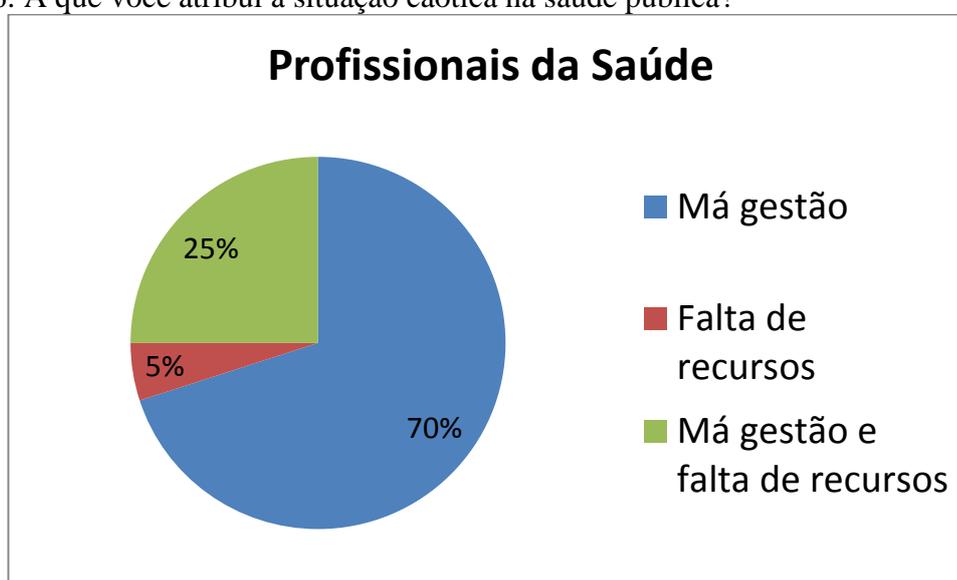
As respostas foram as seguintes:

Tabela 04 - A que você atribui à situação caótica na saúde pública?

Opções para resposta	Respostas
Má gestão	05
Falta de recurso	01
Má gestão e falta de recurso	14

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 6 a seguir.

Gráfico 6: A que você atribui à situação caótica na saúde pública?



Na entrevista com os profissionais da saúde, pode-se ver que eles apontam principalmente a má gestão como causa da situação caótica em nosso Sistema Único de Saúde.

Quando foram questionados se já precisaram de atendimento em algum hospital público. As respostas foram as seguintes:

Tabela 05 - Já precisou de atendimento em algum hospital público?

Opções para resposta	Respostas
Sim	20
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 7 a seguir.

Gráfico 7: Já precisou de atendimento em algum hospital público?



Na entrevista com profissionais da saúde, todos responderam que já utilizaram ou utilizam o SUS.

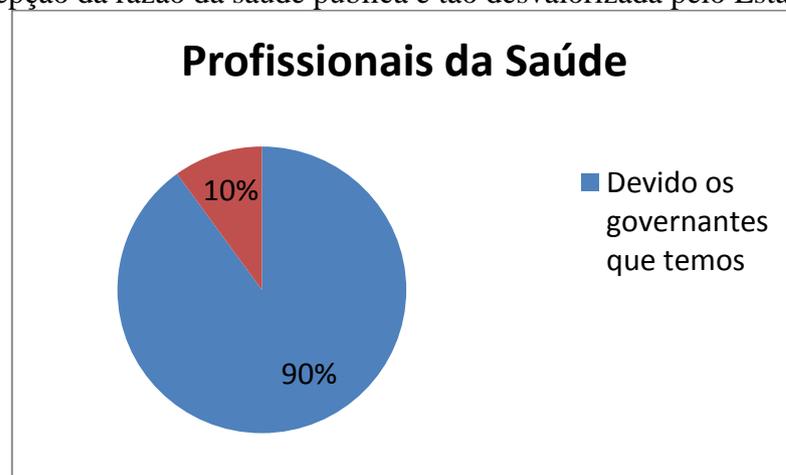
Sobre a razão da saúde pública ser tão desvalorizada pelo Estado? As respostas foram as seguintes:

Tabela 06 - Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

Opções para resposta	Respostas
Devido os governantes	18
Falta de participação popular nos Conselhos	02

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8: Percepção da razão da saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?



A maioria dos profissionais entrevistados, nesse caso 18 profissionais, apontam o governo como causador da desvalorização da saúde no Brasil.

Quando foram questionados se o índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências, as respostas foram as seguintes.

Tabela 7: Percepção sobre o índice de infecção generalizada nos hospitais ser ligado diretamente à estrutura e higiene oferecida.

Opções para resposta	Respostas
Sim	20
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 9 a seguir.

Gráfico 9: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?



Na entrevista com os profissionais da saúde, todos afirmaram que as más condições dos prédios influenciam diretamente na qualidade do serviço prestado para população que precisa ficar internada.

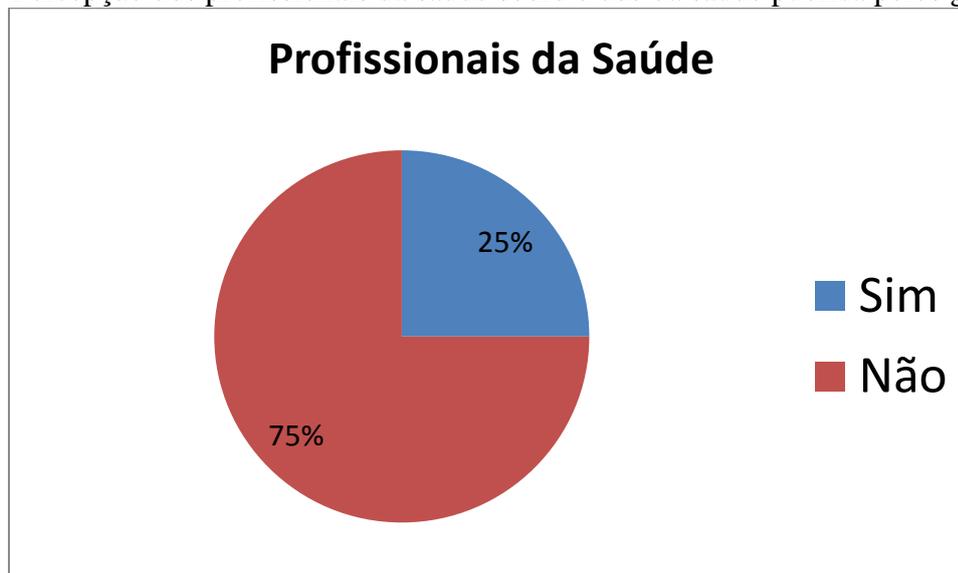
Sobre o questionamento se os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados através dos investimentos que os gestores fazem. As respostas foram as seguintes.

Tabela 8 – Será que os gestores utilizam os serviços públicos que oferecem a população?

Opções para resposta	Respostas
Sim	05
Não	15

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 10 a seguir.

Gráfico 10: Percepção dos profissionais da saúde sobre o uso da saúde pública pelos gestores



Segundo profissionais da saúde, os responsáveis pela saúde pública, nesse caso políticos e aliados, em sua maioria, não utilizam o serviço público.

6.2 Entrevista com usuários do SUS nas cidades de Camocim e Sobral

Foram entrevistados 75 usuários do SUS e observando os dados coletados através do questionário observa-se o seguinte resultado:

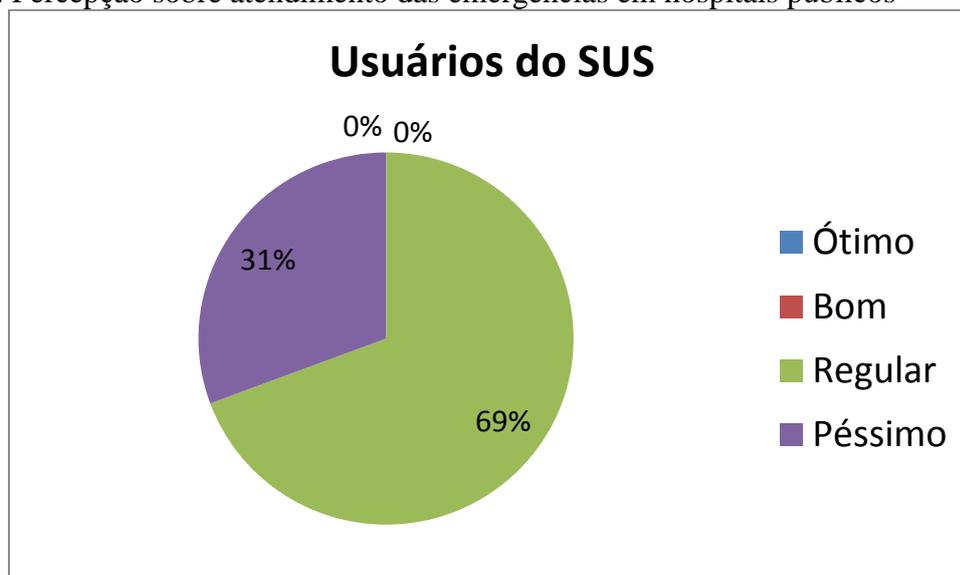
Sobre o que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos. As repostas foram as seguintes.

Tabela 9 - Percepção sobre o atendimento em emergências em hospitais públicos

Opções para resposta	Respostas
Ótimo	00
Bom	00
Regular	52
Péssimo	23

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 11 a seguir.

Gráfico 11: Percepção sobre atendimento das emergências em hospitais públicos



Através desses dados observa-se que os usuários não estão satisfeitos com os serviços prestados a eles. Pelo menos 23 pessoas acham um péssimo atendimento.

Quando questionados sobre a que você atribui à situação caótica na saúde pública?

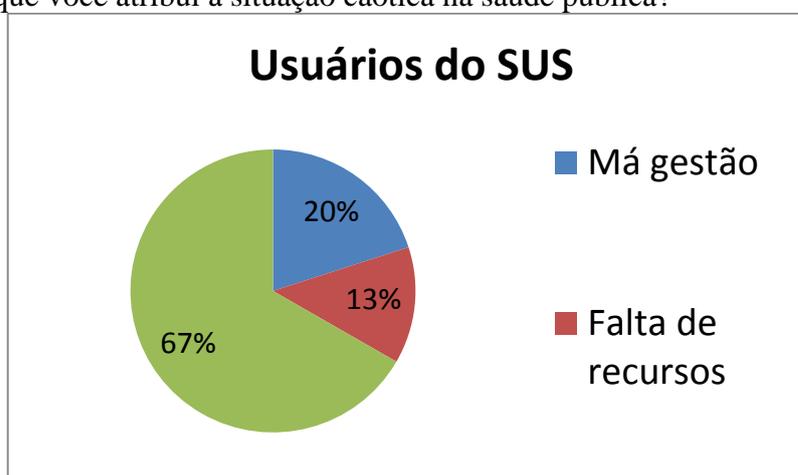
As respostas foram as seguintes:

Tabela 10 - A que você atribui à situação caótica na saúde pública?

Opções para resposta	Respostas
Má gestão	15
Falta de recurso	10
Má gestão e falta de recurso	50

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 12 a seguir.

Gráfico 12: A que você atribui à situação caótica na saúde pública?



Quando o resultado é analisado utilizando apenas um item, pode-se ver que os usuários, em sua maioria apontam a má gestão como causa da situação caótica em nosso Sistema, por outro lado, a minoria vê a falta de recurso como problema.

Quando foram questionados se já precisaram de atendimento em algum hospital público. As respostas foram as seguintes:

Tabela 11 - Já precisou de atendimento em algum hospital público?

Opções para resposta	Respostas
Sim	75
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 13 a seguir.

Gráfico 13 – Você gestor, utiliza apenas o Sistema Único de Saúde como forma de tratamento?



Todos os usuários entrevistados só utilizam o SUS para tratamentos de saúde.

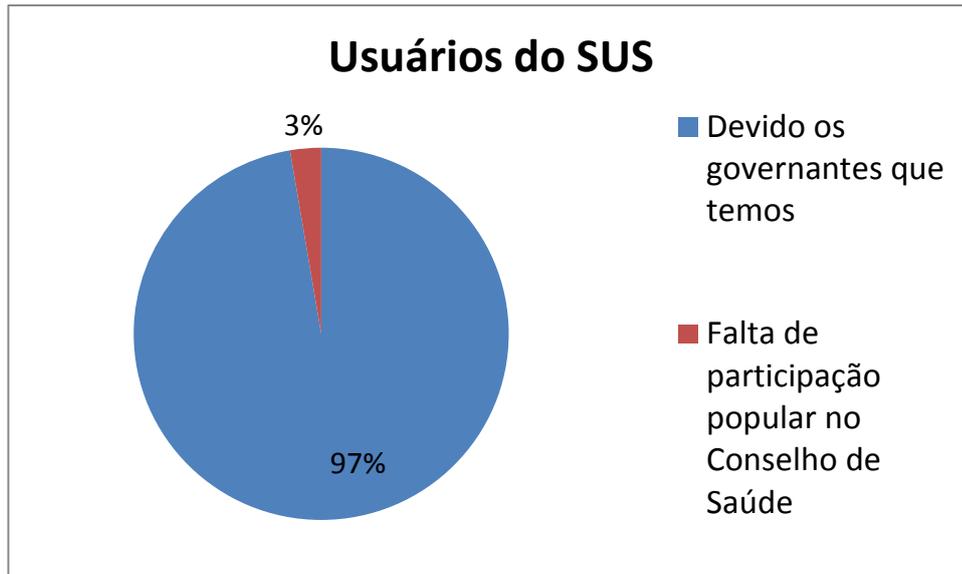
Sobre a razão da saúde pública ser tão desvalorizada pelo Estado? As respostas foram as seguintes:

Tabela 12 - Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

Opções para resposta	Respostas
Devido os governantes	73
Falta de participação popular nos Conselhos	02

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico14 a seguir.

Gráfico 14: Percepção da razão da saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?



A maioria dos usuários do SUS que foram entrevistados apontaram o governo como causador da desvalorização da saúde no Brasil.

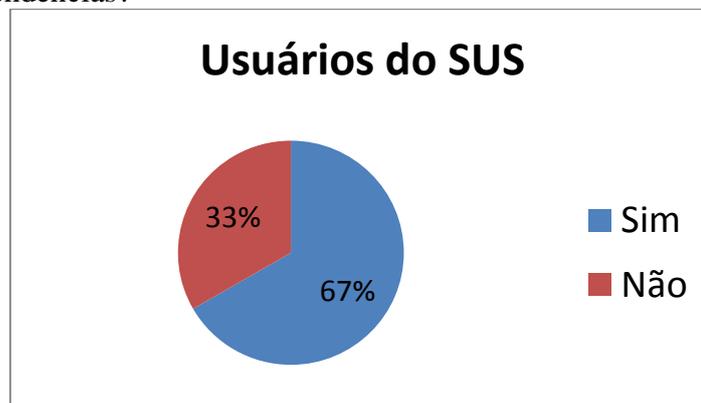
Quando foram questionados se o índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências, as respostas foram as seguintes.

Tabela 13: Percepção sobre o índice de infecção generalizada nos hospitais ser ligado diretamente à estrutura e higiene oferecida.

Opções para resposta	Respostas
Sim	50
Não	25

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 15 a seguir.

Gráfico 15: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?



Os usuários apontam que as más condições dos prédios influenciam diretamente na qualidade do serviço. A minoria, nesse caso representado por 25 pessoas acham que não é a falta do serviço de limpeza qualificado que causa as infecções.

Sobre o questionamento se os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados através dos investimentos que os gestores fazem. As respostas foram as seguintes.

Tabela 14 – Será que os gestores utilizam os serviços públicos que oferecem a população?

Opções para resposta	Respostas
Sim	00
Não	75

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 16 a seguir.

Gráfico 16: Percepção dos profissionais da saúde sobre o uso da saúde pública pelos gestores



Para os usuários nenhum político ou pessoas aliadas utilizam o serviço de saúde pública.

6.3 Entrevista com gestores do SUS nas cidades de Camocim e Sobral

Foram entrevistados 05 gestores da saúde e observando os dados coletados através do questionário observa-se o seguinte resultado:

Sobre o que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos. As repostas foram as seguintes:

Tabela 15 - Percepção sobre o atendimento em emergências em hospitais públicos

Opções para resposta	Respostas
Ótimo	00
Bom	05
Regular	00
Péssimo	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 17 a seguir.

Gráfico 17: Percepção sobre atendimento das emergências em hospitais públicos



Através desses dados observa-se que os gestores estão satisfeitos com os serviços prestados para população.

Quando questionados sobre a que você atribui à situação caótica na saúde pública?

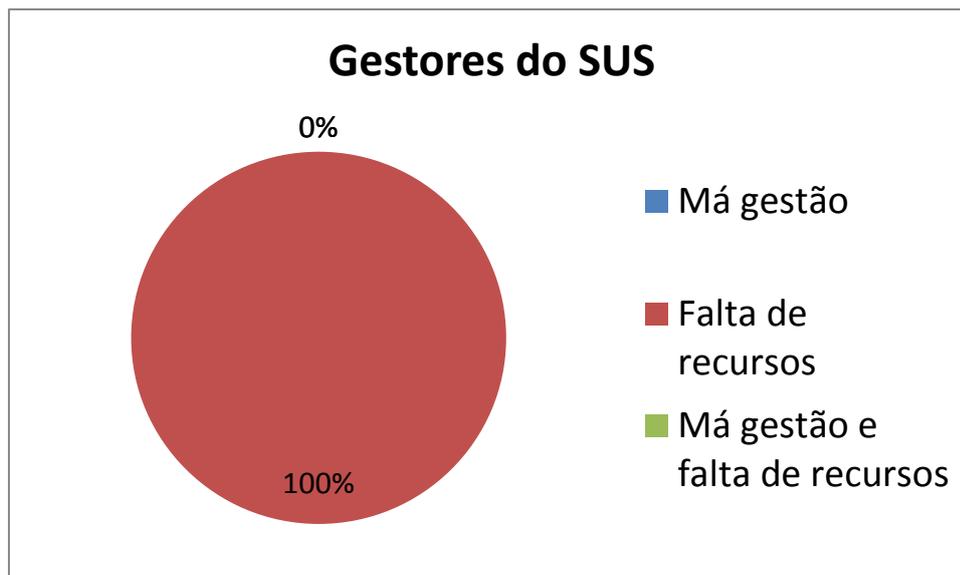
As respostas foram as seguintes:

Tabela 16 - A que você atribui à situação caótica na saúde pública?

Opções para resposta	Respostas
Má gestão	00
Falta de recurso	05
Má gestão e falta de recurso	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 18 a seguir.

Gráfico 18: A que você atribui à situação caótica na saúde pública?



Pode-se observar que os gestores do SUS em sua totalidade apontam a falta de recursos como o maior problema.

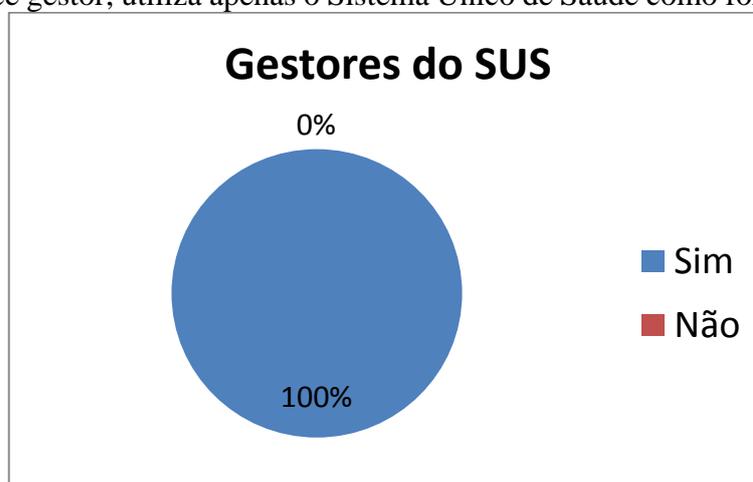
Quando foram questionados se já precisaram de atendimento em algum hospital público. As respostas foram as seguintes:

Tabela 17 - Já precisou de atendimento em algum hospital público?

Opções para resposta	Respostas
Sim	05
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 19 a seguir.

Gráfico 19 – Você gestor, utiliza apenas o Sistema Único de Saúde como forma de tratamento?



Todos os gestores entrevistados já utilizaram ou utilizam o SUS.

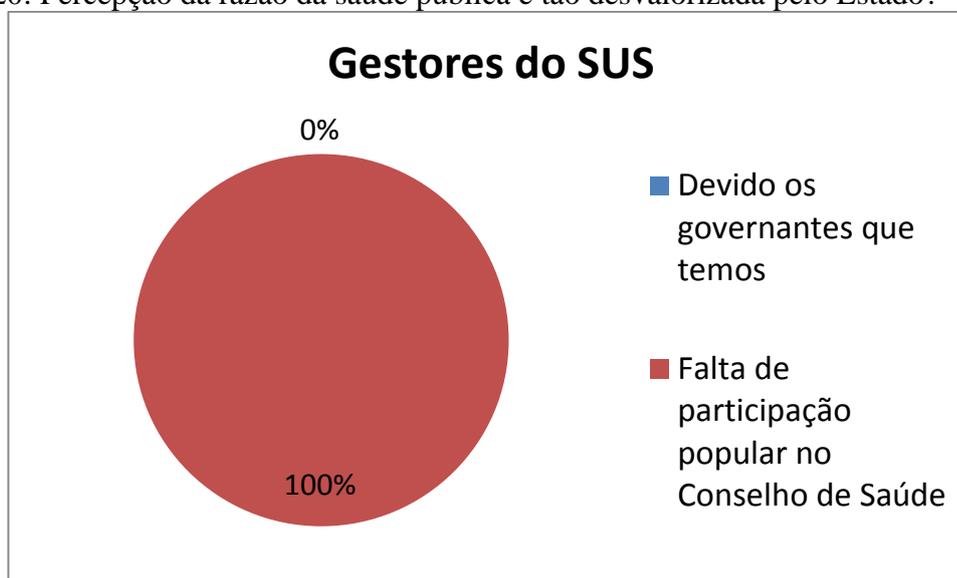
Sobre a razão da saúde pública ser tão desvalorizada pelo Estado? As respostas foram as seguintes:

Tabela 18 - Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

Opções para resposta	Respostas
Devido os governantes	00
Falta de participação popular nos Conselhos	05

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 20 a seguir.

Gráfico 20: Percepção da razão da saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?



Todos os gestores do SUS que foram entrevistados apontaram que a falta de participação popular prejudica o funcionamento humanizado do SUS.

Quando foram questionados se o índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências, as respostas foram as seguintes.

Tabela 19: Percepção sobre o índice de infecção generalizada nos hospitais ser ligado diretamente à estrutura e higiene oferecida.

Opções para resposta	Respostas
Sim	05
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 21 a seguir.

Gráfico 21: O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?



Os gestores do SUS afirmam que há todo um cuidado nos hospitais para que não haver prejuízo aos pacientes, mas algumas vezes, as infecções, ocorrem por motivos extraordinários.

Sobre o questionamento se os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados através dos investimentos que os gestores fazem. As respostas foram as seguintes.

Tabela 20 – Será que os gestores utilizam os serviços públicos que oferecem a população?

Opções para resposta	Respostas
Sim	05
Não	00

Para contribuir com a compreensão tem-se o gráfico 22 a seguir.

Gráfico 22: Percepção dos profissionais da saúde sobre o uso da saúde pública pelos gestores



Para os gestores, todos os políticos e aliados utilizam o serviço de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada através de pesquisa bibliográfica e pesquisa com usuários, profissionais e gestores, apresentou a importância de realizar um planejamento estratégico, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa atender a demanda da sociedade brasileira, buscando assim, melhorar a credibilidade de um dos maiores sistemas do Brasil.

Nesse trabalho foi realizado uma distribuição correta e atender bem a população que busca o SUS é essencial e vantajoso.

Os objetivos dessa pesquisa foram alcançados, pois em relação ao objetivo específico 1 o trabalho apresentou o histórico da saúde pública no Brasil, através de pesquisa bibliográfica e o objetivo específico 2 mostrou como está sendo a gestão financeira de recursos públicos para a saúde, com referência bibliográfica quando se fala de Brasil e através de pesquisa quando são analisados os recursos públicos, através dos diversos pontos de vista da sociedade na saúde pública em Camocim e Sobral.

Ao analisar os impostos relacionados à arrecadação para a saúde pública e repasses do governo para a saúde pública observa-se a diferença e como o investimento foi mudando ao longo dos anos, cada vez mais o município fica responsável por uma boa parte do investimento na saúde pública.

Quando foi encerrado a análise das entrevistas, observa-se que saúde pública, apesar dos investimentos, não possui um modelo de planejamento estratégico alinhado e formalizado, pois a cada governo ocorrem novas alterações, algumas não sendo bem vistas pela população que usa o Sistema Único de Saúde.

Com essa pesquisa foi possível aprimorar os conhecimentos em planejamento estratégico, colocando em prática os conhecimentos adquiridos dentro do curso de Administração Pública, assim como foi analisado a dificuldade de interação entre gestores e sociedade civil.

REFERÊNCIAS

AFONSO, José Roberto e MELLO, Luiz. **Brazil: an evolving federation**. Paper apresentado em Seminário do FMI, Washington DC: FM, 2000.

ALMEIDA, Marta de. **Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, v. VI, n. 3, p. 577-607, nov. 1999.

ARAGUAIA, M. **Variola**, 2002, Disponível em < <http://www.brasilecola.com/doencas/variola.htm> >, acessado no dia 22 de março de 2014.

AVILA, Kellen Cristina de Andrade - **A Administração Pública e a evolução do Estado**, 2013, Disponível em < <http://jus.com.br/revista/texto/24085/a-administracao-publica-e-a-evolucao-do-estado#ixzz2RicGbBnch><http://jus.com.br/revista/texto/24085/a-administracao-publica-e-a-evolucao-do-estado>> acesso no dia 10 de agosto de 2015.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1991**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal.

_____. Ministério do Planejamento e Orçamento, 1995. **Manual Técnico de Orçamento (MTO-03)**. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal.

_____. Ministério da Saúde, 1996. **Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão (Norma Operacional Básica do SUS 01/96)**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde, 2000. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. **Série Histórica do CNS, v 1**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

_____. Ministério da Saúde, 2000. **Secretaria de Investimentos em Saúde - SIS. Gastos Municipais com Saúde 1995-1998 - SIOPS**. Brasília: MS.

_____. Ministério da Saúde, 2001. **Manual do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 2001**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde, 2001. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01)**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Senado Federal, 1988. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal/Gráfica.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. 12. São Paulo: Saraiva, 2011.

CANDEIAS, Nelly Martins F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da Administração**. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CLEMENTS, Benedict, 1997. **Income Distribution and Social Expenditure in Brazil**. International Monetary Fund Working Paper, 120. Washington DC: FMI.

FILHO, C.B. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo, Atíca, 2003.

GIL, Antonio Carlos - G463. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. V 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p. ISBN 85- 224-2270-2.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

MÉDICI, A.; TAVARES, L. e MARQUES, R. M., 1995. **Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento**. Nota Técnica do IESP, v 14. São Paulo: FUNDAP.

MÉDICI, André Cezar e MARQUES, Rosa Maria, 1994. **Saúde: entre gastos e resultados**. Boletim de Conjuntura/Política Social, 14: 41-43.

MENDES, Aquilas; CARVALHO, Gilson; MARQUES, Rosa Maria, 1997. **O financiamento do SUS: princípios, série histórica e propostas**. Curso de Atualização para Gestores Municipais de Saúde. São Paulo: Secretaria de estado da Saúde/SP; Faculdade de Saúde Pública/USP e COSEMS/SP.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Maio-junho; v. 13, n. 3, p. 423-31, 2008.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto, 1999. **Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980-1996**. Texto para Discussão, 649. Brasília: IPEA.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: < <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf> >, acesso em 13 janeiro de 2015.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JR, José Luís. **Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 6, nº 3. Recife: 2006, p.335-336.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO

01 Você é:

Usuário do SUS Profissional da Saúde Gestor da Saúde

02 O que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos?

Ótimo Bom Regular Péssimo

03 A que atribui esta situação caótica?

Má gestão Falta de recurso Má gestão e falta de recurso?

04 Já precisou de atendimento em algum hospital público?

Sim Não

05 Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

Devido os governantes que temos? Falta a participação popular nos
Conselhos de Saúde

06 O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?

Sim Não

07 Será que os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados por ela?

Sim Não

APÊNDICE B– QUESTIONÁRIO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO

01 Você é:

Usuário do SUS Profissional da Saúde Gestor da Saúde

02 O que acham do atendimento das emergências em hospitais públicos?

Ótimo Bom Regular Péssimo

03 A que atribui esta situação caótica?

Má gestão Falta de recurso Má gestão e falta de recurso?

04 Utiliza apenas o Sistema Único de Saúde como forma de tratamento?

Sim Não

05 Por que a saúde pública é tão desvalorizada pelo Estado?

Devido os governantes que temos? Falta a participação popular nos
Conselhos de Saúde

06 O índice de infecção generalizada nos hospitais públicos é atribuído às más condições das dependências?

Sim Não

07 Será que os responsáveis pela saúde pública utilizam os serviços prestados por ela?

Sim Não