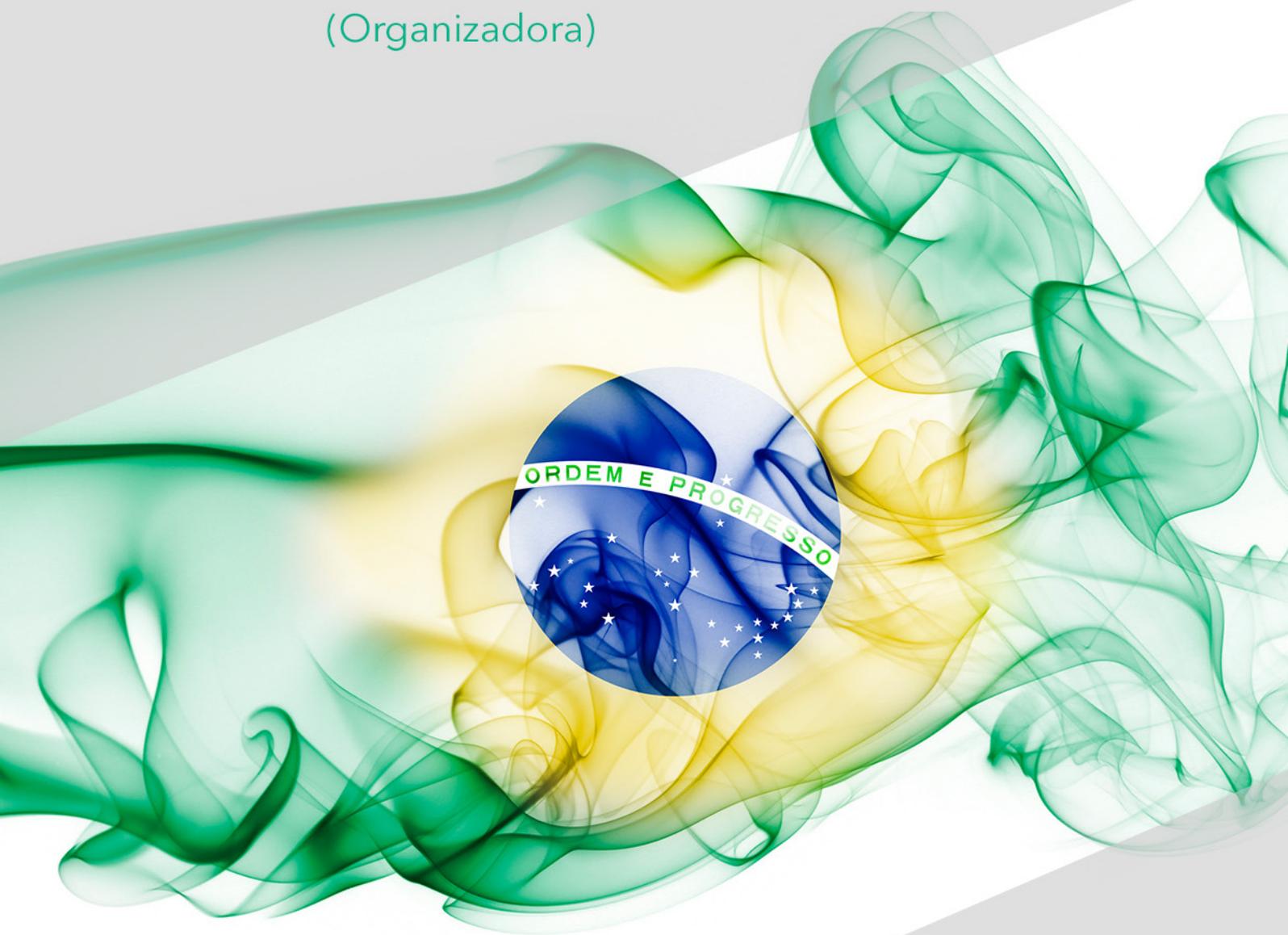


Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2018

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e
Diagnóstico**
5

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922011	
CAPÍTULO 2	10
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922012	
CAPÍTULO 3	20
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922013	
CAPÍTULO 4	37
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922014	
CAPÍTULO 5	47
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922015	
CAPÍTULO 6	59
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922016	
CAPÍTULO 7	70
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922017	

CAPÍTULO 8 78

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

Adriana Nascimento Santos Cartaxo

DOI 10.22533/at.ed.6361922018

CAPÍTULO 9 97

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

Mara Julyete Arraes Jardim

Andressa Arraes Silva

Lena Maria Barros Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.6361922019

CAPÍTULO 10 109

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna da Silva Oliveira

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Líscia Divana Carvalho Silva

Patrícia Ribeiro Azevedo

Andrea Cristina Oliveira Silva

Marli Villela Mamede

DOI 10.22533/at.ed.63619220110

CAPÍTULO 11 120

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Maria Laís Costa Campo

Greyce Kelly Cruz de Sousa França

Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.63619220111

CAPÍTULO 12 130

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Francilene Jane Rodrigues Pereira

Cesar Cavalcanti da Silva

Eufrásio de Andrade Lima Neto

DOI 10.22533/at.ed.63619220112

CAPÍTULO 13 139

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Isabella Nunes de Albuquerque

Claudia Teixeira Gadelha

Lúcio Flávio Gomes de Lima

DOI 10.22533/at.ed.63619220113

CAPÍTULO 14 148

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Fernanda Maia Gurjão
Mariana Lima dos Reis
Mariana Carla Saraiva Monteiro
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho
Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia

DOI 10.22533/at.ed.63619220114

CAPÍTULO 15 158

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Patrícia Barreto Cavalcanti
Carla Mousinho Ferreira Lucena

DOI 10.22533/at.ed.63619220115

CAPÍTULO 16 166

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

Leila Leal Leite

DOI 10.22533/at.ed.63619220116

CAPÍTULO 17 177

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

Leandro Fernandes Valente
Antonia Sheilane Carioca Silva
Andressa de Oliveira Gregório
Heliandra Linhares Aragão
Mônica dos Santos Ribeiro
Patrícia Thays Alves Pereira

DOI 10.22533/at.ed.63619220117

CAPÍTULO 18 185

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa
Luana Pereira do Nascimento Lima
Elane Cristina Matias Sousa
Olney Rodrigues de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.63619220118

CAPÍTULO 19 196

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Mayara Ceará de Sousa
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.63619220119

CAPÍTULO 20	206
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220120	
CAPÍTULO 21	218
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220121	
SOBRE A ORGANIZADORA	228

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINÁ- PIAUÍ

Leila Leal Leite

Ouidora do Hospital Universitário. Mestre em Gestão Pública pela Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI.

RESUMO: Objetivo da pesquisa é identificar a oferta dos serviços de saúde e analisar o repasse financeiro para os níveis de atenção à saúde em Teresina–PI. A coleta de dados foi baseada nos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e no Portal das Transferências Fundo a Fundo. O estudo é do tipo retrospectivo, exploratório e descritivo, com método de análise quantitativa. Os resultados mostram aumento dos estabelecimentos de saúde no setor privado e um declínio dos públicos e a variação do repasse financeiro destinado aos níveis de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Oferta; Financiamento; Serviços de saúde.

ABSTRACT: Aim of the research is identify the offer of health services and analyze the financial allocation for health care levels in Teresina-PI. Data collection was based on the websites of the national register of Health establishments, Information System on Public Health Budgets and the transfer Transparency Portal. The study

is retrospective, type exploratory and descriptive, with quantitative analysis method . The results show an increase of health establishments in the private sector and a decline in public and the variation in the financial allocation for health care levels.

KEYWORDS: Offer; Funding; Health service.

1 | INTRODUÇÃO

A interação entre os setores públicos e privados ou entre o Estado e o mercado no âmbito da oferta e do financiamento dos sistemas de cuidados com a saúde é um tema de importância crucial e hoje, mais que nunca, ocupa a agenda governamental brasileira, bem como de muitos outros países, particularmente, dos desenvolvidos, que tem hoje o grande desafio político de buscar o consenso entre a cobertura pública e privada, com vistas a não perder os avanços sociais já consolidados.

Faz-se necessária uma reflexão sobre as variantes do financiamento e a desigualdade espacial na oferta de serviços de saúde, sob a ótica das interfaces que foram sendo tecidas entre o setor público e privado no sistema brasileiro de proteção à saúde e, as consequências e entraves para a construção de um sistema mais equitativo. Coutinho (2000, p. 16) declara que, “ao tratar-se de saúde pública

as consequências não se refletem apenas na aplicação ineficiente de recursos, mas, sobretudo, no estado de saúde do indivíduo, representando a crucial diferença entre a possibilidade de vida ou morte”.

Durante o estudo acadêmico e experiências profissionais, surgiram algumas inquietações sobre os Sistemas de Saúde no Brasil, mas precisamente em Teresina-PI, após observar desigualdades no acesso da população a tratamentos médico-hospitalares, motivos desta pesquisa, que tem como objetivo de estudo identificar a oferta dos serviços de saúde no setor público e privado, bem como analisar o repasse financeiro do Sistema Único de Saúde para os diferentes níveis de atenção à saúde no município de Teresina-PI. Para amenizar as inquietações, buscou-se aporte teórico, a fim de contribuir com dados e informações que pudessem além de conferir conhecimentos, viabilizar debates de conscientização do pleno direito de acesso aos serviços de saúde na sua integralidade e equidade a todos os cidadãos brasileiros.

Este artigo está estruturado em cinco partes: na primeira, tem-se a introdução; na segunda, faz-se abordagem sobre a oferta e financiamento dos serviços de saúde; na terceira, é apresentado o caminho metodológico da pesquisa; na quarta, apresentam-se os resultados e as discussões; e, por fim, é exposta a conclusão do estudo.

2 | OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, o Sistema de Saúde começou a se estruturar a partir da década de 60, quando o Ministério da Saúde, embora tendo o apoio das unidades federativas e de seus respectivos municípios, limitou-se a promover campanhas profiláticas com hospitais que ainda não possuíam estrutura suficiente para tratar endemias graves, não conseguindo assim, cobrir a dimensão continental do país, devido ao fato de localizar-se em regiões bastante centralizadas (MARINHO E MAC-ALLISTER, 2005).

Andrade (2003, p. 12) afirma que com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e com a Constituição Federal de 1988, “[...] foi determinada a garantia do acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos brasileiros”. Neste momento, o Sistema Nacional de Saúde foi consolidado de fato mediante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, estabelece o papel das três instâncias governamentais (municipal, estadual e federal) no provimento, na oferta, financiamento e gerenciamento dos serviços de saúde pública.

Em conformidade com as teorias, observa-se que o Sistema de Saúde Brasileiro tem passado por diversas reformas, percebe-se ainda, que a partir dos anos 90 até hoje, o Brasil, convive com um Sistema Misto de Saúde, o público e o privado, no financiamento e/ou na prestação de serviços. Ou seja, o segmento privado também denominado de saúde suplementar, é regido pelas regras de mercado, com vistas a oferecer ações e serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca, característica de qualquer negócio. Já o segmento público, segundo Rodrigues (2003),

é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover ações e serviços de saúde para toda a comunidade.

Segundo Andrade (2003), a partir da década de 90, o Sistema de Saúde no Brasil passou a funcionar de forma única, constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada, definida de acordo com as diretrizes de descentralização, no qual estados e municípios comandam a execução dos serviços, mas o governo federal planeja, fiscaliza e controla o sistema. Segundo o autor (idem), ao longo desse processo os estados e municípios assumiram novas responsabilidades na provisão de serviços de saúde, implicando uma crescente descentralização do Sistema Nacional de Saúde ou municipalização da saúde, responsabilizando explicitamente o município pelo provimento e pela gestão dos serviços de saúde no seu território.

Neste contexto, entende-se que a descentralização significa uma tentativa de transformar os municípios em unidades gestoras de fato, ou seja, a municipalização possibilita a proximidade do gestor de saúde local com as reais necessidades de saúde da população, podendo assim, melhorar a distribuição espacial da oferta de serviços de saúde a uma parcela maior da população, tornando-a mais igualitária e de forma mais condizente com suas necessidades, “[...] esta discussão ganha atenção especiais, tanto pelas dimensões geográficas quanto pelas desigualdades econômicas e sociais existentes, como pela presença significativa do setor privado na prestação de serviços de saúde” (MARQUES E MENDES, 2005, p. 232).

No que se refere ao público e privado no Brasil, o Sistema de Saúde Brasileiro desde o início do século XX, “[...] foi caracterizado por um padrão institucional dual, que distinguia e separava ‘saúde pública’ e ‘medicina previdenciária’ marcada pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais” (BARROS, 2002, p. 57).

Hoje, o setor privado vem se expandindo em sua estrutura e nos serviços prestados à população, cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público. Esta expansão torna-se visível através da observação do crescimento das instituições privadas, como hospitais, clínicas e laboratórios. “Existem ainda grandes desafios a ser enfrentados por todos os gestores do SUS para tornar os princípios e diretrizes definidas em um sistema pleno, realidade esperada por toda a população brasileira” (BRASIL, 2003, p. 120).

3 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo retrospectivo, exploratório e descritivo, baseado em dados secundários provenientes de distintas bases de dados, com método de análise quantitativa, o qual “[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON et al, 2010, p. 70). Foram utilizados métodos

estatísticos que torna “possível determinar em termos numéricos a probabilidade de acertos de determinada conclusão, bem como a margem de erro de um valor obtido” (GIL, 2007, p. 35).

Para Chizzotti (2003, p.52), a pesquisa quantitativa, “tem maior poder de generalização dos achados científicos, também, prever a mensuração de variáveis preestabelecidas mediante a frequência de incidências e de correlações estatísticas”. Desta forma, este tipo de abordagem atendeu aos objetivos propostos pelo estudo.

A pesquisa foi realizada no período de 30 dias correspondente ao mês de novembro de 2016. A coleta de dados foi feita por meio das distintas bases de dados, com uma análise sobre a oferta e financiamento dos serviços de saúde. A oferta foi analisada pelas informações contidas no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o financiamento pelos dados disponíveis no site do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e no Portal da Saúde/ Transferências Fundo a Fundo.

Os resultados das buscas eletrônicas (Portal da Saúde/MS, SIOPS e CNES) foram selecionados e avaliados pela pesquisadora referente ao período de 2010 a 2014. A primeira variável referente à oferta observou-se a quantidade dos estabelecimentos de saúde por tipo de prestador de serviço de saúde segundo a natureza jurídica. E a segunda variável, no que diz respeito à fonte de financiamento buscou-se analisar os valores repassados Fundo a Fundo (Repasses Municipais) e as despesas consolidadas por nível de atenção a saúde. Para a análise dos dados foi utilizado estatística descritiva.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados referentes ao número de estabelecimentos de saúde em Teresina entre os anos de 2010 a 2014, segundo o CNES/MS, apontam na Tabela 1 um aumento de 707 para 920 estabelecimentos. De acordo com a natureza jurídica observou-se um crescimento na quantidade de estabelecimentos de saúde no setor privado em todos os anos do estudo, variando de 82% a 82,8%. No entanto, os estabelecimentos públicos apresentaram um declínio de 18% para 17,2%.

O sistema público de saúde juntamente com o privado, coopera com o desenvolvimento do SUS. Em ambos os sistemas analisados, observou-se que existe um crescimento tanto quantitativo quanto qualitativo dos serviços privados em relação ao público.

Tipo de Prestador	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Público	127	18	137	17,9	133	16,3	150	17,1	158	17,2
Privado	580	82	627	82,1	683	83,7	729	82,9	762	82,8
Total	707	100	764	100	816	100	879	100	920	100

Tabela 1: Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipo de prestador segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES / MS (BRASIL, 2016)

Nos últimos anos, o setor privado apresentou uma maior expansão em sua estrutura e nos serviços prestados à população, cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público. A tendência atual é que este crescimento se intensifique, aumentando a oferta da assistência privada. O setor de cuidados à saúde, no segmento suplementar, compreende todo o conjunto de instituições privadas que têm como objetivo ofertar serviços de atenção à saúde, paralelamente à oferta do Estado (ANDREAZZI, 2002).

Conforme Andreazzi (2002), a razão da denominação do segmento privado como assistência médica suplementar é, segundo Kornis e Caetano (2002, p. 32) “a existência de um serviço público de atenção médica de caráter obrigatório, sendo permitida ao beneficiário a opção pelo pagamento de um seguro privado”. Uma das formas de colaboração da iniciativa privada e prevista na Constituição Federal de 1988 se refere a uma atuação complementar ou suplementar.

A diminuição da oferta de serviços de saúde no Sistema Público tem contribuído para o crescimento das atividades no setor privado por disponibilizar um melhor atendimento, equipamentos modernos, bem como, recursos humanos capacitados, razão pela qual, uma parcela da população busca ser assistida pelo sistema privado como alternativa para a resolutividade dos seus problemas de saúde (ANDREAZZI, 2002).

Assim, entende-se que o setor privado participa duplamente no financiamento da saúde no pagamento de tributos e na forma complementar e/ou suplementar. No financiamento do sistema de saúde brasileiro, a saúde suplementar funciona como uma opção ou alternativa para o usuário do Sistema Público de Saúde permitindo-o, se assim for do seu interesse, que o mesmo se utilize da iniciativa privada como forma de usufruir de um tratamento diferenciado, minimizando as deficiências do serviço público.

A União delega aos municípios, os serviços de saúde voltados à atenção primária. Estes, por não dispor de condição financeira e institucional, com recursos limitados e à espera de repasses federais, comprimem a oferta de serviços e dão margem para o aumento das atividades privadas. O crescimento da oferta de serviços privados de saúde está relacionado à insuficiência dos recursos do setor público de saúde e ao suporte comercial oferecido pelas empresas privadas de saúde.

Na Tabela 2, buscou-se avaliar as informações da quantidade de estabelecimentos

de saúde por esfera administrativa em Teresina-PI. Foi observado um aumento quantitativo de estabelecimentos de saúde na esfera municipal nos anos analisados, variando de 85,8% a 86,7%; os estabelecimentos públicos estaduais declinaram e a esfera federal mantém o mesmo número, entre os anos de 2010 a 2014.

Esfera Administ.	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%								
Federal	1	0,8	1	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,6
Estadual	17	13,4	17	12,4	17	12,8	17	11,3	20	12,7
Municipal	109	85,8	119	86,9	115	86,5	132	88,0	137	86,7
Total	127	100	137	100	113	100	150	100	158	100

Tabela 2: Quantidade de Estabelecimentos de Saúde, por esfera administrativa, segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES / MS (BRASIL, 2016)

Segundo Levcovitz *et al.* (2001), os municípios, em 1993, adquiriram um protagonismo maior no financiamento, coerente com o caráter inicialmente municipalista do SUS e, em 2002, a esfera estadual de governo passou a participar de forma muito mais ativa, fruto tanto do resgate do seu papel de gestor do SUS através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como da regulação estabelecida por meio da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que a municipalização e a gestão descentralizada de acordo com Marques e Mendes (2003), não só regula como estrutura o sistema público de saúde no país através das formulações e implementações dos meios de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, repasses municipais. A partir da Constituição Federal de 1988 e o processo de descentralização tributária, ampliou-se a competência tributária de estados e municípios fazendo com que aumentasse as transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo (ABRUCIO, 2005).

Os municípios brasileiros ganharam a condição de entes federativos autônomos, no que se refere ao município de Teresina encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica ganhando força com a descentralização da gestão, favorecendo a melhoria e qualidade na prestação e na oferta dos serviços municipais tendo como resultado um aumento significativo na quantidade de estabelecimentos de saúde pública cabendo cada vez mais atenção especial e comprometimento por parte dos gestores de setores da saúde.

No que diz respeito ao repasse de fundos para saúde no município de Teresina, a Tabela 3 mostra que o aporte financeiro repassado ao Programa Atenção Básica aumentou no período considerado. Em contrapartida, observou-se, também, que o repasse monetário para realizações das ações de média e alta complexidade aumentou gradualmente. Durante o período pesquisado, detectou-se que do valor total repassado

fundo a fundo, a menor parcela, 15,8%, estava voltada para investimento nas ações de média e alta complexidade.

Valores Repassados Fundo a Fundo	Atenção Básica		Média e Alta Complexidade	
	Nº	%	Nº	%
2010	43.952.132,50	15,8	179.490.679,47	14,8
2011	53.347.293,83	19,2	260.089.747,56	21,5
2012	59.006.290,67	21,5	255.081.669,40	21,1
2013	59.766.737,70	21,2	249.115.570,79	20,6
2014	61.762.376,77	22,2	266.591.665,86	22,0
Total	277.834.831,47	100	1.210.369.333,08	100

Tabela 3: Valores repassados Fundo a Fundo por nível de atenção a saúde segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014.

Fonte: Portal da Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2016)

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde. Esta Lei propõe o repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal, referentes à cobertura das ações e dos serviços de saúde para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde (BRASIL, 1990).

Conforme Mendes (2005), a transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. Já os recursos transferidos fundo a fundo, segundo Pinto *et al.* (2009), financiam as ações e serviços de saúde da Atenção Básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e da assistência de média e alta complexidade realizada por Estados e Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual.

Para Arretche (2003), a política de saúde no Brasil tem como diretriz maior a inclusão social universal. As necessidades de recursos financeiros do setor saúde tendem a ser sempre crescentes, ainda mais se considerar, associado a isso, o aumento e envelhecimento da população, as características próprias do nosso processo de transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de tecnologias. Ainda segundo a autora, a situação poderia ser incomparavelmente pior, não fossem as medidas propostas e implementadas pelos gestores do sistema nas três esferas de governo.

Ugá *et al.* (2003), concluem que os avanços do processo de descentralização e da expansão das ações de Atenção Básica acarretaram uma reorientação dos recursos financeiros, refletida na maior homogeneidade e na distribuição dos recursos per

capita para as unidades federadas e regiões do País. Assim, verifica-se a necessidade de uma rede de unidades básicas de saúde em número suficiente para atender à população e realizar atendimentos básicos.

A Tabela 4 demonstra as despesas consolidadas por nível de atenção a saúde no município de Teresina. Detectou-se que em ambos os níveis há um aumento na consolidação dos gastos, ou seja, tem havido maior emprego do dinheiro nas ações a cada ano tanto a nível de Atenção Básica variando de 10,8% a 26,8%, como na média e alta complexidade variando de 15,2% a 24,1%.

Despesas	Atenção Básica		Média e Alta Complexidade	
	Nº	%	Nº	%
2010	49.965.524,70	10,8	226.153.259,87	15,2
2011	63.686.896,55	13,8	246.271.387,17	16,6
2012	78.257.262,17	16,9	283.982.546,39	19,1
2013	146.521.248,97	31,7	372.634.639,78	25,1
2014	123.859.771,28	26,8	358.207.536,44	24,1
Total	462.290.703,70	100	1.487.249.369,65	100

Tabela 4: Despesas conslidadas por nível de atenção a saúde segundo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde / MS (BRASIL,2016)

Ao confrontarmos a Tabela 3 com a Tabela 4, observou-se o aumento do repasse do financiamento das ações de saúde e que a despesa com estas ações também aumentou como mostra a Tabela 4. Porém, se observa a não utilização de todo o repasse nas ações. Percebe-se com os dados que as ações de média e alta complexidade, no ano de 2011, Teresina recebeu mais de R\$ 260 milhões (TABELA 3) e neste mesmo período consolidou o gasto de pouco mais de R\$ 246 milhões (TABELA 4). Nos demais anos da pesquisa, os dados mostraram que as despesas tanto com a Atenção Básica quanto com ações de média e alta complexidade foram maiores do que o repasse fundo a fundo.

A municipalização dos serviços de saúde se pauta na ideia da redução das despesas com a atenção de média e alta complexidade em detrimento da expansão dos serviços de saúde voltados para Atenção Básica nos cuidados de prevenção de doenças, de promoção e recuperação da saúde.

No entanto, observa-se que há uma contradição nesta ideia em relação ao município de Teresina como mostra a Tabela 04, uma tendência do crescimento das despesas em todos os níveis de atenção à saúde, contrariando, portanto, a expectativa da redução automática das despesas na atenção de média e alta complexidade mediante ações de qualidade na prestação de serviços e de cuidados com a Atenção Básica.

De acordo com Maia (2004), o Sistema de Saúde Brasileiro é composto pelo

Sistema Único de Saúde e pelo Sistema de Saúde Suplementar, público e privado respectivamente, e que a participação do setor privado no gasto com saúde constitui uma parcela significativa do mercado de serviços de saúde.

Em face do exposto, o sistema de saúde voltado para atividades de atenção primária que possui a ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, deve estar direcionado para as necessidades de saúde da população, enfrentamento de situações epidemiológicas, atenção às situações crônicas de saúde, ou seja, todas as ações de vigilância em saúde, assim, o fortalecimento da atenção primária de saúde torna-se um sistema de saúde mais adequado, efetivo, de qualidade e mais eficiente porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros (MENDES, 2007).

Um dos sérios problemas que o SUS enfrenta hoje é a ineficiência dos serviços públicos de saúde. Portanto, é necessário fazer avaliações e um trabalho de reorganização da rede de atenção primária à saúde, já que a Atenção Básica é capaz de mudar a realidade do antigo modelo hospitalocêntrico promovendo de forma resolutiva os problemas de saúde da população, contraindo menor gasto na prevenção das doenças. Para isso, são necessários mais investimentos financeiros e qualificação profissional.

5 | CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como o sistema público de saúde responsável por garantir de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços, a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a adoção do princípio da universalização, o Estado, através do SUS, tem o dever de prestar a assistência à saúde a todo cidadão, independentemente de uma contraprestação pecuniária.

Neste sentido, diante dos resultados desta pesquisa foi possível observar que houve avanços importantes na condução e organização da política de Saúde da Atenção Básica de Teresina, porém, ainda é bastante notória, uma forte presença do setor privado na prestação de serviços de saúde pública, principalmente nos de apoio diagnóstico e hospitalar, seguramente cobrindo possíveis lacunas deixadas pelo setor público.

Conclui-se, portanto, que o cuidado à saúde deve ter sua qualidade garantida independentemente, da fonte de financiamentos e da oferta de serviços de saúde desde que sejam respeitados os princípios da universalidade, da integralidade e equidade. Portanto, a política pública de regulação do público e privado, no tocante à assistência à saúde, deve contribuir para a articulação entre os cuidados prestados no SUS e no segmento suplementar.

Para tanto, é importante a participação de todos os agentes dos setores públicos

e privados, buscando em cada um deles suas vantagens comparativas, definindo instrumentos e incentivos para que cada um deles possa dar o melhor de si na construção de sistemas de saúde comprometidos com os anseios e necessidades da saúde da população brasileira.

Enfim, conclui-se que o sistema de saúde pública de Teresina no que se refere aos cuidados com a saúde destaca-se a Atenção Básica pela importância de promover a saúde e de prevenir as doenças amenizando sofrimentos e proporcionando o bem-estar individual e coletivo buscando a eficácia e a eficiência dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: A experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 2005.n.24, p. 41-67.

ANDRADE, M.V. Políticas estaduais na área de saúde. In: **Minas Gerais do Século XXI: Investindo em Políticas Sociais**, V.III, Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, Belo Horizonte: BDMG, 2003.

ANDREAZZI, M. de F.S. **Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 90**. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social–UERJ, 2002.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: O difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003. V. 8, n. 2, p. 331- 345.

BARROS, E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: Marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-americana de Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS; v.4. p.17-70. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpi.def>>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. São Paulo: **Editora Revista dos Tribunais**; 1997. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1790&pagina=dspPesquisa&uf=PI&perInicial=01/01/2011&perFinal=11/0&perMunicipio=221100>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. 2016. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncao.php>. Acesso em 03 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/gestao.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos

de saúde. Diário Oficial da União. 14 set. 2000.

_____. **Lei nº 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 intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez. 1990.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COUTINHO, M.J.V. A administração pública voltada para o cidadão: Quadro teórico-conceitual. **Revista do Serviço Público.** ENAP: 2000. Ano 51, número 3, jul-set.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KORNIS, G.; CAETANO R. Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil. In: **Regulação & Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ANS, 2002.

LEVCOVITZ, E; et al. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2001. 6: 269-318.

MAIA, A.C. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro.** [Dissertação]. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MARINHO, F.; MAC-ALLISTER M. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde para as Organizações Prestadoras Privadas. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração.** Brasília: ANPAD, 2005.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Revista Economia e Sociedade.** Campinas, 2005. Vol.14, nº 1, p. 159-175.

_____. A. Os (des) caminhos do financiamento do SUS. Saúde em Debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde,** 2003. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001).** 2005. 421 f. [tese]. Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 422 p.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde.** Secretaria Estadual de Minas Gerais Belo Horizonte, 2007. 156 p.

PINTO, N.R.S.; et al. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: Um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2009. V. 25, n. 4, p. 927- 938.

RICHARDSON, R. J.; et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, P.H. Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde. In: **Fórum de debates sobre Saúde Suplementar.** Anais. Rio de Janeiro; ANS, 2003.

UGÁ, M.A.; et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2003. V. 8, n. 2, p. 417-427.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-063-6

