

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DE CIDADES
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Maria Carolina Gonçalves Oliveira

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE DOS
INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Abril de 2016

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DE CIDADES
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Maria Carolina Gonçalves Oliveira

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE DOS
INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado
Profissional em Planejamento Regional e Gestão de Cidades
da Universidade Cândido Mendes – Campos dos
Goytacazes/RJ para obtenção do grau de MESTRE EM
PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Orientadora: Prof^a. Ludmila Gonçalves da Matta, Dsc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Abril de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

O48p Oliveira, Maria Carolina Gonçalves.

Planejamento em saúde e gestão democrática: uma análise dos instrumentos do planejamento da política de saúde do Município de Campos dos Goytacazes./ Maria Carolina Gonçalves Oliveira – 2016.

168 f.; il.

Orientador: Ludmila Gonçalves da Matta.

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades– Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2016.

Bibliografia: f. 142 - 160.

1 Política de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Gestão democrática. I: Universidade Candido Mendes – Campos. II. Título.

CDU: 614:316.43(1-21)(815.3)

MARIA CAROLINA GONÇALVES OLIVEIRA

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes – Campos dos Goytacazes/RJ para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Aprovado em: 29 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ludmila Gonçalves da Matta, Dsc.- Orientadora
Universidade Candido Mendes.

Prof^a. Lia Hasenclever, DSc.
Universidade Candido Mendes.

Prof Rodrigo Anido Lira, DSc.
Universidade Candido Mendes.

Prof^a.:Vera Lúcia Marques da Silva, DSc.
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou e me sustentou até aqui. Obrigada Senhor. Agradeço também a minha família que sempre esteve me apoiando e compreendendo todas as vezes que estive ausente ou que precisei me fazer ausente devido aos compromissos do mestrado. Amo vocês Daniel, Alexandre, Ana, Felipe e Júnior.

Também agradeço a todos meus amigos que estiveram comigo desde minha formação acadêmica e que acompanharam em meu crescimento como pessoa e como profissional, às minhas irmãs do coração: Marley, Jeanine, Priscilla. Aos amigos de sempre e para sempre da turma UFF Campos 2008/01: Kekeu, Carla, Leilane; Day, Aninha e Gigi.

Um agradecimento especial aos companheiros da Turma 2014 do mestrado.

Aos amigos que acompanharam meu processo de entrada no mestrado tão desejado e perseguido: Cida, Natália, Thiara, Diogo, Etinho, Késia e Aline.

Aos amigos e aos colegas da Prefeitura Municipal de Muriaé, mas principalmente as Secretárias Municipais de Administração e de Saúde Daniela Guarçoni e Denise. Não esquecendo e um especial agradecimento a minha coordenadora imediata Viviane Guimarães que sempre compreendeu esse grande passo da minha vida.

Agradeço a minha orientadora Ludmila da Mata que sempre esteve muito presente neste momento tão crucial e de construção do conhecimento, com tantas horas de muitas

discussões, choros (meus) e risadas (nossas). Obrigada pela atenção desprendida de sempre.

Obrigada aos professores do Mestrado que foram tão importantes para a construção deste trabalho, sendo este um trabalho de profundas reflexões e muitas conversas, aos professores: Rosélia, José Luis, Ludmila, Erica, Rodrigo, Denise, Eduardo Shimoda e Elis. Obrigada aos funcionários da UCAM pelo carinho de sempre, em especial a Cida, Weila e Tia Bel.

Agradeço a Professora Vera Marques da Silva pela presença na qualificação deste trabalho com suas orientações tão pertinentes e agora na defesa da dissertação.

Obrigada a Professora Lia Hasenclever por ter aceitado o convite de estar presente na avaliação desta trabalho.

Agradeço novamente ao Professor Rodrigo Lira por ter aceitado o convite, estou muito feliz.

Em especial agradecimento aos conselheiros municipais de saúde pelo carinho, paciência e empenho na pesquisa, sempre estiveram muito presente nesta construção. Continuem lutando sempre por uma gestão democrática verdadeira. Agradeço principalmente aos conselheiros: Estevão, Edgard e Acácio.

E por fim, agradeço aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

RESUMO

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.

O presente trabalho realizou uma pesquisa empírica, composta por: pesquisa exploratória; pesquisa documental, subdividida em análise dos Instrumentos do Planejamento em Saúde (PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013) e leitura das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde; levantamento de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; e entrevista com um funcionário ligado à elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde do Município de Campos dos Goytacazes. Ações essas com o objetivo de analisar a elaboração e implementação dos Instrumentos de Planejamento em Saúde e o papel do Conselho Municipal de Saúde nesse processo. De fato, a Política de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes não é devidamente operacionalizada, ocorrendo falhas técnicas tanto na elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde, quanto no controle social por parte do Conselho Municipal de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Planejamento em Saúde. Gestão democrática.

ABSTRACT

HEALTH PLANNING AND DEMOCRATIC MANAGEMENT: AN ANALYSIS OF THE INSTRUMENTS OF THE HEALTH POLICY PLANNING OF THE MUNICIPALITY OF CAMPOS DOS GOYTACAZES

This work conducted an empirical research on the following topics: exploratory research; documental research, subdivided into the analysis of the Health Planning Tools (PMS 2010-2013, PAS and RAG 2010, 2011, 2012 and 2013) and the reading of the meeting minutes of the Municipal Health Council; data survey of Rio de Janeiro State Health Secretariat; and an interview with an employee connected with the drafting of the Health Planning Tools of Campos dos Goytacazes Municipality. Those actions aimed to analyze the creation and implementation of the Tools of Health Planning and the role of the Municipal Health Council in that process. In fact, the Health Policy of Campos dos Goytacazes Municipality is not properly operationalized, with the occurrence of technical failures both in the elaboration of the Health Planning Tools and the social control by the Municipal Health Council.

KEYWORDS: Health Policy. Health Planning. Democratic management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Mapa do Município de Campos dos Goytacazes.	23
Figura 2:	O Diagrama do processo da Formulação de Política Pública	77
Figura 3:	Triângulo de Governo de Matus	82
Figura 4:	Postulado da Coerência	85
Figura 5:	Instrumentos de Planejamento e Orçamento no Sistema Único de Saúde	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Composição do Conselho Municipal de Saúde para o biênio 2014-2016	65
Quadro 2:	Trajetória dos Planos no Brasil	72
Quadro 3:	Checklist do PMS comparado ao PMS de Campos dos Goytacazes (2010-2013).	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Reuniões do CMS	114
Tabela 2:	Mudanças na Gestão da Política de Saúde	118
Tabela 3:	RAG (2009, 2010, 2011, 2012, 2013), ano de aprovação e recursos orçamentários.	124
Tabela 4:	Indicadores de Qualidade da Atenção Básica	129
Tabela 5:	Fortalecimento da rede de saúde mental.	131
Tabela 6:	Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança	132
Tabela 7:	Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa de DCNTs.	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS:	Atenção Básica de Saúde
AIS:	Ações Integradas da Saúde
AMS:	Assistência Médica Sanitária
CAOP:	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CAPs 2:	Centro de Apoio Psicossocial 2
CAPs ad:	Centro de Apoio Psicossocial álcool e drogas
CAPS i:	Centro de Apoio Psicossocial infantil
CCS:	Conselho Comunitário de Saúde
CEPAL:	Comissão Econômica para a América Latina
CENDES:	Centro de Desenvolvimento
CIB:	Comissões Intergestores Bipartite
CIMS:	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIT:	Comissão Intergestores Tripartite
CMS:	Conselho Municipal de Saúde
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
COAP:	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CPPS:	Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde
DAI:	Departamento de Articulação Interfederativa
DAF:	Departamento de Assistência Farmacêutica
DCNTs:	Doenças Crônicas não transmissíveis
DST/AIDS:	Doença Sexualmente Transmissível/ <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
EC:	Emenda à Constituição

ENSP/FIOCRUZ: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

FHC: Fernando Henrique Cardoso

GLBTT: Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis

HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
= Vírus da Imuno Deficiência Adquirida

IAPs: Instituto de Aposentadorias e Pensões.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IFF: Instituto Federal Fluminense.

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social.

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

IO: Imagem-Objeto.

ISC- Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

UFBA:

ISECENS Institutos Superiores de Ensino do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora.

A:

ISEPAM: Instituto Superior de Educação Aldo Muylaert.

ISTHORTICULTUTRA: Instituto Superior de Tecnologia

LAPA: Laboratório de Análise e Planejamento.

LC: Lei Complementar

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

LOM: Lei Orgânica do Município

LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social

LOS: Lei Orgânica Saúde

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MS: Ministério da Saúde

MS/GM: Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

MSUs: Movimentos Sociais Urbanos

NOB/91: Norma Operacional Básica de 1991

NOB/92: Norma Operacional Básica de 1992

NOB/93: Norma Operacional Básica de 1993

NOB/96: Norma Operacional Básica de 1996

NOBs: Normas Operacionais Básicas

OEA: Organização dos Estados Americanos

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

OPS: Operação Política Supervisionada

PAC: Programa de Aceleração do Crescimento

PAC: Programa de Aceleração do Crescimento

PACS: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PAD: Assistência Domiciliar

PAEG: Plano de Ação Econômica do Governo

PAISCA: Saúde da Criança

PAISM: Saúde da Mulher

PAS: Programação Anual de Saúde

PASs: Programações Anuais de Saúde

PAST: Saúde do Trabalhador

PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários.

PED: Plano Estratégico de Desenvolvimento.

PIB: Produto Interno Bruto.

PLANEJASUS: Sistema de Planejamento do SUS

PMS: Laboratório de Análise e Planejamento.

I PND: Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento

II PND: Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento

III PND: Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento

POA: Plano Operativo Anual

PPA: Plano Plurianual

PROAPAR: Asma e Rinite

PSE: Saúde na Escola.

PSF: Programa de Saúde da Família

RAG: Relatório Anual de Gestão

RDQA: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RH: Recursos Humanos

RG: Relatório de Gestão

RREO: Relatório Resumido de Execução Orçamentária

SARGSUS: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SGEP: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

SGEP/MS: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

SPT: Saúde Para Todos.

SUDENE: Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de saúde

UENF: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UF: Unidades Federativas

UFF: Relatório de Gestão

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

US: Unidade de Saúde.

USP: Universidade de São Paulo

UTIs: Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1:	INTRODUÇÃO	19
2:	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	23
2.1:	BREVÍSSIMO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.	23
2.2:	MOVIMENTO SANITARISTA: BINÔMIO SAÚDE E DEMOCRACIA.	23
2.3:	POLÍTICA DE SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.	29
2.4:	O CASO BRASIL: CONQUISTA DE DIREITOS E A REAFIRMAÇÃO DO IDEÁRIO NEOLIBERAL.	34
2.4.1:	A realidade brasileira: avanços e descompassos nas políticas sociais.	40
3:	PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS NO BRASIL.	42
3.1:	A TRAJETÓRIA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.	46
3.2:	CONSELHO MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.	49
3.2.1:	O Município de Campos dos Goytacazes.	53
3.2.2:	O cenário político de Campos dos Goytacazes.	58
3.2.3:	O processo de construção do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.	59
4:	O PLANEJAMENTO E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UM CAMINHO POSSÍVEL (?).	67
4.1:	O PLANEJAMENTO COMO CONCEITO E COMO INSTRUMENTO.	67

4.2:	PLANEJAMENTO COMO PROPOSTO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE	73
4.2.1:	O Enfoque Estratégico de Planejamento em Saúde.	80
4.2.1.1	Carlos Matus e o planejamento-estratégico-situacional.	80
4.2.1.2	Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde.	83
4.2.1.3	Saúde Para Todos (SPT) e seu enfoque estratégico.	88
4.2.1.4	Estudos do Planejamento em Saúde desenvolvidos no Brasil.	89
4.3:	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE SEUS INSTRUMENTOS	91
4.3.1:	O Plano de Saúde.	96
4.3.2:	Programação Anual da Saúde.	97
4.3.3:	Relatório de Gestão.	99
5:	O PERCURSO METODOLÓGICO	102
5.1:	PESQUISA EXPLORATÓRIA.	103
5.2:	PESQUISA DOCUMENTAL.	104
5.2.1:	Análise dos instrumentos do Planejamento em Saúde.	104
5.2.2:	Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.	106
5.3:	LEVANTAMENTO DE DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.	106
5.4:	ENTREVISTA COM O FUNCIONÁRIO LIGADO À GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL.	107
5.5:	ANÁLISE DA PESQUISA.	108
5.5.1:	Planejamento e Gestão Democrática.	108
5.5.2:	A Gestão Democrática na Política de Saúde e seu Planejamento.	108
5.5.3:	Política e Planejamento em Saúde.	109
6:	PLANEJAMENTO EM SAÚDE: EM BUSCA DE RESPOSTAS	110
6.1:	PLANEJAMENTO E GESTÃO DEMOCRÁTICA.	110
6.1.1:	Instalações, funcionamento, composição e disputa de poder interno do Conselho Municipal de Saúde.	110
6.1.2:	A Gestão Democrática na Política de Saúde e o seu Planejamento.	114
6.2:	POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE.	117
6.2.1:	PMS 2010-2013.	120

6.2.2:	PAS e RAG (2010, 2011, 2012 e 2013).	123
6.2.3:	RAG 2010.	125
6.2.4:	RAG 2011.	126
6.2.5:	RAG 2012.	127
6.2.6:	RAG 2013.	127
6.2.7:	Indicadores de Saúde: uma análise dos rebatimentos na qualidade dos serviços de saúde referente ao período de vigência do PMS 2010-2013.	128
7:	CONSIDERAÇÕES FINAIS.	137
8:	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	142
	APÊNDICE 1: ENTEVISTA COM OS CONSELHEIROS.	161
	APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA AO FUNCIONÁRIO LIGADO A GESTÃO PLÍTICA DE SAÚDE LOCAL.	163
	ANEXO 1: TABELA COM DADOS A RESPEITO DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES APRESENTANDO AS DIRETRIZES, OS OBJETIVOS E OS INDICADORES DA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA.	165

1: INTRODUÇÃO

Como se configura a atual rede municipal de saúde de Campos dos Goytacazes? O município “faz planejamento” em sua Política de Saúde? Os Instrumentos de Planejamento em Saúde são operacionalizados? E esse Planejamento em Saúde é de fato implementado?

Essas são algumas inquietações trazidas para discussão nesta dissertação. Inquietações que foram fomentadas no decorrer da disciplina Temas Especiais em Políticas e Sistemas de Saúde do mestrado em Políticas Sociais, na UENF, como aluna especial, e também durante o cumprimento das disciplinas do Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, pela UCAM.

Assim, a presente proposta de estudo tem como tema o planejamento da Política de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes. E, como recorte, os instrumentos do planejamento, o Plano Municipal de Saúde (e/ou Plano de Saúde em nível municipal, de 2010-2013), as Programações Anuais de Saúde (PAS 2010, 2011, 2012 e 2013) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2010, 2011, 2012 e 2013). Tais instrumentos têm por finalidade operacionalizar o planejamento de todas as iniciativas no âmbito da saúde.

No Planejamento em Saúde, seus instrumentos são resultantes de um processo que culmina com a elaboração de planos e relatórios. Assim, “sendo o objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento indica processos e métodos de formulação e requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, 2009, p. 17).

Objetivou-se, neste estudo, analisar a elaboração e implementação dos Instrumentos de Planejamento em Saúde e o papel do Conselho Municipal de Saúde nesse processo. Para tal, em princípio realizou-se uma pesquisa empírica composta

por: pesquisa exploratória; pesquisa documental, subdividida em análise dos Instrumentos do Planejamento em Saúde (PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013) e leitura das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde; levantamento de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; e entrevista com um funcionário ligado à elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde do Município de Campos dos Goytacazes.

O Município de Campos dos Goytacazes recebe anualmente significativa receita oriunda de *royalties* e participações especiais (em 2013 recebeu R\$1.375.983.824,37 (INFOROYALTIES, 2014)), o que o torna uns dos municípios mais ricos do Estado do Rio de Janeiro.

Parte desses royalties é destinada ao financiamento das políticas públicas municipais, inclusive a Política de Saúde (SILVA; ALVES, 2013). Ressalta-se ainda que o município é credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal (Diário Oficial do município de 16 de setembro de 2009), e recebe o “total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território” (BRASIL, 2003), conferindo maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Levando-se em consideração que a política municipal de saúde conta com um financiamento privilegiado, conforme supracitado, torna-se necessário que as ações de saúde sejam bem planejadas. Para tanto, essas ações são operacionalizadas por meio dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, que têm por finalidade a qualidade nos serviços prestados, que, por sua vez, trazem melhoria nas condições de saúde da população.

A relevância deste trabalho está na forte correlação entre as condições de saúde da população e o desenvolvimento econômico, entendendo a política de saúde municipal e seus processos como um fator essencial para o desenvolvimento territorial, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela, mas a importância de elaborar uma política pública que permita a inclusão social, promoção da saúde e democratização.

O trabalho aqui apresentado não possui pretensão de esgotar o tema, pois para discutir o planejamento e a gestão participativa na política de saúde adentra-se em instâncias muito complexas.

O primeiro capítulo refere-se à introdução deste trabalho, em que é apresentada toda a estrutura e os caminhos que foram trilhados na pesquisa.

O segundo capítulo está subdividido em quatro tópicos. O primeiro tópico trata da política de saúde brasileira, através de um olhar na história, analisando a trajetória da saúde pública e da medicina previdenciária. No segundo ponto, descreveu-se o movimento sanitarista, seu surgimento, com destaque para o cenário político e seus principais atores sociais. No terceiro tópico, a política de saúde como uma política inserida no contexto de Seguridade Social, em que a saúde passa a ser direito de todos os cidadãos brasileiros, e o Estado deverá provê-la. No último tópico, destacou-se a ambiguidade nos direcionamentos estatais das políticas públicas, em que se tem uma saúde como direito universal, em detrimento da reafirmação das orientações neoliberais, ocasionando em um verdadeiro desmonte dos direitos sociais conquistados pelos brasileiros.

O terceiro capítulo possui três subdivisões, sendo que no primeiro tópico discorreu-se sobre a construção do processo de participação e controle social no Brasil, a gênese da gestão participativa e dos Conselhos brasileiros. No segundo tópico, discutiu-se a trajetória e o funcionamento do Conselho de Saúde. No terceiro tópico, contextualizou-se o Conselho Municipal de Saúde no cenário político e econômico de Campos dos Goytacazes, antes do processo de democratização, durante a abertura política e após a Constituição Federal de 1988. Descreve-se, em nível local, como ocorreu a gênese do Conselho Municipal de Saúde e sua trajetória até a atualidade.

O quarto capítulo trata do Planejamento e do Planejamento em Saúde, o qual possui três subdivisões. No primeiro tópico, descreveu-se o Planejamento como conceito e como instrumento, ressaltando a trajetória do planejamento em países socialistas, capitalistas e no caso brasileiro, contextualizando-os. No segundo tópico, discorreu-se sobre o Planejamento como uma proposta para a Política de Saúde. Por fim, no terceiro tópico fez-se uma descrição do Planejamento em Saúde e a constituição de seus instrumentos.

O quinto capítulo possui cinco subdivisões, no qual se descreveu o percurso metodológico da pesquisa. No primeiro tópico, realizou-se a pesquisa exploratória. No segundo, elaborou-se uma pesquisa documental composta por duas etapas, sendo que na primeira fez-se uma análise dos Instrumentos do Planejamento em Saúde (PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013), e na segunda etapa realizou-se a leitura das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. No terceiro, fez-se um levantamento de dados da Secretaria Estadual de Saúde do

Estado do Rio de Janeiro. No quarto, realizou-se uma entrevista com um funcionário da Secretaria Municipal de Saúde, ligado a gestão. Finalmente no quinto tópico formularam-se os principais conceitos da análise da pesquisa.

O resultado da pesquisa é apresentado no sexto capítulo, e ele está dividido em dois tópicos. No primeiro tópico analisou-se o Planejamento e Gestão Democrática, sendo que esse tópico possui duas subdivisões. A primeira subdivisão fala das instalações, do funcionamento, da composição e da disputa de poder interno do Conselho Municipal de Saúde. A segunda subdivisão ancora-se na participação social do Conselho Municipal de Saúde e no controle social na política de saúde e seus Instrumentos do Planejamento em Saúde. No segundo tópico analisou-se a Política e Planejamento em Saúde. Dessa forma, objetivou-se responder a algumas inquietações deste trabalho, indicando se o Planejamento em Saúde e seus instrumentos são de fato implementados no Município de Campos dos Goytacazes.

2: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1: BREVÍSSIMO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Para que se possa entender a política de saúde como uma política pública de caráter universal, faz-se necessário retomar, de forma muito breve, a trajetória da política de saúde brasileira, destacando seu contexto político e econômico.

O ponto de partida da política de saúde ancora-se na perspectiva de a Saúde Pública passar a ser visualizada enquanto “questão social”. Objetivando responder a essa “questão social”, o Estado brasileiro criou o Departamento Nacional de Saúde Pública em 2 de janeiro de 1920, pelo Decreto n. 3.987. Esse órgão “visava à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil” (BRAGA; PAULA, 1987 apud BERTOLAZZI; GRECO, 1996, p. 383).

No início da década de 1920, datam os primeiros encontros de sanitaristas que:

Bradavam por soluções mais eficazes no que tocava às questões de saúde. Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde e o conteúdo dos discursos era permeado por uma intensa fermentação de ordem liberal (BRAGA; PAULA, 1987 apud BERTOLAZZI; GRECO, 1996, p. 383).

Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), estabelecendo que cada empresa de estradas de ferro no Brasil deveria criar e custear as CAPs.

Lembra-se que nesse período histórico do Brasil a economia era de cunho agroexportador (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985), e os trabalhadores que faziam parte das CAPs eram aqueles considerados economicamente importantes. Além dos ferroviários, os portuários, trabalhadores dos serviços telegráficos e do rádio também começaram a reivindicar o direito a ter uma CAP em suas empresas. O Brasil chegou a ter 200 CAPs em funcionamento (EDUARDO; EDUARDO, 2011).

As CAPs criaram um fundo por meio das contribuições dos empregados e empregadores, sem a participação do Estado. As CAPs tinham o objetivo de dar garantias aos empregados ou aos seus dependentes (por morte) por motivos de velhice, invalidez ou por tempo de serviço, além de assistência médica.

Observa-se que tal panorama sinaliza para um direito restrito, com um padrão de política pública classificado por Santos (1987) como “cidadania regulada”.

Em 1930, Getúlio Vargas é eleito presidente do Brasil, dando início a Era Vargas, chegando ao fim a alternância de poder executivo nacional da chamada “República Café com Leite”.

Ressalta-se que, anteriormente ao Período Varguista (1930-1937), as respostas do Estado frente à “questão social” possuía uma característica de resolutividade de “caso de polícia”. Com o início do processo de urbanização brasileiro e aumento dos trabalhadores urbanos, que viviam em sua maioria em situações de vulnerabilidade social e insalubres condições de vida, Vargas, por sua vez, em prol do progresso do capital, crescimento econômico e do desenvolvimento urbano como estratégia de governo, passou a responder às reivindicações dos trabalhadores, transformando-as em questões de política pública (BRAVO, 2013).

Com a Era Vargas, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e também a medicina previdenciária brasileira, que tinha como objetivo uniformizar o atendimento cobrindo as categorias profissionais, sendo os IAPs agora constituídos por categorias profissionais e não mais por empresas, como eram nas CAPs. Destaca-se que os primeiros IAPs foram os das categorias de comerciários, marítimos e industriários.

Para os empregados, a criação dos IAPs significou um avanço importante do ponto de vista político, como aponta Simões (2007):

Até então a integração dos trabalhos era pontual, por meio das empresas que trabalhavam por havia uma CAP para cada empresa; pelos IAPS, passaram a integrar-se por categoria profissional [...]. Assim, por exemplo, todos os bancários independentemente do banco de que eram empregados, tinha um único Instituto, o famoso IAPB (SIMÕES, 2007, p. 126).

Mesmo com a criação dos IAPs, somente no ano de 1934 o Estado passou a financiá-los, e a estrutura financeira passou a ser tripartite (empregados, empregadores e o Estado). Observa-se que a medicina previdenciária tornou-se uma política relevante “para o processo de trabalho, pois a massa assalariada tinha péssimas condições de trabalho e baixa remuneração, sendo a previdência um complemento indispensável à sua renda” (BRAVO, 2013, p. 148).

Já no período da “Ditadura do Estado Novo” (1937-1945), verifica-se que na Política de Saúde não ocorrem melhoras significativas na qualidade das condições de saúde da população, principalmente nos índices de mortalidade e endemias.

Após a retomada da democracia em 1946, assume o presidente eleito Eurico Gaspar Dutra, que beneficiou e fomentou o crescimento do capitalismo industrial no Brasil. A saúde pública, então:

Ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (CAMPOS; FERREIRA, p. 6).

Ressalta-se que, no período de 1945 a 1950, o Estado brasileiro aumentou os gastos públicos no âmbito social. De acordo com Bravo (2013, p. 140), o “enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate às doenças endêmicas e melhora da habitação popular”.

Na década de 1950, a Política de Saúde pertencia ao Ministério da Educação e Saúde. Assim, houve a necessidade do desmembramento desse Ministério, pois, “no campo da saúde, as atividades já vinham sendo conduzidas com suficiente autonomia para justificar a criação do ministério. O governo, finalmente, se pronunciava a respeito do tema, dando aval positivo ao projeto que tramitava no Congresso” (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 810).

Outro ponto que motivou o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde foi devido ao fato de as ações de saúde distribuírem-se por vários ministérios e autarquias, ocorrendo a pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros a autarquias e fundações.

Então, no dia 25 de julho de 1953, com a Lei 1.920/53, o então Ministério da Educação e Saúde fora desmembrado em dois ministérios, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde.

As décadas de 1950 e 1960 são marcadas por um período em que a política econômica apresentava um caráter desenvolvimentista, e as condições de saúde tiveram o desenvolvimento econômico como pré-requisito.

Em 1956, o então presidente eleito Juscelino Kubitschek apresentou propostas evidentes quanto à abertura do país ao capital internacional, em prol do “desenvolvimento interno”.

Para Bravo (2013), o governo de Juscelino Kubitschek foi marcado pela valorização da política econômica nacional desenvolvimentista, das grandes expansões na produção interna e na abertura ao capital internacional, em detrimento da política social.

O presidente Juscelino Kubitschek, em 1960, promulgou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), considerada um avanço na uniformização das contribuições e dos benefícios prestados pelos diferentes IAPs. Porém, mesmo com a unificação das contribuições e dos benefícios prestados, os IAPs não se fundiram em um único instituto.

Nesse período, muitos IAPs construíram hospitais próprios, mas os IAPs eram divididos por categorias distintas. Sendo assim, tinham estruturas, serviços ofertados e qualidade desses serviços diferenciados. Nesse período, destaca-se que surgem os primeiros indícios da medicina de grupo, que, devido à insatisfação com os serviços de saúde previdenciário, foram criados para ofertar serviços privados aos empregados e melhor atender às suas demandas.

O Governo Juscelino Kubitschek, em nome de uma política desenvolvimentista, deixou o país com sérios problemas no que se refere à dívida externa e com elevadas taxas inflacionárias.

Em 1961, Jânio Quadros foi sucessor de Juscelino Kubitschek com expressiva vitória, prometendo acabar com a corrupção, equilibrar as finanças

estatais e diminuir a inflação. Porém, após sete meses de mandato, o então presidente renunciou ao cargo de presidente da República.

Após o retorno da visita oficial à China, quem assumiu a presidência da república foi o seu vice-presidente, João Goulart (Jango).

Com propostas diferenciadas de Jânio Quadros, e uma política econômica de características conservadoras, João Goulart tomou uma atitude ousada, apresentando o “Plano de Metas”, que vislumbrava o fortalecimento interno da economia e restrições quanto às remessas de lucros para o exterior.

O presidente João Goulart tinha um posicionamento a favor do setor público. Quanto à política de saúde, Jango defendia “o direito de assistência ao doente, bem como a necessidade de fiscalizar os preços dos medicamentos, disciplinando as manobras da indústria farmacêutica” (BRAVO, 2013, p.148). Essa postura de Jango não agradou à Associação de Médicos Brasileiros (AMB). A AMB se pronunciou contra a estatização no âmbito da saúde, em favor da prática liberal.

Devido a tais posicionamentos, Jango não ganhou a “simpatia” e o apoio político dos parlamentares que, juntamente com a elite nacional conservadora, iniciam uma articulação em torno de uma possível teoria da conspiração em favor do golpe comunista.

Fazendo um balanço do período democrático republicano (1945 a 1964), observa-se que não ocorreu uma significativa mudança no âmbito da saúde pública, no que diz respeito às condições sanitárias da população. As taxas de doenças e os indicadores de mortalidade mantiveram-se elevados, sendo em alguns momentos alarmantes. A política de saúde continuava em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária.

Na madrugada do dia 31 de março de 1964, com o apoio dos Estados Unidos da América, da mídia, da Igreja Católica, dos empresários e da elite nacional conservadora, como “prevenção” do suposto golpe comunista articulado por Jango, os militares aplicam o golpe de 1964, conhecido por alguns estudiosos da área como golpe civil-militar (VECHIA, 2012).

Em 1966, com a instalação do Governo Militar, ocorre à fusão dos IAPs, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foi a primeira interferência do Regime Militar autoritário nos IAPs, abolindo a participação dos representantes dos empregados no desenvolvimento de programas de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Ressalta-se que havia duas vantagens na criação

do INPS: a primeira vantagem seria a unificação dos benefícios para os empregados, e a outra vantagem, a não mais classificação dos empregados por categorias.

O subsetor da política de saúde, representado pela assistência médica previdenciária, teve uma expansão notória, pois passou a contar com mais leitos, maior cobertura e também teve o maior orçamento da história (CAMPOS; FERREIRA, p. 5).

Junto ao INPS, o governo militar estreitou laços com a medicina privada ao permitir convênios com o setor. Sob o argumento de que o Instituto Nacional não abarcaria toda a demanda com uma prestação de serviço adequado, havia repasse de verba para que os hospitais privados fizessem os atendimentos.

Havia um claro movimento em direção à privatização do setor, bem como o seu favorecimento. Ressalta-se que neste dado momento histórico, tudo que é estatal é visualizado como lento, burocrático e de baixa qualidade. Como explicam Bertolozzi e Greco (1996):

Na saúde, as políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (p. 387).

Os repasses dessas verbas eram feitos por Unidades de Saúde (US). O setor da saúde estreitava laços com a tendência privatista, tornando essa relação um campo fértil para a corrupção e repasse indevido de dinheiro (CAMPOS; FERREIRA, p. 5). A medicina de grupo ganha espaço nessa mesma época, com o forte favorecimento do Estado. As empresas que ofereciam planos privados de saúde aos seus empregados tinham descontos no imposto de renda (PAIM *et al.*, 2011)

Com o dinheiro do INPS também foi financiada, a fundo perdido, a construção e reforma de inúmeros hospitais privados. Estudos publicados pelo Ministério da Saúde, em 2007, mostram que na década de 1960 houve mais gastos com as instituições privadas do que com a assistência médica diretamente.

No período de 1968 até 1974, o Brasil viveu o endurecimento do regime militar, com a promulgação do AI-5. Começavam os chamados “anos de chumbo” da ditadura civil-militar, em que a censura e a repressão recrudesceram, e muitos militantes se viram obrigados a pedir asilo político em outros países.

Nesse período, o INPS era o responsável pela assistência médica dos contribuintes, e de apenas alguns perfis de não contribuintes; “a previdência social podia obter atenção à saúde desde que integrasse o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase etc.), em serviços filantrópicos ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas” (ESCOREL, 2008).

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica aos segurados da previdência social, sendo que:

A criação do INAMPS acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo. Nesse período foi mantida a autonomia da política previdenciária e o seu papel social compensador, não tendo sido alterado o modo de produção da assistência médico-hospitalar predominantemente voltado para a manutenção da saúde individual dos trabalhadores (TANAKA *et al.*, 1992, p. 2).

Nessa perspectiva, Lima *et al.* (2005) afirmam que muitos ideais do passado continuam presentes, ou seja, “a grande novidade trazida com o movimento sanitarista recente consistiu na afirmação do binômio saúde e democracia” (LIMA *et al.*, 2005, p. 15).

2.2 : MOVIMENTO SANITARISTA: “BINÔMIO SAÚDE E DEMOCRACIA”

Ressalta-se que o Movimento de Reforma Sanitária não foi o primeiro movimento social que continha a saúde e as condições de saúde no centro do debate. No período da Primeira República ocorreu uma significativa politização e organização, “sob a liderança de expoentes da saúde pública, movimento intelectual que preconizava o saneamento como caminho para a construção da nacionalidade e para a civilização” (LIMA *et al.*, 2005, p. 15).

Durante o regime autoritário, o sistema público de saúde brasileiro era duplo, constituído por um “sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17). No setor da medicina previdenciária, as ações eram direcionadas para os trabalhadores formais (que contribuíam para os institutos de pensão) das áreas urbanas. Já no setor de saúde pública, sob o

comando do Ministério da Saúde, as ações tinham caráter preventivo e eram direcionadas às populações mais pauperizadas e que viviam nas áreas rurais.

Como já explanado acima, as políticas de saúde dos governos do militar buscaram fomentar a expansão do setor privado. Esse setor se fortaleceu tendo como cenário o período do “milagre econômico” e a solidez do regime militar, que se “associa à ação solidária de atores relevantes, tais como tecnoburocracia estatal, os produtores de serviços e de bens médicos, aliançados em anéis burocráticos, e a contínua expansão da clientela previdenciária” (VENÂNCIO, 2001, p. 20).

Destaca-se o modelo médico-assistencial privatista ou projeto privatista do sistema público de saúde, desenvolvido e fomentado pelos governos dos regimes autoritários, em que o projeto privatista, por sua vez, engloba democracia restrita e a restrição também dos direitos sociais via responsabilidade estatal (VENANCIO, 2001).

Com o modelo médico-assistencial privatista, houve uma significativa expansão da contratação dos serviços privados de saúde para responder tal demanda crescente, que viabilizava o crescimento do “parque médico industrial” (VENÂNCIO, 2001).

Diante desse modelo médico-assistencial privatista, formou-se um processo que Correia (2007) denomina como “universalização excludente”. Esse conceito se assemelha ao conceito de cidadania burguesa de Marshall (1967 apud BRITO *et al.*, 2013):

Concerne ao enriquecimento do conjunto dos direitos sociais, conferindo uma falsa igualdade entre homens alicerçada pelo discurso da cidadania democrática de direito. Porém, essa cidadania não tocam se quer no antagonismo de classes. Esses direitos não estão em conflito com o sistema capitalista, conferindo na ordem do dia a legitimação do sistema vigente através da coesão social. Esse projeto de cidadania construída pelo Estado burguês é funcional a ordem na medida em que restringe a igualdade apenas na sua formalidade .

Para os pesquisadores Almeida (1998) e Paiva e Teixeira (2014), tais ações de fomento dos governos militares visaram expandir o setor privado, ampliando a compra de serviços pela previdência e, assim:

Facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas. Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17-18).

O Movimento de Reforma Sanitária surgiu em meados da década de 1970, período marcado por grande resistência política e social à ditadura civil-militar. Sendo resultado de lutas e mobilização dos “trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular, na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde” (BRAVO, 2008, p. 46). A questão da saúde emerge juntamente com outras demandas da sociedade brasileira, conjuntamente com os Movimentos Sociais Urbanos (MSUs), que tiveram grande parcela no processo que culminou na redemocratização.

O Movimento de Reforma Sanitária brasileira fazia críticas aos serviços de saúde, que eram orientados por três perspectivas: perspectiva previdenciária, perspectiva médico-cêntrica e perspectiva curativa (SANT'HELENA *et al.*, 2013).

Para que a política de saúde pudesse romper com essas três perspectivas, era preciso que o Movimento Sanitarista tivesse estratégias. Uma delas seria a criação de um sistema único, tendo como preocupação central a garantia de que o Estado atuasse em função da sociedade, “[...] *pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado [...]*” (BRAVO; MATOS, 2008b, p. 199).

No que tange à relação do Estado com a sociedade, o Movimento Sanitarista propõe que tal relação seja diferenciada, “[...] *incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como Conselhos e Conferências de Saúde. Esses mecanismos constituem inovação fundamental na gestão da política de saúde [...]*” (BRAVO; MATOS, 2008b, p. 199).

De acordo com Krüger (1998), o Movimento de Reforma Sanitária teve como modelo a experiência italiana de elaboração e execução de políticas de saúde, que estava em curso.

Com relação à origem da Reforma Sanitária, vale ressaltar que coincidem com o processo de formação de atores e de algumas instituições que fortaleciam uma visão opositora ao regime autoritário. Destaca-se que o Movimento de Reforma

Sanitária nasceu entre os intelectuais desse período, porém com valores vinculados ao coletivo, mantendo-se um movimento “[...]orgânico e organizado (...), tratou a questão da saúde não sob a ótica do corporativismo, e sim como uma ‘questão nacional [...]’” (ESCOREL, 2011, p. 186).

No que se refere ao papel dos intelectuais, Escorel (2011) reporta-se aos ideais de Gramsci ao afirmar não existir apenas intelectuais da classe dominante, todavia “cada grupo social tem sua própria camada de intelectuais ou tende a formá-la” (GRAMSCI apud ESCOREL, 2011, p 190).

Na origem do Movimento Sanitarista, vale destacar algumas instituições que fortaleciam uma visão opositora ao regime autoritário, como: os cursos de medicina preventiva (desde 1950), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (ESCOREL 1999); (RODRIGUEZ NETO, 1997); (PAIM, 2008); (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Também fizeram parte do Movimento de Reforma Sanitária alguns partidos políticos, algumas universidades e o movimento sindical, sobretudo os médicos.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência é considerada o marco institucional do Movimento de Reforma Sanitária, cuja concepção de saúde extrapola determinadamente as balizas do saber e da prática médica, trazendo em seu interior o mesmo “entendimento da proteção social da saúde e da doença aos processos sociais, mas isso não logrou, até o momento, mudanças significativas no próprio setor” (COHN *et al.*, 2008, p. 23).

A VIII Conferência Nacional da Saúde (1987, p. 382) adota o conceito inovador de saúde, definido como o “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Sendo um marco importantíssimo para a política pública de saúde e também para o Movimento Sanitarista, a VIII Conferência Nacional da Saúde resultou, em 1987, na implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Tal implantação foi realizada pelo Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Decreto nº. 94.657.

Com a implantação do SUDS, possibilitou-se o “desencadeamento de mais dois processos no sentido da descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização” (PAIM, 1998, p. 9). Sendo caracterizado por

Paim (1998) como “estratégia-ponte”, o SUDS foi responsável pela implantação de algumas estruturas para a instalação do que seria o “próximo passo”. E este “próximo passo” seria o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se ainda que o novo modelo proposto pela Reforma Sanitária, modelo esse de “atenção superando os polos de saúde pública/assistência médica integrados à saúde, universalidade/produktividade, rural/urbano etc., buscando-se a nova qualidade de atendimento que deve acompanhar e atualizar esse novo conceito de saúde” (COHN *et al.*, 2008, p. 23).

Dessa forma, considera-se a saúde como um valor universal, um elemento peculiar da humanidade e, destarte, “um valor para todas as classes, e acima das classes. Algo a ser obtido por todos os habitantes do planeta. Parte integrante do que é considerado como ‘condições mínimas de sobrevivência — mínimo vital’” (TEIXEIRA, 1988 apud ESCOREL, 2011, p. 182).

Salienta-se que no Movimento Sanitarista, vislumbrando o horizonte do “Projeto de Democracia de Massas” (BRAVO; MATOS, 2008b, p. 198), desenvolveram-se inúmeras ações que apontam para a transformação das condições de saúde da população em direção aos trabalhadores, ou seja,

Também construindo valores ideológicos proletários quando luta por um sistema de saúde universal, equânime, acessível e democrático, quando pena na saúde como valor universal e se concentra no alvo de impedir a mercantilização da saúde (ESCOREL, 2011, p. 191).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi executada gradualmente, em três momentos: o primeiro momento ocorreu com a implementação do SUDS; o momento seguinte foi a junção do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990); e, finalmente, o último momento, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, constituída pela Lei n. 8.080/90 e a pela Lei n. 8.142/90.

Tal conceito inovador de saúde passa a compor a agenda pública, fornecendo novos encaminhamentos administrativos, institucionais, políticos e financeiros. Esses direcionamentos foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), pelas Portarias do Ministério da Saúde (MS) e as Normas Operacionais Básicas (NOBs), de 1991, 1993 e 1996 (VENÂNCIO, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado por alguns autores como a “mais sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático” (LIMA *et al.*, 2005, p. 15).

Para Bravo (2008, p. 46), o SUS é considerado uma das estratégias do movimento sanitário que, “apesar da conquista legal, ainda não é uma realidade”.

2.3: POLÍTICA DE SAÚDE COMO “DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO”

O processo de elaboração da Constituição Federal tem início em 1986, através de uma eleição para a Assembleia Nacional Constituinte, que foi instalada no Congresso Nacional no ano de 1987, com duração de 20 meses, tendo o objetivo de elaborar uma nova Constituição. A Assembleia Nacional Constituinte era dividida por comissões e subcomissões. Assim:

Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania (FLEURY, 2004, p. 109).

Durante os trabalhos da Assembleia, nos anos de 1987-1988, esta se tornou uma arena de disputa de projetos distintos: o projeto sanitário, presente na Plenária Nacional pela Saúde; e o projeto médico-assistencial privatista, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas.

Apesar da disputa entre o projeto sanitário e o projeto médico-assistencial privatista, o texto aprovado na Assembleia Nacional Constituinte e, posteriormente, expresso na Constituição Federal de 1988 incorpora muitos avanços previstos pelo Movimento da Reforma Sanitária, mas não excluiu totalmente a participação do setor privado com caráter complementar, como está exposto tanto no Artigo 199 da Constituição Federal de 1988 quanto na Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.

Na Constituição Federal de 1988, Artigo 199 diz:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

Na Lei 8.080/90, no Artigo 4 do inciso II, consta que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990a).

Os artigos 20 a 23 da Lei 8.080/90 especificam o funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde:

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. § 1º. Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados. § 2º. Exceção fazem-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social (BRASIL, 1990a).

Também os artigos 24 a 26 da Lei 8.080/90 dizem sobre a participação complementar ofertada pela iniciativa privada:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1º. Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2º. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3º. (Vetado). § 4º. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a).

A partir da Constituição Federal de 1988, destacam-se os artigos 196 a 200, que consideram o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196). Apresentado na carta constitucional como:

É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Para que os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 fossem devidamente garantidos, foi necessário aprovar a Lei Orgânica da Saúde, sob n. 8.080/90, deixando claros seus princípios doutrinários e as diretrizes organizativas. Uma dessas diretrizes é a participação comunitária, sendo uma das formas de controle social, que está vinculado às relações políticas, e pode ser caracterizado como um controle ascendente e associado à responsividade e à responsabilização do governo numa relação constante e não eleitoral com a sociedade. Isso implica para a sociedade, como nas eleições, o direito de exigir a prestação de contas no uso dos recursos, influenciar ou decidir sobre escolha das políticas públicas, fiscalizar o cumprimento de suas deliberações e sancionar, dentre outras

prerrogativas, sendo que tal controle é empreendido de forma direta ou por meio de instâncias de representação distintas da representação parlamentar (LIRA, 2012, p. 37).

A Constituição de 1988 e suas leis infraconstitucionais, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90 e lei n. 8142/90, normatizaram a política pública de saúde, que concedeu aos gestores autonomia e formas de financiamento, assim como a gestão democrática da saúde.

Teixeira (2011), em suas reflexões, realizou uma divisão em dois princípios, expostos na Lei n. 8.080/90. Ele os chamou de “princípios finalísticos” e de “princípios estratégicos”. Os “princípios finalísticos”, também chamados de princípios doutrinários, referem-se aos objetivos do SUS, sendo eles: a universalidade, a equidade e a integralidade (PAIM, 1998). Já os “princípios estratégicos”, também denominados de princípios organizativos, referem-se aos caminhos estratégicos e organizativos em que se constituirá o sistema de saúde (PAIM, 1998). Os princípios organizativos são: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

O princípio doutrinário da universalidade está penetrado pela prerrogativa máxima do sistema de saúde, em que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Destaca-se que o princípio doutrinário de universalidade é compreendido de duas formas: a primeira tange ao ingresso ao sistema que é universal, ou seja, todo e qualquer cidadão brasileiro tem direito aos bens e serviços de saúde, sendo proibido qualquer tipo de distinção de cor, gênero ou condição material; a segunda forma diz respeito à maneira que todo tipo de serviço público deve estar disponível aos seus usuários. A universalidade foi um dos maiores ganhos da classe trabalhadora, pois o direito ao acesso à política de saúde deixou de ser obrigatoriamente vinculado à Previdência Social (VASCONCELOS, 2009).

Tendo em vista a questão financeira, o cidadão não precisa pagar diretamente pelo acesso aos serviços de saúde. O financiamento do SUS dá-se de forma indireta, posto que o Estado invista no sistema de saúde por intermédio da utilização do fundo público. Com o novo sistema de saúde:

A noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloy Chaves, em 1923, quando trabalhadores e empregados financiavam as Caixas de Aposentadoria e Pensões, e, em seguida, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (1930) e o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1966) (FALLEIROS *et al.*, 2010, p. 248).

Assim como a universalidade, a equidade é um princípio doutrinário, ela pressupõe “tratar de forma desigual os desiguais”. Dessa forma, são reconhecidas as iniquidades e desigualdades que atingem diretamente o acesso aos serviços de saúde, aumentam a exposição a agravos, o que requerer investimentos para áreas, regiões e grupos sociais específicos¹.

Assim, sendo basilar a equidade², faz-se necessário definir “critérios para eleger princípios de distribuição, classificar pessoas ou populações e estabelecer estratégias de distinção” (FALLEIROS *et al.*, 2010, p. 249).

Outro princípio doutrinário do SUS é a integralidade, que também é compreendida de diferentes formas. A primeira forma de entendimento do princípio doutrinário da integralidade diz respeito ao próprio sistema de saúde, no qual suas políticas devem alcançar desde a prevenção até a recuperação, “configurando um sistema capaz de prestar assistência integral” (BRASIL, 1990, p. 5).

Na segunda forma de entendimento, tem-se o conceito mais amplo de saúde e reporta-se aos determinantes biopsicossociais que incidem sobre cada indivíduo, pois cada indivíduo é “um todo indivisível e integrante de uma comunidade” (BRASIL, 1990, p. 5).

Outra forma dada ao princípio doutrinário da integralidade refere-se ao funcionamento de um sistema de saúde único em serviço e em atendimento, também indissociável, pois o usuário da política de saúde “tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas” (FALLEIROS *et al.*, 2010, p. 249), por isso é considerado um Sistema, denominado de Sistema Único de Saúde.

¹. Como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras. Nos últimos anos, particularmente, os movimentos sociais organizados em torno das reivindicações e demandas políticas destes grupos tem gerado a adoção de propostas que se desdobram em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 5). Ao consultar o site do Ministério da Saúde, estão relacionadas algumas das principais Políticas de Saúde do SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cida_dao/saude-para-voce>. Acesso em 19 fev. 2016.

². Todo cidadão é “igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos” (BRASIL, 1990, p. 5).

Destarte, um modelo integral é aquele que possui:

Estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

Dentre as diretrizes do SUS tem-se a descentralização, que objetiva a construção de um sistema mais democrático. Por meio da descentralização, realiza-se a transferência de poder decisório da União para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, concomitante ao repasse de recursos humanos e financeiros para efetivação de tal estratégia.

Ressalta-se que em cada ente federativo, e em suas respectivas secretarias de saúde, existe uma direção única da política de saúde (FALLEIROS *et al.*, 2010, p 251), tendo como objetivo o fortalecimento da democracia, com suas atividades totalmente integradas, que são “instâncias de representação, monitoramento, pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo” (FALLEIROS *et al.*, 2010, p. 252).

Os princípios da regionalização e da hierarquização referem-se à distribuição sócio-espacial das unidades e serviços de saúde, a partir de considerações de indicadores populacionais, perfil e porte, considerando os recursos disponíveis para tal. A organização do sistema “pode então requerer uma rede de serviços que extrapola os limites do município, tornando-se necessário o estabelecimento de convênios com outros municípios para atender às demandas de saúde de seus cidadãos” (FALLEIROS *et al.*, 2010, p. 254).

Do ponto de vista político, pode-se afirmar que no cenário sanitário contemporâneo emergem novos atores sociais com interesses totalmente opostos, que constituem dois projetos político-sanitários distintos, que são: o primeiro projeto político-sanitário contra-hegemônico, conhecido como da reforma sanitária; o segundo projeto político-sanitário e hegemônico com uma nova roupagem possui uma proposta conservadora do modelo médico-assistencial, agora dito como projeto neoliberal.

2.4: O CASO BRASIL: CONQUISTA DE DIREITOS E A REAFIRMAÇÃO DO IDEÁRIO NEOLIBERAL

Fazendo um retrospecto da consolidação do sistema capitalista e de seus momentos de crise, pode-se destacar a implementação do modelo keynesiano pós-guerra mundial. Durante esse período, o capitalismo experimentou um longo período de crescimento, baseado em um modelo de Estado conhecido como Estado de Bem-Estar Social.

Na década de 1960, entretanto, as economias dos países que adotavam esses modelos de produção e economia apresentaram “sinais de declínio do crescimento econômico, evidenciando o início da saturação daquele padrão de acumulação” (MOTA, 2008, p. 49). Neste período o modelo que norteava tanto a economia, quanto a produção era o modelo keynesiano-fordista (MOTA, 2008).

Em 1971, para Mota (2008) é considerado o ponto de partida para a crise econômica mundial do capitalismo, devido aos “déficits orçamentários, a economia americana se vê compelida a decretar a inconvertibilidade do dólar em relação ao ouro” (MOTA, 2008, p.52).

Já em 1973, o “cartel dos exploradores de petróleo aumentou significativamente os preços do produto (...) e acabou por ser uma manobra das transnacionais petrolíferas e dos Estados Unidos contra as economias japonesa e alemã” (BELUZZO; COUTINHO, 1982 apud MOTA, 2008, p. 53).

Para que se pudesse superar tal crise econômica tendo como objetivo de superá-la, foram criadas duas estratégias de reestruturação, são elas: a primeira diz respeito à reestruturação produtiva; já a segunda tange a reestruturação dos mercados (MANDEL, 1990, apud MOTA, 2008).

E ainda:

A crise vem sendo enfrentada valendo-se de uma cruzada contra os mecanismos anticíclicos de base keynesiana, tendo como contrapartida um programa de corte neoliberal, marcado pela negação da regulação econômica estatal, pelo abandono das políticas de pleno emprego e pela redução dos mecanismos de seguridade social, em prol, é claro, da regulação operada pelo mercado (MOTA, 2008, p. 56).

Pode-se perceber que o Estado deixa de ser regulador do mercado e deixa de financiar políticas sociais, transferindo sua responsabilidade para o mercado e/ou

sociedade civil. Isso de acordo com a lógica da lucratividade do mercado, pois existia uma crise econômica para se enfrentar.

É válido lembrar que a reestruturação produtiva efetuou-se em “dois movimentos”. O primeiro movimento foi com a globalização, havendo a “reordenação geoeconômica das fases do ciclo global de mercadorias” (MOTA, 2008, p. 65). E esse movimento repercutiu no mundo do trabalho e nas relações internacionais — entre países que faziam parte do centro hegemônico, de forma hierárquica com os países periféricos.

O segundo movimento está associado “aos mecanismos sociopolíticos e institucionais, necessários à manutenção do processo de reprodução social, incidindo prioritariamente no âmbito da luta de classes e na relação entre ordem econômica e projeto político” (MOTA, 2008, p. 66).

As orientações neoliberais possuem pressupostos, sendo que um deles o Estado mínimo, normativo e administrador. Ou seja, um Estado “que não interfira no funcionamento do mercado, já que sua intervenção, além de deformar os mercados de fatores, produtos e ativos, geraria espirais inflacionárias, segundo a lógica do conservadorismo neoclássico” (NOVELO, 1997, p. 68). Este conservadorismo neoclássico considera ainda o Estado “amplo” como populista.

Já para Toledo (2008, p. 81), “o neoliberalismo tem procurado converter-se em senso comum: o antiestatismo espontâneo do povo é reforçado pela ideia de um Estado causador da crise”.

Tendo em vista esse ideário neoliberalista, o Estado transfere ao setor privado as atividades que o mercado pode controlar, ocasionando a privatização generalizada das empresas estatais. Esse processo é o que Iamamoto (2003, p. 121) chama de publicização dos serviços públicos.

Essa publicização dos serviços realiza-se de forma descentralizada para o “setor público não estatal, da execução de serviços que não envolvam o poder do Estado, mas devam ser por ele subsidiados” (IAMAMOTO, 2003, p. 121).

Destaca-se que o processo de retração do Estado cumpre-se com a transferência de suas responsabilidades para a sociedade civil organizada, o Terceiro Setor. Segundo Iamamoto (2005), a “Refilantropização Social” que vai ser caracterizada como filantropia empresarial e responsabilidade social.

2.4.1: A realidade brasileira: avanços e descompassos nas políticas sociais

Na década de 1980, enquanto no mundo era implementada a Política de Orientação Neoliberal, no Brasil realizavam-se fenômenos diferenciados (nos contextos econômico, político e social) do restante do mundo. O Estado brasileiro estava vivenciando o fim da ditadura civil-militar, que perdurou por mais de vinte anos, e o início da redemocratização.

Com o processo de redemocratização, foi editada a Constituição Federal, em 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, resultado da emergência dos Movimentos Sociais Urbanos (MSUs), que tiveram grande parcela nesse processo de redemocratização,

Através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário. Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania (FLEURY, 2004, p. 109).

Ainda nas décadas de 1980 e 1990, ocorreram avanços sociais e políticos “formalizados na transição dos governos militares à ordem democrática” (COHN, 2010, p. 25), mas o “marco decisivo no campo dos direitos sociais foi o processo constituinte e a Carta Constitucional de 1988” (COUTO, 2010, p. 25). O atual texto constitucional, oriundo dos movimentos sociais urbanos é considerado um avanço na conquista de direitos, um marco histórico e “um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social, por contraposição àquela até então prevalecente” (COHN, 2008, p. 13), o que, para Fleury (2004), em que se inaugura:

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY, 2004, p. 109).

O novo modelo de Seguridade Social, por sua vez, compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art. 194).

É válido lembrar que a política de saúde, antes da promulgação da Constituição Federal, era um seguro social, restrito a “formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas (...) abolindo o caráter estritamente contratualista até então vigente e reafirmando esses direitos como universais” (COHN, 2008, p. 13-14).

Tendo esse panorama, a política de saúde opera como uma política com princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Resta saber se esses princípios doutrinários estão sendo respeitados. Tais princípios doutrinários são operacionalizados por meio de instrumentos nos âmbitos federal, estadual e municipal.

A Carta Constitucional, em seus artigos 196, 197, 198, 199 e 200, determinou que a saúde fosse direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Verificou-se que na gestão da política de saúde houve vários avanços. Um dos avanços é a gestão político-administrativa descentralizada (art. 18), e a participação da sociedade civil em seu controle social, que é cumprida pela criação do conselho gestor de política pública, em seu respectivo nível federativo. No que cabe à descentralização, ressalta-se que os municípios passam a ter autonomia, assumindo “quatro contornos: autonomia política, autonomia administrativa, autonomia financeira e autonomia legislativa”. (LIRA; AZEVEDO FILHO; SILVA, 2003, p. 9).

Ressalta-se que em 1989 ocorreu um encontro que ficou conhecido como Consenso de Washington. Desse encontro, participaram vários representantes de

Estados, inclusive o então presidente do Brasil, José Sarney. Os participantes do Consenso de Washington assinaram um documento que continha orientações estatais de uma Política Neoliberal. A implementação dessa política teve início na gestão seguinte, com o presidente Fernando Collor de Melo.

Em nome de uma suposta crise fiscal gerada por um Estado interventor socialmente (TOLEDO, 2008), afirmada pelos defensores de um Estado mínimo, este se retrai, causando ainda mais a agudização da questão social.

Estes processos de redução dos gastos públicos das políticas sociais resultam em profundas modificações que passam a ser focalizadas, precarizadas e descentralizadas.

Com a política do “Estado mínimo”, ocorrem ajustes e desmontes das políticas sociais (BÓRON, 1994; PETRAS 1999; SOARES, 2002; FIORI, 2001 e BEHRING, 2003). Dessa forma, realiza-se uma “contrarreforma do Estado na direção da flexibilidade, competitividade, adaptabilidade, atratividade” (BEHRING, 2003, p. 127), informalidade do trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma “nova” pobreza (SOARES, 2002, p. 12). Estes são considerados retrocessos dos direitos sociais, ainda recente, conquistados.

Faleiros (2004), ao fazer alusão à análise de Soares (2002) sobre o neoliberalismo, aponta para a ideia de uma produção de:

Um novo Estado sob o poder das grandes empresas que ditam as regras, passando-se da minimização do Estado a sua reconstrução para um novo papel no desenvolvimento. Há consenso de que a mudança do papel do Estado na economia se articula ao processo de mundialização do capital, tornando os Estados Nacionais menos soberanos e com políticas e propostas bastante semelhantes entre si (FALEIROS, 2004, p. 35).

Perante um Estado mínimo socialmente, são realizadas as privatizações, pois os serviços são sucateados, apesar de um direito assegurado conforme a Constituição Federal de 1988. Como exemplo, apontam-se as políticas de educação, de previdência social e de saúde. Na política de educação, tem-se a estrutura da educação básica em priorizar as escolas particulares; no caso da previdência social, a previdência particular, já a saúde, seu acesso se dá pelos planos de saúde e “consultas sociais”.

Conforme destacado anteriormente, o Estado brasileiro está experimentando tal processo de contrarreforma do Estado. Para tanto, Stevanim (2015) afirma que o Estado possui “rígidos critérios de elegibilidade em relação ao acesso aos direitos sociais (KRUGER, 2010 apud STEVANIM, 2015), com precariedade de recursos humanos e repasse dos bens e serviços públicos para empresas terceirizada e/ou com fins lucrativos” (FLEURY, 2012 apud STEVANIM, 2015, p. 64).

É importante ressaltar que, na política de saúde, verifica-se um processo de segmentação, tanto da saúde pública quanto da saúde privada, o que, de certa forma, “impede o Estado de implementar o projeto de reforma sanitária proposto, além dos impasses que se referem ao financiamento, que afasta cada vez mais a possibilidade de efetivação do direito à saúde” (BAPTISTA *et al.*, 2009 apud STEVANIM, 2015, p. 64).

Os ganhos sociais obtidos com a ampliação dos direitos inscritos na Constituição Federal e em suas leis infraconstitucionais acabam “sofrendo” um retrocesso com tais orientações neoliberais, como por exemplo a diminuição dos gastos públicos com os serviços de assistência a saúde, este fato ocasiona na: precarização dos hospitais públicos, com a redução de leitos, vagas para cirurgias e UTIs; salários dos profissionais da área da saúde cada vez mais “rebaixados”, estando muito abaixo do piso salarial de cada categoria profissional; a falta constante de medicamentos e insumos nas secretarias de saúde, farmácias municipais, postos de urgência e unidades básicas de saúde.

Diante das análises realizadas sobre a realidade do Brasil, com seus retrocessos, é necessário aprofundar o planejamento como conceito e um instrumento de operacionalização da gestão pública.

3: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 é conhecida como uma “Constituição Cidadã” e considerada um marco histórico para a democracia brasileira ao declarar que o Brasil é um “*Estado Democrático de Direito que tem dentre seus fundamentos a cidadania (art.1º, II)*”. (ROCHA, 2008, p. 137).

Destaca-se que, no restante do texto constitucional, existe uma gama de dispositivos necessários ao funcionamento dessa cidadania. Em relação à gestão pública, o intitulado direito à participação, esse está regulamentado através do artigo 37, § 3º:

A lei disciplinará as formas de participação do usuário na Administração Pública direta e indireta'. O artigo 193 trata dos princípios gerais da Seguridade Social, define de forma mais explícita a participação, com menção direta aos “trabalhadores, empresários e aposentados”. O artigo 198 trata das ações e dos serviços públicos de saúde; a diretriz geral é “participação da comunidade”. O artigo 204, das ações governamentais na área da assistência social, estabelece a “participação da população por meio de organizações representativas na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (ROCHA, 2008, p. 137).

No que se refere à Administração Pública, estabeleceu o sistema de gestão democrática em diversos campos da administração pública, como:

O planejamento participativo, mediante a cooperação das associações representativas no planejamento municipal, como preceito a ser observado pelos municípios (Art. 29, XII); a gestão democrática do ensino público na área da educação (Art. 206, VI); a gestão administrativa da Seguridade Social, com a participação quadripartite de governos, trabalhadores, empresários e aposentados (art.114, VI), e a proteção dos direitos da criança e do adolescente (ROCHA, 2008, p. 136).

Com relação à participação social nas políticas sociais, Rocha *et al.* (2008) afirma que ocorrem alguns avanços que:

Resultaram de preceitos constitucionais: i. A luta pela Reforma Sanitária em articulação com os profissionais de saúde resulta na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), que institui um sistema de cogestão e de controle social tripartite – governo, profissionais e usuários – das políticas de saúde. ii. A luta pela Reforma Urbana resulta na função social da propriedade e da cidade reconhecida pela atual Constituição, em capítulo que prevê o planejamento e a gestão participativa das políticas urbanas. 9 iii. A elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, como desdobramento do reconhecimento constitucional da criança como um sujeito de direito em situação peculiar de desenvolvimento e da adoção da doutrina da proteção integral. iv. Promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social, como resultado do reconhecimento constitucional de que a assistência social é um direito, figurando ao lado dos direitos à saúde e à previdência social (p.136-137).

Destaca-se, no artigo 18 da Constituição Federal de 1988, o ponto que diz respeito à descentralização federativa, que institui que o município passa a ser um ente federativo com autonomia em sua gestão.

Em face de tal panorama, o aspecto principal desse artigo está na autonomia dada ao município e, em contrapartida, a instituição da participação popular e os mecanismos de controle social, tais como: orçamento participativo, consultas públicas, plebiscito, referendo, iniciativas populares, audiências públicas, mesas de diálogo, fóruns de debate, ouvidorias, conferências, conselhos, entre outros.

O controle social, para Carvalho (1995, p. 8), “corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado versus sociedade, em que a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Dentre os mecanismos de controle social para fins desta pesquisa, destacam-se os Conselhos, que podem ser considerados, em sua natureza, órgãos juridicamente colegiados e autônomos, podendo ser também consultivos, paritários, mobilizadores, deliberativos e fiscalizadores das políticas que constituem.

Para Correia (2008, p. 118), os Conselhos contariam com a “presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos”, dessa forma podendo controlar o Estado. Isso asseguraria políticas públicas “pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (CARVALHO, 1995, p. 28).

Destaca-se que os Conselhos são “órgãos públicos do Poder Executivo local” (LIRA, AZEVEDO FILHO, SILVA, 2013, p. 8), (...)

De natureza '*sui generis*', uma vez que, apesar de as atividades dos conselhos darem-se em um contexto sociopolítico de descentralização", eles acabam inseridos em outro processo, o de desconcentração, por meio do qual há a distribuição de competências dentro de uma mesma pessoa jurídica, organizada hierarquicamente". (BUCCI, 2002 apud LIRA; AZEVEDO FILHO; SILVA, p. 9, 2013).

Os Conselhos foram institucionalizados nas esferas federal, distrital, estadual e municipal. Os conselhos de políticas públicas são, pois, "regidos por legislação editada pela União, pelos Estados, pelos Municípios, conforme a competência do ente federado" (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p. 6).

Tais Conselhos possuem representações do Poder Público e da Sociedade Civil, de forma paritária, tratando-se de instrumentos mediadores na relação Estado/sociedade civil (GOHN, 2001), sendo a "única forma possível de governo horizontal; um governo que tenha como condição de existência a participação e a cidadania" (ARENDR, 1973 apud GOHN, 2001, p. 176).

Com uma direção democrática e descentralizada, considerada por Tatagiba (2005) como umas das principais formas de democracia participativa brasileira contemporânea, os Conselhos gestores estão presentes na maioria dos municípios do Brasil, estando vinculados desde o nível federal, atuando não somente onde sua existência é condição legal para o repasse de verbas federais, como as políticas de saúde, assistência social, educação, criança e adolescente, mas também em outras políticas públicas, como: esporte, meio ambiente, patrimônio, entre outros. Podendo "formular propostas de políticas, programas, assim como para fiscalizar o setor ao qual está envolvido" (LIRA, 2012, p. 50).

Em 1996, os Conselhos Municipais passaram a ser obrigatórios:

Em vários níveis de definição das políticas, foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para Estados e municípios, constituindo-se como peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais" (TATAGIBA, 2002, p. 50),

Os conselhos são espaços que passaram a experimentar e fazer parte do "processo de construção da democracia, com o objetivo principal de dar visibilidade às demandas das parcelas excluídas da sociedade e conferir poder decisório, influenciando na agenda de governo" (CAMPOS, 2006 apud VIANNA, 2013, p. 3).

3.1: A TRAJETÓRIA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

No plano jurídico, o controle social na política social de saúde só foi regularizado no ano de 1990, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde, as Leis 8.080/90 e a 8.142/90. Desse modo, é na Lei 8.142/90 “que se encontrará, pela primeira vez, o detalhamento de como se dá o exercício do controle social da saúde” (BRAVO, 2008, p. 47), detalhando a composição, organização e competências dos três entes federativos, fixadas nessa Lei. Ressalta-se que nos três níveis, federal, estadual ou distrital e municipal, os Conselhos possuem estruturas jurídicas próprias capazes de lhes garantir autonomia política.

A Lei 8.142/90 garante o controle social em instâncias formais, que são também espaços de luta, além dos Conselhos de Saúde, as conferências de saúde.

Na criação e reformulação dos Conselhos Municipais de Saúde, o Poder Executivo deverá respeitar os princípios democráticos, acolhendo as demandas da população usuária da política pública de saúde, manifestada nas conferências de saúde.

A Lei 8.142/90 define, em seu artigo 1º, inciso II, que o Conselho de Saúde possui caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde são instaurados por lei federal, leis estaduais ou municipais, ordinárias, concebidas com base na Lei n. 8.142/90. Já o regimento ou regulamento interno deve ser sancionado pelos conselheiros, em plenária do Conselho.

Para o funcionamento dos Conselhos de Saúde, é necessária a criação de cargos junto ao Conselho, tendo como exemplo o secretário executivo.

Ainda para que o Conselho de Saúde funcione, é necessário que haja periodicidade nas reuniões do Conselho de Saúde, que os conselheiros se reúnam para deliberar sobre ocasionais modificações na lei de criação do conselho.

No ano de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução n. 333/2003, com a finalidade de conceder autonomia plena de gestão dos conselhos

municipais. Em 2012, a Resolução n. 333/2003 foi substituída pela Resolução n. 453, com o intuito de se atualizar e adequar-se às mudanças na conjuntura do controle social. Esta última resolução ampliou ainda mais a autonomia do Conselho e criou diretrizes para reformulação, estruturação e funcionamento desses órgãos.

A Resolução 453/2012 vem substituir e conceder mais autonomia aos CMS de todo o território nacional. Em sua quarta diretriz:

As três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico (BRASIL, 2012, p. 4).

Outra mudança de extrema importância que concedeu mais legitimidade ao CMS é o *quorum* mínimo para modificações na lei de criação do CMS: regimento interno; aprovação de medidas; resoluções e deliberações. Ficando estabelecido:

Majoria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS (BRASIL, 2012, p. 4-5).

De acordo com a Resolução 453/2012, o CMS deverá ser composto por 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Seu número de conselheiros será definido pelo próprio conselho, como também a escolha de seu presidente.

A Resolução 453/2012 deixa clara a atuação do CMS no que se refere à formulação e proposição de estratégias, possuindo as seguintes atribuições no controle da execução das políticas de saúde. Inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, através do exercício de atribuições, como as seguintes:

I. Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, II. Deliberar, analisar, controlar e apreciar, no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; III. Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde; IV. Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação de recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento municipal, consignados ao Sistema Único de Saúde; V. Apreciar a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde; VI. Acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde - FUMDES, através de comissão de análise do FUMDES; VII. Propor critérios para a criação de comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Municipal de Saúde, aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades; apreciar os parâmetros municipais quanto a política de recursos humanos para a saúde; VIII. Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida; IX. Solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde no Município a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, para esclarecimento de dúvidas, para proferirem palestras técnicas, ou, ainda, prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem; X. Apreciar a alocação de recursos econômicos financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde; XI. Estabelecer instruções e diretrizes gerais para a formação dos Conselhos Gestores de nível local, distrital, regional e municipal, nos serviços públicos e nos serviços privados, conveniados e contratados; XII. Estimular a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde em nível distrital regional e de unidades; XIII. Aprovar as diretrizes e critérios de incorporação ou exclusão ao Sistema único de Saúde, de serviços privados e ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária, a partir de parecer emitido pelos órgãos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, bem como controlar e avaliar sua atuação, com a colaboração dos Conselhos das Administrações Regionais de Saúde e/ ou Distritos de Saúde, podendo a qualquer tempo propor exclusões ou incorporações por não atendimento às diretrizes e critérios acima; XIV. Possibilitar a ampla informação das questões de saúde e o amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas; XV. Ter todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde; XVI. Manter diálogos com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, sempre que entender necessário; XVII. Aprovar o regimento, a organização, e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida, ordinariamente a cada ano, e convocá-la, nos termos da lei; XVIII. Elaborar, aprovar e alterar o seu Regimento Interno; XIX. Elaborar propostas, aprovar e examinar quaisquer outros assuntos que lhes forem submetidos, dentro de sua competência.

No que se refere à paridade, esta não deve ser analisada apenas como forma numérica. Como enfatiza Gohn (2007), a paridade é feita de circunstâncias:

Certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo etc. Então, o que se encontra é uma verdadeira disparidade de condições para a participação em um conselho de membros advindos do governo daqueles advindos da sociedade civil. Os primeiros trabalham em atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal remunerado, têm acesso aos dados e informações, têm infraestrutura de suporte administrativo, estão habituados com a linguagem tecnocrática, enquanto o segundo grupo encontra diversas dificuldades, por atuarem em porções fragmentadas sem estrutura para se articular com outras áreas ou com conselhos da administração pública. Por isso, é preciso entender o espaço da política para que se possa fiscalizar e também propor políticas; é preciso capacitação ampla que possibilite a todos os membros do conselho uma visão geral da política e da administração (GOHN, 2007, p. 92).

Como afirma Aguillar (1999), o Conselho, sendo paritário, proporciona pouca representatividade da sociedade civil. Ocorre que, em muitos casos, o Conselho é utilizado para interesses particulares de determinados grupos hegemônicos. “Quando no conselho faz parte apenas uma das categorias interessadas, as deliberações geralmente serão objeto de vícios corporativistas” (AGUILLAR, 1999, p. 219).

Em 2007, com o objetivo principal de possibilitar o compartilhamento, a sistematização e a análise de dados e informações constantemente atualizados sobre os Conselhos Municipais de Saúde, a equipe DCS/NUPES - DAPS/ENSP/FIOCRUZ desenvolveu a pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS, a partir de uma demanda da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), afirma o produto é o ParticipaNetSUS.

Até novembro de 2007 estavam coletados e tabulados dados de 5.463 Conselhos Municipais de Saúde, 98,7% do número total desses Conselhos, tendo como conceito inicial de “pleno funcionamento”, conceito que abrange as seguintes dimensões: estrutura física; autonomia; democratização e capacidade de gestão.

Os dados disponibilizados pelo ParticipaNetSUS já permitem compor o perfil dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Ano de Criação: a maioria foi criada entre 1991 e 1997 (1991: 24,73%; 1997: 18,36% e 1993:13, 88%); Conselheiros: cerca de 72.000 conselheiros, com uma média de 14 conselheiros por CMS; Presidente do CMS: idade entre 30 e 49 anos (62,31%); sexo masculino (54,94%); possui nível superior completo e pós-graduação (54,36%); representa o segmento dos Gestores (66,05%).

3.2: CONSELHO MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

3.2.1: O Município de Campos dos Goytacazes

O Município de Campos dos Goytacazes situa-se no Estado do Rio de Janeiro, que se localiza na Região Sudeste, juntamente com os estados do Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo.

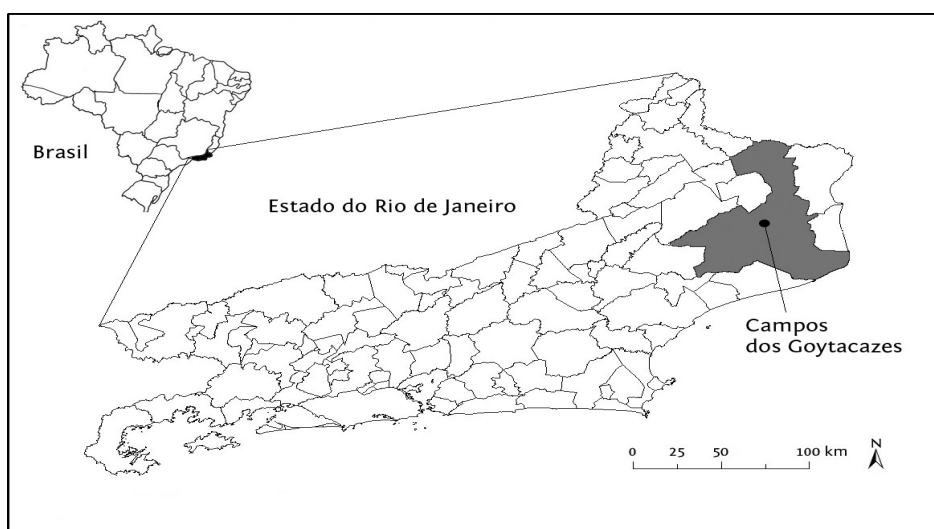


Figura 1: Mapa do Município de Campos dos Goytacazes, RJ
Fonte: Oliveira; Pedlowski (2012).

Quanto à localização, Campos dos Goytacazes encontra-se de maneira equidistante das cidades do Rio de Janeiro, capital do estado, e Vitória, capital do Estado do Espírito Santo. “O município é cortado por várias linhas de transportes, representadas por ferrovias, rodovias federais (BR 101 e BR 356) e por um aeroporto de médio porte, o Aeroporto Bartolomeu Lisandro” (SANTOS, 2008, p. 58).

Destaca-se por ser o maior município em extensão do território fluminense, com 4.026,370 quilômetros quadrados, o que seria 41,4% da área da Região Norte Fluminense. A divisão administrativa do referido município compreende quinze distritos e setenta e oito bairros, com uma população residente na área urbana de 418.725 habitantes (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com os dados do IBGE (2010), a população desse município é de aproximadamente 463.731 habitantes, sendo a maioria constituída por mulheres (243.472 do sexo feminino), e possui 303.065 eleitores.

O rendimento mediano mensal dos domicílios particulares permanentes variou de 1.104,87 reais (população rural) a 2.371,91 reais (população urbana) (STEVANIM, 2015).

Campos dos Goytacazes foi considerada a “Capital Nacional do Petróleo”, em razão da exploração do petróleo da Bacia de Campos que produziu cerca de 80% da produção nacional de petróleo (LIRA, 2012). Perdeu este *status* em decorrência de alguns eventos, são eles: a queda do preço do barril do petróleo no mercado internacional, a “nascente produção da camada Pré-Sal da Bacia de Santos” (CRUZ, 2016, p.2), e a “redução do ritmo de crescimento petrolíferos recebidas do Estado do Rio de Janeiro, ao passo que há uma verdadeira explosão deste ritmo nos pequeninos municípios do Estado de São Paulo” (CRUZ, 2016, p.3).

O Município de Campos dos Goytacazes é destaque e referência nos serviços públicos e privados de saúde e educação para as regiões Norte e Noroeste fluminense (VENÂNCIO, 2001).

Também é considerado polo na área da educação. Em números, o referido município possui 281 unidades de pré-escola, 336 de Ensino Fundamental e 62 de Ensino Médio (IBGE, 2012).

Em relação à educação, possui “centros de ensino e de pesquisas e a oferta de mão de obra qualificada, além do aumento expressivo dos serviços de Ensino Superior na cidade” (PIQUET, GIVISIEZ e OLIVEIRA, 2006 apud SANTOS, 2008, p. 58).

É considerado também um polo regional na qualificação de mão de obra, atraindo um grande número de estudantes oriundos não só de Campos dos Goytacazes, mas da região, ou seja, de “outros Estados do Brasil, como Minas Gerais e Espírito Santo, principalmente, em função da proximidade geográfica” (MATTA, 2012, p. 91).

Ressalta-se que o município possui instituições que formam profissionais em cursos técnicos e superiores. No nível superior, possui 22 instituições (cadastro E-MEC, 2015), com faculdades, universidades e institutos públicos e privados, contando com vários cursos nas áreas de ciências humanas sociais e humanas sociais aplicadas, ciências exatas, ciências biológicas e ciências da saúde.

Lembra-se que o município tem duas universidades públicas, a Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) e a Universidade Federal Fluminense (UFF), um polo em Campos, considerado um Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional; cinco universidades privadas, como a Universidade Candido Mendes, Universidade Salgado de Oliveira, Universidade Estácio de Sá, Universidade do Norte Fluminense e o Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

Destacam-se ainda os três institutos públicos presentes em Campos dos Goytacazes: o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFF), Instituto Superior de Educação Aldo Muylaert (ISEPAM) e Instituto Superior de Tecnologia em Horticultura (ISTHORTICULTUTRA). Possui ainda um instituto privado, denominado Instituto Superior de Ensino do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora (ISEGENSA).

Na área da saúde, a rede de estabelecimentos é composta por 176 estabelecimentos de saúde, sendo eles: 87 de estabelecimentos públicos municipais, um estabelecimento público estadual e 88 estabelecimentos privados (IBGE, 2010).

Campos dos Goytacazes possui uma rede pública municipal de saúde, contando com uma Fundação Municipal de Saúde, responsável pelos hospitais, unidades pré-hospitalares, unidade de emergência psiquiátrica e unidades básicas de saúde (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015).

A rede pública municipal é constituída por: três hospitais públicos, que são o Hospital Ferreira Machado, Hospital Geral de Guarus e Hospital São José; cinco Unidades Pré-Hospitalares, sendo as de Guarus, Travessão, Ururaí, Santo Eduardo e Saldanha Marinho; uma Unidade de Emergência Psiquiátrica chamada Saldanha Marinho; 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 38 UBS que funcionam dez horas e três UBS que funcionam 24 horas (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015).

No que se refere a Programas Municipais, a Secretaria Municipal de Saúde tem os de: Asma e Rinite (PROAPAR), Assistência Domiciliar (PAD), Colagenases, Controle do Tabagismo, Doença Falciforme, Emergência em Casa, Estratégia de Saúde da Família, Hiperdia, Imunização, Órteses e Próteses, Ostomizados e Hemodializados, Pró-Fraldas, Saúde da Criança (PAISCA), Saúde da Mulher (PAISM), Saúde do Trabalhador (PAST), Saúde Mental (Centro de Apoio Psicossocial, sendo dois, o CAPs ad e o CAPs i), Saúde na Escola (PSE),

Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), Academia da Saúde, Serviço de fórmulas especiais de nutrição.

A Secretaria Municipal de Saúde ainda conta com programas municipais que fazem parte da Vigilância Epidemiológica: Controle da Hanseníase, Controle da Tuberculose e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) DST/AIDS e Hepatites Virais (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2015).

Ressalta-se que no Município de Campos dos Goytacazes a Programa de Saúde da Família, que compõe a Atenção Básica (ou atenção primária), foi suspenso em 2008 pelo Ministério Público Federal, por várias irregularidades, inclusive no uso dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Com o intuito de suprimir, mesmo que parcialmente a ausência do Programa de Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde, em fevereiro de 2010, “implantou um novo modelo de assistência ambulatorial com UBS funcionando no período de 12 horas, dentro das características das equipes da ESF” **(trecho retirado do Plano Municipal da Saúde 2014-2017, p. 49).**

Em Campos dos Goytacazes, além da rede pública de saúde, conta-se com o apoio dos hospitais da rede privada, que fazem parte da saúde complementar, em que seus serviços são contratualizados pela Secretaria Municipal de Saúde: Hospital Escola Álvaro Alvim, Santa Casa de Misericórdia de Campos, Hospital Plantadores de Cana, Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Hospital Abrigo João Viana e Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo, Grupo IMNE – Medicina Nuclear e Pró-Rim.

Estudos expressivos realizados no município de Campos dos Goytacazes (VENÂNCIO, 2001); (VIDAL, 2006); (SANTOS, 2008); (STEVANIM, 2008); (SILVA, 2012); (ALVES, 2013); (SILVA; ALVES, 2013); (STEVANIM, 2015) observaram diferentes fenômenos na política de saúde.

Silva (2012) analisou a Atenção Básica da política de saúde do município de Campos dos Goytacazes. Para tal, realizou uma análise documental das atas das reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde, no período 2007-2011. Alcançou dois resultados: o primeiro resultado diz respeito à “instalação de políticas ‘substitutivas e compensatórias’, em virtude da ausência do Programa de Saúde da Família” (SILVA, 2012, p. 83); o segundo resultado foi a identificação de que existem fragilidades na Atenção Básica, na gestão e no planejamento da política de saúde

de Campos dos Goytacazes. Isso estaria resultando em um aumento considerável nos gastos públicos com os serviços de média e alta complexidade (SILVA, 2012).

No estudo de Alves (2013), com o título “A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no Município de Campos dos Goytacazes”, a autora constatou que o município enfrenta problemas com relação ao planejamento e gestão na política de saúde, em que a falta de uma correta alocação de recursos orçamentários compromete todo atendimento, implicando, inclusive, na judicialização da saúde (ALVES, 2013).

Silva e Alves (2013) constataram que há uma deficiência do planejamento e da gestão da Política de Saúde do município e que o poder judiciário tem garantido a universalidade e integralidade na obtenção dos medicamentos, mas poderá estar agravando as iniquidades no acesso à saúde, por não se utilizar da obtenção de dados socioeconômicos para a sua tomada de decisão (SILVA; ALVES, 2013).

Vidal (2006), ao realizar um estudo sobre a demanda reprimida no acesso aos serviços e ações da média complexidade, cita que tal fenômeno “ratifica a não efetivação, na prática, do direito à saúde, apregoado na Constituição Federal de 1988, como um direito universal”. E, para além do financiamento, tem-se a organização e gestão do sistema (VIDAL, 2006, p. 190). Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento e o incentivo de discussões em diferentes instâncias, como os “Conselhos de políticas e de direitos (...) a fim de publicizar e enfrentar esta expressão cada vez mais significativa da questão social” (VIDAL, 2006, p. 192).

Em outro estudo relevante sobre a Política de Saúde de Campos dos Goytacazes, Venâncio (2001) averiguou a descentralização da política de saúde desse município na década de 1990. Em suas conclusões, apontou para o não cumprimento dos pressupostos à municipalização da saúde, pressupostos esses:

Indicados pelas NOBs elaboradas no período 1990-2000, que o Município não cumpriu ou cumpriu com atraso, foram os planos de saúde, relatórios de gestão, comissão PCCS e serviço de auditoria, este exigido pela NOB/1996 para a GPSM. O primeiro plano foi organizado para o ano de 1996, o primeiro Relatório, em 1999, sem apontar indicadores de resultados de gestão. A comissão PCCS e o serviço de auditoria, em dezembro de 2000, não estavam organizados (VENÂNCIO, 2001, p. 120).

Tais pesquisas realizadas no Município de Campos dos Goytacazes têm sinalizado para a falta de planejamento na gestão. Assim sendo, estaria

comprometendo o acesso conforme normatizado na Constituição (VIDAL, 2006); (SANTOS, 2008); (STEVANIM, 2008); (SILVA, 2012); (ALVES, 2013).

3.2.2: O cenário político de Campos dos Goytacazes

Para poder compreender o funcionamento da política de saúde em Campos dos Goytacazes, faz-se necessário discorrer sobre alguns aspectos econômicos e políticos do município. Sua trajetória econômica é marcada pelo cultivo da cana de açúcar e pela atividade usineira, o que trouxe lugar de destaque no cenário nacional, em meados do século XVIII. Sendo assim, conquistou o lugar de maior produtor de açúcar do Brasil, no período do Império até o século XX (LIRA, 2012).

Essa atividade trouxe consigo uma estrutura política bastante conhecida no Brasil: o “coronelismo”. “À atividade canavieira devem-se os títulos de barões e coronéis do município, fazendo com que surgisse uma forte aristocracia agrária, que passou a influir na política e no poder do Império” (PEREIRA PINTO, 2008 apud LIRA, 2012, p. 65).

Para Lira (2012), os senhores de engenho e coronéis representavam poder e riqueza, sendo considerados “representantes máximos da política local. O coronelismo, que foi um fenômeno presente e marcante na história da política brasileira, encontrou em Campos um terreno fértil para se desenvolver” (LIRA, 2012, p. 65).

Formou-se com a política local uma rede de relações, e era por meio dela que os coronéis e senhores de engenhos moviam seus “esforços para se eleger ou eleger aquele que melhor atenderia aos seus interesses. Por outro lado, as pessoas comuns se colocavam ao lado da elite por entenderem que dessa maneira teriam algumas garantias e satisfeitas algumas necessidades” (LIRA, 2012, p. 65).

Esse cenário econômico, todavia, se modifica com a decadência dos engenhos e a falência das usinas. Contudo, a estrutura política continua se manifestando por outras formas, não mais o coronelismo, mas se configurando a partir da política paternalista com práticas oligárquicas e clientelistas.

Os herdeiros dos coronéis do açúcar passaram a conhecer, de perto, as agruras da decadência. Os coronéis se foram, enfraqueceram e perderam espaço no cenário político, no entanto, mesmo com o desenvolvimento e avanço que chegaram à cidade com o descobrimento do petróleo essas práticas não submergiram (SOARES, 2004 apud LIRA, 2012, p. 65).

No que diz respeito às práticas oligárquicas e clientelistas em Campos dos Goytacazes, Franco (2006 apud LIRA, 2012) afirma que as práticas oligárquicas foram extintas, mas as clientelísticas não. Já para Lira (2012), a história política possui um cenário paternalista, em que:

Os resquícios deste jeito de fazer política são visíveis ainda hoje na sociedade local que apresentou e apresenta, em diversos momentos, sinais de crise política com idas e vindas de prefeitos que têm seus mandatos interrompidos por acusações de mau uso do dinheiro público e corrupção. Além disso, a existência de determinados grupos que se mantêm no poder por muito tempo, utilizando de certos artifícios políticos que lembram as velhas práticas de outrora, dificultando a alternância de poder tão cara para a democracia (LIRA, 2012, p. 66).

Esse modelo político terá como aporte uma nova estrutura econômica, que se iniciou no final dos anos 1990, com o recebimento dos *royalties* do petróleo provenientes da exploração de petróleo da Bacia de Campos. Essa estrutura econômica irá propiciar ao município uma vultosa receita, depositada diretamente na conta da prefeitura e administrada sem restrições pelo poder público local, o que dará margem a uma política clientelista pautada na barganha entre eleitores e eleitos.

3.2.3: O processo de construção do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes

Anterior à criação do Conselho Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes, que ocorreu no ano de 1991, o município possuía uma “semente” do que seria futuramente o Conselho Municipal de Saúde. Tal “semente” se fazia por um colegiado chamado de Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), tendo como presidente o Secretário Municipal de Saúde, que nomeava as entidades que participavam do CIMS.

Coelho (2003), ao realizar a pesquisa no Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, constatou que havia um “pseudomecanismo de ‘controle social da Política de Saúde local’ antes dos anos 1990, com visíveis limitações em suas atividades, conforme relatado em atas consultadas e depoimentos de integrantes da CIMS que representavam a comunidade” (COELHO, 2003, p. 128).

Ressalta-se que a CIMS não contemplava, a princípio, a participação de segmentos da sociedade organizada, mas apenas contemplava representantes de entidades prestadoras de serviço de saúde e representantes do poder público municipal (COELHO, 2003).

O CIMS não possuía caráter normativo, formulador, fiscalizador e deliberativo, como o modelo contemporâneo de Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, o CIMS não traçava a política de saúde do município. As ações do CIMS eram ancoradas nas ações da organização dos serviços de saúde ofertados à população usuária nos três níveis governamentais, “ainda autônomos, assim como na regulamentação da assistência médica e sistema de referência” (COELHO, 2003, p. 128).

Nesse período, o CIMS não participava das definições dos recursos e não tinha acesso à discussão dos recursos transferidos para o município. Os repasses financeiros eram feitos pelo INAMPS, de forma direta aos municípios. Não existia um Fundo próprio para gerir os recursos da saúde municipal.

No que se refere às reuniões do CIMS, podemos dizer que os seus membros se reuniam com certa assiduidade. Coelho (2003) afirma, através da fala de um pesquisado, que antes da reunião havia um tipo de “mapeamento prévio para evitar ‘dificuldades’ nas discussões da pauta” (COELHO, 2003, p. 129).

Como supracitado, o CIMS não contava com a participação de representantes de seguimentos da sociedade campista, isso até a criação do Conselho Comunitário de Saúde de Campos (CCSC), em 11 de dezembro de 1985. O CCSC não possuía uma regulamentação legal, todavia se manteve no cenário político da saúde pública por uma questão legítima, até conseguir a presença de seus membros nas reuniões do CIMS. Logo após, passou a pleitear a participação através do voto nas deliberações do CIMS (COELHO, 2003).

O CCSC apresentava, nas suas atribuições, semelhanças ao atual Conselho Municipal de Saúde, tais como:

I: a construção de um Plano Global de Saúde para os Municípios, tendo como base as Ações Integradas de Saúde; II: a definição das prioridades de aplicação de recursos para os serviços de saúde do Município; III: a apreciação de contratos e convênios com a rede privada; IV: a fiscalização do funcionamento dos serviços da rede pública municipal, estadual e federal; V: a avaliação e o acompanhamento das Ações Integradas de Saúde (COELHO, 2003, p. 131)

Em 1986, o CCSC se reuniu com o CIMS pela primeira vez, em uma tentativa de oficializar a criação do Conselho Municipal de Saúde. Essa reunião foi uma tentativa dos membros do CCSC de garantir presença e ter a chance de poder participar das deliberações do CIMS, podendo assim interferir na política de saúde do município. Mas a presença do CCSC no CIMS foi aceita na condição de “visita”, sem direito a voz e voto (COELHO, 2003). Vale lembrar que nesse período não havia o princípio de paridade nos Conselhos, tanto no CIMS quanto no CCSC.

O Município de Campos do Goytacazes, na década de 1980, vivenciou um marco histórico em sua trajetória política municipal. Tal momento teve influência direta do contexto da redemocratização brasileira, após vinte anos de ditadura militar. Essa efervescência política dá força aos atores sociais campistas, sendo eles: intelectuais, artistas, profissionais liberais, sindicalistas, professores, entre outros, que se reuniam para discutir os rumos do município.

Essas discussões tinham como principal pauta o “reordenamento político partidário”, que ocorreu entre os anos de 1982/1988 e 1989/2004, em Campos dos Goytacazes, “que constituiu um marco entre a tradicional classe política, que foi fortalecida durante o período da ditadura” (PANTOJA; PESSANHA, 2008 apud LIRA, 2012, p. 67).

Coelho (2003) afirma que os idealizados e organizados do movimento eram “homens do povo, pessoas de várias tendências políticas, que debateram exaustivamente os problemas de Campos, organizando o documento intitulado ‘Muda Campos’” (COELHO, 2003, p. 136).

Segundo Coelho (2003), o documento “Muda Campos” representou o Plano de Governo (1989-1992), tendo como o mentor e candidato à prefeitura de Campos dos Goytacazes Anthony William Matheus de Oliveira, conhecido popularmente como Anthony Garotinho, pela coligação PDT/PSB. Em seu Plano de Governo (1988-1992) constavam propostas para diversos setores, como: ambiental, serviços

públicos, trabalho, econômico, educação, cultura, esporte e lazer, agricultura, desenvolvimento territorial e urbano, transporte coletivo e saúde.

Para Lira (2012), as eleições de 1988 para prefeito do município configuram-se como um “momento importante para a reflexão da política” de Campos por dois motivos: o primeiro motivo, devido à “primeira eleição vencida por Anthony Garotinho, que se tornou a principal liderança política local”; o segundo, “porque foi a eleição que derrotou a classe que estava ligada a um jeito tradicional de se fazer política, de que a sociedade ainda não se recuperou” (LIRA, 2012, p. 67).

Retomando o documento “Muda Campos”, suas propostas encontravam-se alinhadas com os novos moldes da política de saúde presentes na VIII Conferência Nacional da Saúde, na Constituição Federal de 1988 e no modelo do SUS. Destacam-se duas propostas nele inscritas:

I: a criação no Município de um sistema integrado e hierarquizado de atendimento com a participação do poder público, hospitais comunitários e rede privada e com acesso gratuito a toda população; II: a democratização do sistema com a participação da comunidade em sua administração (COELHO, 2003, p. 137).

No ano de 1990, o Município de Campos dos Goytacazes convocou sua Assembleia Municipal Constituinte, que resultou na promulgação da Lei Orgânica do Município (LOM), no dia 28 de março de 1990. Na LOM, consta um capítulo específico que diz sobre a Seguridade Social e uma sessão da Saúde, em seu artigo 200:

As ações e serviços do município no âmbito da saúde, integrados como sistema único, serão organizados de acordo com as seguintes diretrizes: a) direção única no âmbito municipal; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação da comunidade, mediante Conselho a ser criado por lei (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 1990 apud COELHO, 2003, p. 137).

Através de sua LOM, o Município de Campos dos Goytacazes então passa a cumprir uma exigência da Constituição Federal de 1988, inserindo-se no processo n. 750157-1/90, de junho de 1990,

No leque crescente dos municípios em processo de habilitação para a municipalização da saúde, assumindo as responsabilidades determinantes pela Lei 8.080/90 para a gestão descentralizada. Sendo assim, com a Lei Orgânica do Município promulgada, com a municipalização da saúde pleiteada e com a exigência legal (Lei 8.142/90) para a realização de Conferências e criação de Conselhos no âmbito das três esferas de governo, foi convocada a I Conferência Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, em março de 1991. (COELHO, 2003, p. 137).

A I Conferência Municipal de Saúde, com o tema central a “Municipalização é o Caminho”, teve como competências a avaliação e a proposição de novas diretrizes para a formulação da política de saúde do município. E as seguintes finalidades: “definir a organização, o funcionamento e a composição do Conselho Municipal de Saúde e eleger os delegados para a I Conferência Estadual de Saúde e para a IX Conferência Nacional da Saúde” (COELHO, 2003).

Destaca-se que na realização da I Conferência Municipal de Saúde esteve presente o movimento sanitário local, que emergiu nos anos de 1990. Esse movimento era composto por atores sociais, oriundos do extinto Conselho Comunitário de Saúde (CCS), e profissionais municipais de nível superior da área da saúde (assistentes sociais, psicólogos, dentistas, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, entre outros). Além de participarem desse movimento sanitário local, esses profissionais municipais de nível superior da área da saúde também se organizaram (através de suas categorias classistas) em busca de melhores condições de trabalho e de salário, junto ao poder público municipal.

Seus membros estiveram presentes, de forma aguerrida, na I Conferência Municipal de Saúde e o Movimento conhecido como “Frente Ampla da Saúde” transformou-se num espaço de fiscalização e cobrança da ampliação das propostas tiradas neste rico campo de construção da política de saúde local. Exerceu, também, de forma organizada, forte pressão para a posse da 1ª gestão do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes (COELHO, 2003, p. 138).

Antecedendo a I Conferência Municipal de Saúde, ocorreu um movimento emancipatório em que representantes das entidades de categorias profissionais da área da saúde se mobilizaram através de fóruns e pré-conferências. Nesses eventos, os representantes dessas entidades de categorias profissionais discutiram temas básicos, que foram debatidos na I Conferência Municipal de Saúde.

Os fóruns e pré-conferências que antecederam a I Conferência Municipal de Saúde tinham o objetivo de assessorar a sociedade para uma discussão nunca

antes travada da Política Pública de Saúde. Esse momento para a política de saúde local, para Coelho (2003, p.139), “culminou numa radiografia da saúde do Município de Campos na década de 1990”.

No que tange à participação da sociedade na I Conferência Municipal de Saúde, é importante ressaltar que houve uma massiva participação nos debates que traçaram os rumos da política de saúde local. Durante os três dias de Conferência, foram registrados cerca de 350 delegados e suplentes, sem contar os 150 participantes presentes. No término da Conferência, foi aprovada a criação e instalação imediata do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, em “caráter permanente, como órgão deliberativo do SUS no âmbito municipal” (COELHO, 2003, p. 140).

O Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes não fora implantado imediatamente, apesar de ter sido aprovada sua criação e instalação imediata, na I Conferência Municipal de Saúde. Sua criação ocorreu em 9 de setembro de 1991, com a promulgação da Lei 5.195/91. O Conselho teria uma gestão com duração de dois anos. Passado esse período, haveria novas indicações e eleições. Essa Lei ainda expressa o princípio máximo de paridade, determinada por Lei Federal, e a composição do Conselho com seus respectivos segmentos. São eles: Poder Público, Profissionais de Saúde, Prestadores de Serviços e Formadores de Recursos Humanos (RH), com cinco conselheiros titulares e cinco conselheiros suplentes de cada segmento. Já o segmento representado pelos usuários dos serviços de saúde era representado por 20 conselheiros titulares e 20 conselheiros suplentes, totalizando 40 membros/conselheiros titulares e 40 membros/conselheiros suplentes.

Lembra-se que o estatuto do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes foi aprovado em 5 de novembro de 1991, através do decreto n. 81/1991, sendo aprovado pelos conselheiros em reunião ordinária no ano seguinte. Já o Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei 5.395/92, de 24 de dezembro de 1992.

Sobre o Fundo Municipal de Saúde, segundo Coelho (2003), o processo de cobrança para o efetivo funcionamento do Fundo ocorreu na II Conferência Municipal de Saúde, através da mobilização por parte dos delegados.

Destaca-se que na trajetória do Conselho e das Conferências Municipais de Saúde ocorreram falhas na periodicidade da realização da Conferência de Saúde

local. Um exemplo disso é a III Conferência Municipal de Saúde, que só foi acontecer seis anos após a II Conferência, o que infringe o que foi estabelecido, que as Conferências devam ocorrer de dois em dois anos.

Na contemporaneidade, o Conselho Municipal de Saúde está na gestão biênio 2014-2016. O Conselho possui sede própria, composta pela Secretaria Executiva do Conselho e o auditório, um local destinado à realização de reuniões ordinárias e extraordinárias.

Quanto à composição do Conselho, continua com a mesma configuração desde sua criação, respeitando o princípio máximo de paridade.

O Conselho possui ainda Comissões Permanentes de: Controle e Avaliação, Orçamento e Finanças e Contratos e Convênios.

REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO MUNICIPAL
1) Secretaria Municipal de Saúde
2) Secretaria Municipal de Saúde
3) Secretaria Municipal de Saúde
4) Secretaria Municipal de Saúde
5) Secretaria Municipal de Saúde
REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇO
1) Santa Casa de Misericórdia de Campos
2) HEAA Hospital Escola Álvaro Alvim
3) HPC Hospital Plantadores de Cana
4) Liga Espírita de Campos - Hospital Abrigo João Viana
5) Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos
REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
1) SINTSAÚDE Sind. dos Trab. no Combate as End. e Saúde Prev. no Estado do RJ
2) SINPROSEP Sind. dos Prof. Serv. Públicos M. de C. dos Goytacazes
3) CRESS Conselho Regional de Serviço Social
4) ABO Associação Brasileira de Odontologia
5) SES Sind. dos Empreg. em Estabelecimento de S. de Saúde de Campos
REPRESENTANTES DOS FORMADORES DE RH DA ÁREA DA SAÚDE
1) UNIFLU Centro Universitário Fluminense Faculdade de Odontologia de Campos
2) UFF Universidade Federal Fluminense
3) FMC Faculdade de Medicina de Campos
4) Universidade Estácio de Sá
5) Sociedade Universitária Redentor
REPRESENTANTES DE ENTIDADES USUÁRIOS
1) Associação de Moradores do Retiro e Canal das Flechas e Produtores Rurais
2) Beija Flor Associação de Prevenção as Drogas
3) AMACO Associação de Moradores e Amigos do CODIM
4) AMJAC-RJ Associação de Moradores do Jardim Carioca
5) AMOPANCA Associação dos Moradores do Pq. N. Campos e Adjacências
6) ANFLUPREP Associação N. Fluminense dos Portadores de Retinose Pigmentar
7) ACAPEC Associação Campista de Apoio à Pessoa com Câncer
8) AMPSB Associação de Moradores do Parque São Benedito
9) AOC Associação de Ostomizados de Campos
10) ADVC Associação dos Deficientes Visuais de Campos
11) AENNF Associação de Enfermagem do Norte e Noroeste Fluminense
12) ACETERJ Associação dos Crônicos Renais e Transplantados do N e NE do Est. RJ
13) Instituto Social Viana Brasil
14) ECOANZOL
15) FAMAC Federação das Associações de Moradores e Amigos de Campos
16) MEEDT-RJ Lar Cristão Mocidade Espírita Emille des Touches
17) Paróquia de Santa Teresinha
18) Paróquia de Santo Antônio
19) AMS Associação Monsenhor Severino
20) AMAPNB Associação de Moradores e Amigos do Pq. Nova Brasília
Fonte: Composição do CMS gestão 2014/2016
Legenda: dados obtidos na sala do CMS
lista atualizada em 26 de agosto de 2014

Quadro 1: Composição do CMS para o biênio 2014-2016
Fonte: Elaborado pela Autora (2015)

Tendo em vista as discussões tratadas neste capítulo a respeito da participação, do controle social e da criação dos Conselhos, no capítulo a seguir será tratada questões sobre o Planejamento e o Planejamento da Política de Saúde.

4: O PLANEJAMENTO E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UM CAMINHO POSSÍVEL (?)

4.1: O PLANEJAMENTO COMO CONCEITO E COMO INSTRUMENTO

O Planejamento é algo que faz parte da história da humanidade, estando diretamente ligado à sobrevivência humana, “desde que nossos ancestrais acumulavam alimentos para enfrentar as duras estações invernais. Portanto, ele sempre esteve relacionado a um cálculo racional e de previsão” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 11). .

Planejar remete as pessoas a uma atividade através da qual elas procuram definir e coordenar ações para atingir determinados objetivos.

Sendo assim, o ato de planejar:

Consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ações com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. A ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004 apud TEIXEIRA, 2010, p. 17).

Então, pode-se afirmar que o Planejamento é um termo utilizado no cotidiano da política e da administração, sendo na esfera pública ou privada. É uma atividade também governamental, em que o Estado, detentor de recursos financeiros e políticos, é capaz de implementar políticas públicas conducentes aos objetivos previamente definidos, ou seja, por meio do planejamento é possível compatibilizar um “conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da

melhor forma de utilização de recursos escassos (componente racionalizador-teleológico). (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 11).

O Planejamento é aplicado na administração pública como:

Técnica de tomada de decisão que enfatiza a escolha de objetivos explícitos e determina os meios mais apropriados para a sua execução, a fim de que as decisões tomadas possam ser adequadas aos objetivos da população e legitimar programas efetivos para a sua realização (RATTNER, 1979, p.8).

Historicamente, a partir do advento do capitalismo, o Planejamento passa a ser um campo organizado de saber, como um campo disciplinar organizado da economia, estando relacionado à necessidade de: “[...]. *Administrar as grandes fortunas acumuladas. Com a industrialização, são criados os sistemas de contabilidade, a análise de custos e a racionalização do processo de trabalho baseado nas teorias fordistas e tayloristas [...]*”. (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 12).

O ideário de Planejamento emergiu no final do século XIX e início do século XX na Inglaterra. Surge como uma forma concreta de planejamento espacial (planejamento de cidades). Nesse período, criou-se o conceito de “cidade jardim” (HOWARD, 1902 apud OLIVEIRA, 2006), na qual a cidade poderia ser planejada para que “fosse mais amena sendo assim distribuindo espacialmente suas funções” (OLIVEIRA, 2006, p. 282).

O Planejamento, a partir das primeiras décadas do século XX, deixa de fazer parte somente da administração das grandes empresas privadas e torna-se um instrumento de política governamental, em que o Estado passa a ser o interventor da “realidade econômico-social, o que conferiu uma fundamental mudança qualitativa nas funções do planejamento” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 21).

No século XX, ocorreram duas significativas mudanças, que, para Rivera e Artmann (2012, p. 22), são mudanças na “ordem econômica e política mundial”.

A primeira mudança na “ordem econômica e política mundial”, apontada por Rivera e Artmann (2012), ocorreu com o nascimento do socialismo após a Revolução Russa de 1917. Alguns anos depois, em 1922, constitui-se oficialmente um novo país, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Com ela, outra forma econômica, a economia planificada. Em 1929 surgiu o “primeiro Plano Quinquenal proposto como substituto do mercado” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 22).

A segunda mudança na “ordem econômica e política mundial”, apontada por Rivera e Artmann (2012, p. 22), diz respeito ao “esgotamento’ do modelo capitalista liberal”. O “Crack de 29” é o resultado do “esgotamento” do modelo capitalista liberal. A instabilidade de seu sistema econômico:

Com crises na atividade e desemprego periódico (...), a nova ênfase no desenvolvimento econômico e luta contra a miséria, e a mobilização. (...). Tinha sido definitivamente perdida a crença no automatismo de mercado e abandonada a teoria do *laissez-faire* nas decisões econômicas (LAFER, 1975, p. 10).

Essa concepção é conhecida como teoria keynesiana, que “permitia compreender a crise dos anos trinta e mostrava que o Governo tem um importante papel a desempenhar na eliminação do desemprego” (LAFER, 1975, p. 15).

Para Lafer (1975), em países capitalistas:

O planejamento pode ser feito em diversos graus de elaboração, abrangendo apenas parte ou a totalidade da economia. O planejamento global procura dar uma visão ampla do desenvolvimento da economia, fixando objetivos a atingir e procurando assegurar a consistência entre a oferta e demanda de bens em todos os setores. (...). Esse programa pode limitar-se a alguns setores estratégicos da economia, onde se percebe claramente que há desequilíbrio. É o caso de investimentos em infraestrutura, como transportes, energia, educação, saúde, cujo crescimento pode ser planejado mesmo quando objetivos mais gerais de crescimento de renda, emprego etc. (LAFER, 1975, p. 16-17).

Ao retomar a questão do Planejamento nos dois diferentes sistemas sociais, Rivera e Artmann (2012) afirmam que no sistema socialista o Planejamento possui um caráter imperativo, mas no sistema capitalista possui um cunho indicativo.

Rivera e Artmann (2012), em seus estudos, ainda expõem que os diferentes sistemas sociais e seus respectivos modelos de planejamento estão marcados por “dilemas” que provocam crises e fracassos recorrentes.

Um dos “dilemas” destacados por Rivera e Artmann (2012) no Planejamento do sistema socialista é que:

Verifica-se uma contradição básica entre o plano e descentralização. É o predomínio da centralização a causa fundamental da crise deste modelo de planejamento. A crise do planejamento imperativo corresponde à crise de um paradigma normativo, economicista e tecnocrático típico de uma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de concentração de poder (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 23).

Outro “dilema”, também apontado por Rivera e Artmann (2012), que está presente no Planejamento do sistema capitalista, com um cunho indicativo, é o confronto: “[...]. *O mercado, com a possibilidade real de uma superação do plano pela lógica do mercado, que responde mais a interessantes particulares do que a interesses gerais da sociedade [...]*”. (RIVERA; ARTIMANN, 2012, p. 23).

Como supracitado, o Planejamento pode estar incluído em uma economia de forma geral, ou por regiões econômicas, como afirma Lafer (1975). O Planejamento Regional brasileiro ocorreu em regiões econômicas que não estavam inseridas num “esquema para a economia como um todo, sendo feito com objetivos específicos, como o de industrializar regiões (é o caso, no Brasil, da SUDENE), de desenvolver uma bacia fluvial, ou a agricultura regional etc.” (LAFER, 1975, p. 17)

No que tange aos investimentos públicos, é de responsabilidade e controle do poder público, “sendo necessário, porém, haver coordenação entre orçamentos públicos, órgãos executivos e o organismo encarregado do planejamento. A organização administrativa, portanto, é fundamental para a execução das metas do plano” (LAFER, 1975, p. 21).

Remontando um pouco à história do planejamento no Brasil, desde a década de 1940 “várias foram as tentativas de coordenar, controlar e planejar a economia brasileira. Até 1956 essas tentativas foram apenas diagnósticos, propostas, medidas setoriais ou de racionalização do processo orçamentário” (LAFER, 1975, p. 37).

Um exemplo desse tipo de Planejamento no Brasil ocorreu no governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), com o Plano de Metas. Esse Plano tinha “complexidade de suas formulações e pela profundidade do seu impacto foi a primeira experiência de planejamento governamental efetivamente posta em prática no Brasil (TEIXEIRA, 2010, p. 9).

Nos anos seguintes, o governo de João Goulart (1963-1965) teve como norte político e econômico o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social. Tal Plano foi elaborado pela equipe de técnicos chefiados por Celso Furtado. Para Teixeira (2010, p. 9), o Plano Trienal é “considerado um acontecimento relevante, embora tenha fracassado em sua implementação”, pois continha “em suas proposições fortes elementos estruturadores do espaço, tais como a reforma urbana e a reforma agrária” (PIQUET, 2007, p. 43).

Em 1964, os militares aplicaram o golpe civil-militar, no qual assumiu um discurso modernizante, estando comprometido com a retomada do crescimento.

O primeiro Plano que foi implementado pelo Regime Militar foi o Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG) (1964-1967), sob a gestão do General Castelo Branco. Esse plano tinha como objetivos: “no plano internacional, a retomada das relações com os organismos de financiamento e, no plano interno, o controle das taxas inflacionárias” (PIQUET, 2007, p. 49).

No governo Costa e Silva (1967-1970), foi elaborado o Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED), que:

Já apresentava uma concepção mais abrangente de planejamento, incluindo como objetivos fundamentais a aceleração do crescimento e o controle do processo inflacionário, contemplando, em termos de planejamento social, a ampliação da oferta de emprego (TEIXEIRA, 2010, p. 9-10)

Piquet (2007) afirma que só foi possível a economia brasileira voltar a apresentar elevadas taxas de crescimento devido à “utilização da capacidade ociosa instalada, herdada do período do Plano de Metas” (PIQUET, 2007, p. 52).

Esse período ficou conhecido como “milagre econômico brasileiro”, sendo caracterizado pelo “crescimento industrial, rápida urbanização a partir das migrações internas e deterioração das condições de vida de grande parte da população brasileira, efeitos que se apresentaram, inclusive, nos indicadores sociais e de saúde, em particular” (TEIXEIRA, 2010, p. 10).

Ressalta-se que os governos do presidente General Garrastazu Médici e de seu sucessor, General Ernesto Geisel, “foram o cenário dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (I e II) que já mostram a incorporação de concepções derivadas da difusão do pensamento estratégico nesta área” (TEIXEIRA, 2010, p. 10).

Tendo em vista o objeto deste trabalho, destaca-se o II PND, pois esse Plano salienta a necessidade de investimentos governamentais no que tange ao desenvolvimento social, que gerou:

A elaboração e implementação de vários programas na área de Saúde, inclusive o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), talvez a primeira experiência de grande magnitude que articulou a programação de ações territoriais de ‘atenção primária à saúde’ com participação da população das áreas rurais nordestinas na construção de soluções simplificadas de abastecimento de água e destinação dos dejetos, ao lado de ações de educação sanitária e assistência a grupos populacionais prioritários como o materno-infantil (TEIXEIRA, 2010, p. 10).

Como forma de melhor visualizar a trajetória dos períodos presidenciais e seus respectivos Planos, elaborou-se o Quadro 2 (PIQUET, 2007):

Planos	Períodos	Governos	Presidentes
Plano de Metas	1956-1961	civil	Juscelino Kubitscheck
Plano Trienal	1961-1964	civil	João Goulart
Plano de Ação Econômica do Governo - PAEG	1964-1967	militar	Castelo Branco
Plano Estratégico de Desenvolvimento - PED	1967-1969	militar	Costa e Silva
Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento - I PND	1969-1974	militar	Garrastazu Médici
Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND	1974-1979	militar	Ernesto Geisel
Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento - III PND	1979-1985	militar	João Figueiredo

Quadro 2: Trajetória dos Planos no Brasil
Fonte: Piquet (2007).

O Quadro 2 nos mostra o planejamento com a cronologia dos planos e seus períodos governamentais, tanto governos civis quanto militares.

Ao avançar um pouco no tempo, destaca-se que, na década de 1990, o país passa por profundas transformações e, em “virtude da abertura da economia e da perda de importância do papel do Estado na promoção do desenvolvimento, o Brasil passa por profundas transformações” (PIQUET, 2007, p. 14).

Nessa mesma década, com o ideário neoliberal, a forma de governar encontra-se em um “dilema”. De um lado, a necessidade de racionalização dos gastos públicos, em resposta à necessidade imperiosa de garantir o equilíbrio orçamentário e fiscal. De outro, a ampliação da demanda por políticas sociais consagradas na Constituição de 1988 (RIBEIRO, 2005).

Tendo em vista a condução da política social na década de 1990, Pereira (2005) define como: seletiva, liberal e focal das obrigações sociais do Estado, e o seu objetivo primordial foi o combate à inflação e os ajustes econômicos.

É importante destacar que durante as duas gestões do presidente da república (1995-2002) Fernando Henrique Cardoso (FHC) a reforma do Estado brasileiro foi um dos principais focos (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Com o sucessor de FHC, a primeira gestão de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), o Estado brasileiro passa a ter a agenda social como eixo estruturante do novo desenvolvimentismo brasileiro, adotando uma orientação genericamente participativa, que implicou em uma forte expansão do controle social (PAULA, 2007); (OLIVA, 2010), (AVRITZER, 2012).

Em 2007, no segundo mandato do presidente Lula, foi criado o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que teve grande importância na “promoção da retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, contribuindo para o seu desenvolvimento acelerado e sustentável” (BRASIL, 2015). Porém, para Rodrigues e Salvador (2011), o PAC além de:

Abranger uma série de medidas de caráter econômico visando à manutenção da estabilidade econômica e o cumprimento de acordos internacionais. (...). As implicações desse programa para as políticas sociais, visto que são previstas em suas ações medidas de desonerações tributárias, com diminuição dos recursos arrecadados para o fundo público, e medidas institucionais que enfraquecem os direitos sociais. O PAC se apropria indiretamente de parcelas dos recursos do Estado que seriam destinadas às políticas sociais e contribui para a manutenção da política econômica ortodoxa vigente de priorização do pagamento dos serviços da dívida (juros e amortização). As medidas institucionais previstas no PAC, como a reforma tributária e a instituição do fundo de pensão dos servidores públicos, fragilizam os direitos sociais e, além disso, as desonerações concedidas retiram recursos das políticas de Seguridade Social e da educação (RODRIGUES; SALVADOR, 2011, p. 129).

Tendo em vista o objeto de estudo deste trabalho, é necessário conhecer como ocorreu a migração do ideário de Planejamento para a política de saúde, formando assim um pensamento em Planejamento de Saúde na América Latina e no Brasil.

4.2: O PLANEJAMENTO COMO PROPOSTA PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

Os anos 1950 são marcados pelo desenvolvimento científico e tecnológico. Com esse desenvolvimento surgem transformações, as quais alcançaram o setor de prestação de serviços, organizando as redes e sistemas de serviços de saúde, o que tornou o Planejamento uma necessidade, sendo reconhecida de forma ampla, gerando interesse de organismos internacionais de cooperação técnica (como a OMS).

O Planejamento na América Latina, para Piquet (2007), teve na década de 1960 sua difusão e seu auge através do pensamento da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) que:

Dominava as análises sobre os processos das economias latino-americanas e orientava muitas propostas de política nesse período. Albert Hirschman, Raul Prebisch, Celso Furtado, dentre outros, eram seus principais representantes. O debate da época voltava-se para as ideias de crescimento, desenvolvimento, subdesenvolvimento e centrava-se na possibilidade da universalização ou não dos padrões de produção e consumo industrial (PIQUET, 2007, p. 20).

A respeito do subdesenvolvimento, Furtado (1961) afirma que ele é um “processo histórico autônomo, e não uma etapa pela qual tenham necessariamente passado as economias que já alcançaram grau superior de desenvolvimento” (FURTADO, 1961, p. 180).

Considerando-se que na América Latina nasce e se difunde o pensamento de planejamento, no ano de 1961 ocorreu a reunião da Organização dos Estados Americanos (OEA) em Punta del Este, no Uruguai. Nesse encontro, os países participantes firmaram um acordo para elaboração de:

Planos sociais e econômicos (especialmente na área da saúde); e a I Reunião de Ministros da Saúde das Américas, em 1963, onde a discussão contemplou: o planejamento como instrumento para a busca de objetivos transcendentais; o setor saúde compreendido como totalidade; e a necessidade de compatibilizar categorias econômicas e sociais (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 27).

Haja vista a necessidade de desenvolver uma metodologia própria de programação em saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em conjunto com o Centro de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, e com a participação de alguns técnicos cepalianos (RIVERA, 1989), desenvolveu o Método CENDES-OPS (Centro de Desenvolvimento - Organização Pan-Americana da Saúde), em 1965, centrado na matriz político-ideológica da CEPAL.

Ressalta-se que o Método CENDES-OPS é considerado por vários estudiosos como um marco no que tange ao desenvolvimento de um pensamento próprio, ou melhor, da emergência de uma concepção de especificidade do planejamento na área da saúde (TEIXEIRA, 2010).

O Método CENDES-OPS tem como fulcro a busca da adaptação dos conceitos do Planejamento econômico para o campo social, exclusivamente para a área da saúde, tendo como proposta o diagnóstico. “Esta constitui uma ampla aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, incluindo variáveis próprias

do ambiente físico, biológico e social, além das exclusivamente sanitárias” (TEIXEIRA, 2010, p. 18).

Considerado um prisma sistêmico para Rivera e Artmann (2012, p. 27), o Método Cendes-OPS possui uma “Programação de Recursos de Saúde com forte preocupação com a eficiência, que se expressa na análise custo-benefício”.

Destaca-se o Método Cendes-OPS que:

Contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar aqueles que apresentam um custo relativo menor por morte evitada. O objetivo sanitário básico passa a ser o aumento da capacidade potencial produtiva da comunidade ou a prevenção do maior número de mortes pelo menor custo, configurando uma relação de eficiência típica da escola keynesiana do equilíbrio dinâmico (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 27-28).

Com um enfoque descritivo, o Método CENDES-OPS era embasado em uma construção de informações, conhecidos como indicadores de saúde. Tais indicadores de saúde possuíam limites e estes não eram questionados,

Tanto como descritor da realidade de saúde, quanto pela dificuldade intrínseca em explicar a situação epidemiológica encontrada. Entretanto, havia uma preocupação explícita por parte dos formuladores do método CENDES-OPS: o diagnóstico não se limitaria à descrição das condições sanitárias na coletividade, mas se empenharia em identificar os fatores que permitissem sua explicação. Além disso, o método CENDES-OPS introduziu a ideia de prognóstico, entendido como uma das atividades características da fase diagnóstica da programação (TEIXEIRA, 2010, p. 19).

Quanto aos méritos do Método CENDES-OPS, Rivera e Artmann (2012, p. 30) apontam os seguintes itens: “a priorização à prevenção de danos; a proposta de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos e outros”.

No que se refere ao Método CENDES-OPS, Rivera e Artmann (2012) afirmam que Mario Testa faz uma crítica a tal Método. O estudioso questionou a “omissão dos aspectos políticos inerentes à problemática institucional do setor, como o financiamento, a falta de coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado, a baixa capacidade de governo, o nível de privatização etc.” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 30).

No cerne do Método CENDES-OPS como proposta do Planejamento em saúde, em 1965 surgem muitas críticas aos aspectos deficitários do método. Para

Rivera (1989), formalmente o ápice do processo de crítica se deu com a reunião de um grupo de estudos sobre tal temática, na cidade venezuelana de Puerto Azul. Uma das propostas que emergiram nessa reunião foi a criação de um centro de pesquisa e docência:

Que tenha por função a realização de investigações voltadas para a análise das áreas críticas do planejamento e para a produção e difusão de conhecimentos, através de cursos internacionais. Cria-se, assim, o Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde-CPPS, o qual irá trabalhar em íntimo contato com o Instituto Latino-americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES) (RIVERA, 1989, p. 30).

Desde a criação do Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde (CCPS), que esse centro se opõe e faz crítica ao posicionamento formal assumido pelo Planejamento, “enquanto técnica de racionalização de recursos econômicos, assumindo a defesa de uma racionalidade substantiva para o mesmo, de apoio à formulação de políticas” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 31).

De acordo com tal perspectiva, Paim (1981 apud RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 31) afirma que o CPPS preocupa-se com questões relacionadas à:

Definição de políticas e estratégias, diagnóstico setorial, análise institucional, financiamento, programação regional, sistema de informações etc. Sem abandonar partes do CENDES/OPS, procede-se a uma revisão conceitual, com ênfase nos aspectos organizacionais (sistêmicos) e políticos.

Na década seguinte, em outubro de 1972, em Santiago no Chile, ocorreu a Terceira Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, sendo, para Rivera e Artmann (2012, p. 32), um importante “marco da evolução do planejamento em saúde, após a publicação do Método CENDES”.

Na Terceira Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, seus representantes aprovaram o Plano Decenal das Américas, em que é “reconhecido o direito à saúde dos povos. Além do reconhecimento do direito universal à saúde, constatada a baixa cobertura, propõe-se a extensão de cobertura nas áreas agrárias por meio da atenção primária” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 32).

Além da aprovação do Plano Decenal das Américas, outros pontos foram debatidos na Terceira Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, que são: a “racionalização do setor mediante a integração ou coordenação das múltiplas e

diferenciadas instituições de saúde” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 32). O segundo ponto enfatiza o “papel do Estado na formulação de uma política setorial e propõe-se a incorporar a população na organização e execução de tarefas sanitárias, trazendo à tona o planejamento participativo” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 32).

Tendo em vista os esforços feitos pelos organismos internacionais de ensino e pesquisa, estes se centraram em uma forma de planejamento que possuía uma concepção política. A primeira baliza dessa evolução está evidenciada através da:

Formulação de Políticas de Saúde (FPS), de 1975, do CPPS. O planejamento aqui é concebido como um processo que, embora dominado pelo Estado, supõe a mobilização de vários atores e introduz a necessidade da análise de viabilidade política e da estratégia. (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 33).

Ainda sobre a concepção da “Formulação de Políticas de Saúde” do CPPS, Teixeira (2010) destaca que nesse documento o ideário de políticas pode ser compreendido como um “processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos” (OPS; CPPS, 1975 apud TEIXEIRA, 2010, p. 20).



Figura 2: Diagrama do processo de Formulação de Políticas
Fonte: OPS, CPPS (1975).

Na figura 2, tem-se o Diagrama do processo de Formulação de Políticas, que se refere ao processo racional da “Formulação de Políticas de Saúde” do CPPS. Esse documento coloca o Planejamento no “terreno definitivo das decisões políticas, afirmando a Imagem-Objeto (primariamente valorativa e secundariamente técnica)

como ponto de partida, juntamente com o diagnóstico, de uma sequência de etapas” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 33), sendo elas:

O Diagnóstico - Imagem - Objeto (IO) – Formulação das Proposições preliminares (submetidas às análises de factibilidade e coerência) – Estratégia (prévia análise de viabilidade política). A definição das prioridades em saúde supõe a utilização simultânea de critérios técnicos e políticos (estes predominantes) e a mobilização dos vários níveis que compõem uma organização sanitária (político, técnico-administrativo e técnico-operacional) (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 33).

A proposta de “Formulação de Políticas de Saúde” do CPPS possui algumas limitações, de acordo com Kelly e Palumbo (1992), Rivera (1988) e Rivera (1989). São elas:

(1). O “ciclo de políticas tem sido criticado em sua base ao apresentar uma ordem sequencial do processo de formulação de políticas quando de fato esse processo é complicado e interativo” (KELLY; PALUMBO, 1992 apud TEIXEIRA, 2010, p. 21);

(2). A abordagem metodológica do CPPS inclui algumas dificuldades operacionais de “identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea até o tipo de indicador utilizado para aferir as condições de vida (renda, disponibilidade de serviços etc.” (RIVERA, 1988 apud TEIXEIRA, 2010, p. 23).

(3). Rivera (1989) aponta, em outro momento, outras duas limitações na proposta metodológica do CPPS. A primeira limitação diz respeito ao “tratamento estanque concedido às diferentes etapas ou formas de análise, quando, em verdade, o processo político é interativo, com várias fases acontecendo repetidas e simultaneamente e se imbricando mutuamente”. (...) Já a segunda limitação do documento, em “assumir que o único ator facultado a elaborar uma imagem-objetivo é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade” (RIVERA, 1989 apud TEIXEIRA, 2010, p. 21-22).

O documento “Formulação de Políticas de Saúde” do CPPS, mesmo com suas limitações metodológicas, é reconhecido por estudiosos como ruptura do

ideário de microplanificação gerencial de características rígida e tecnocrática, pois tal documento reconhece o conflito social como primordial no processo de concepção das políticas, assim:

Representando o conflito das necessidades insatisfeitas, individuais ou sociais oriundas da desigual distribuição de bens e serviços sanitários, as quais são processadas por grupos de pressão ou pelo próprio Estado em forma de demandas finalmente institucionalizadas pela autoridade política. A análise de viabilidade política implica a análise da reação política da sociedade às propostas políticas e serve de base para a formulação de um desenho temporal das mesmas, que inclui uma regulação da intensidade com base em possibilidades alternativas de como implementar essas políticas (conceito estratégica) (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 33-34).

Ressalta-se também a contribuição no que concerne ao conceito de grupos e problemas de saúde prioritários “pela via de aproximação ao conceito de necessidades sociais, bem como ao uso da análise de risco, em um sentido ampliado, na definição das categorias de problemas e na formulação das estratégias de intervenção” (RIVERA, 1988 apud TEIXEIRA, 2010, p. 23-24).

Quanto ao recurso, este está relacionado à demarcação espacial de grupos semelhantes e à utilização da perspectiva de risco (Epidemiologia), que “evidenciam a busca de ampliação do objeto de saber/intervenção no âmbito do planejamento em saúde, ainda que inserida na concepção ecológica simplista do processo saúde-doença” (TEIXEIRA, 2010, p. 23-24).

Ressalta-se que, no final da década de 1970, o Planejamento em Saúde passou por um processo de evolução teórico-metodológico, que, para Rivera e Artmann (2012, p. 35), foi um “auspicioso avanço epistemológico e de possibilidade de intervenção. Expressa uma autonomia relativa importante dos organismos, que, ao participarem do espaço público, contribuem para a produção metodológica”.

Esse processo de evolução teórico-metodológico supracitado resultou no que os estudiosos da área conhecem como Enfoque Estratégico de Planejamento em Saúde, que corresponde à “superação do Planejamento Normativo, ou seja, de um tipo de planejamento tecnocrático, vinculado à análise de custo-benefício ou à eficiência econômica, que cede lugar progressivamente ao Planejamento Estratégico” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 35).

4.2.1: O Enfoque Estratégico de Planejamento em Saúde

O Enfoque Estratégico de Planejamento em saúde é dividido em três vertentes, que têm em comum o conceito de ação estratégica e se diferenciam quanto a um “enfoque específico com diferentes ênfases” (GIOVANELLA, 1991 apud RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 43), são elas:

- (I). O Planejamento-estratégico-situacional desenvolvido por Carlos Matus final dos anos de 1970;
- (II). O “Pensamento estratégico” de Mario Testa, datado do final da década de 1980;
- (III). E o Enfoque estratégico de “Saúde Para Todos” (SPT), no ano de 2000, representado por Barrenechea, Trujillo e Chorny (1990).

Tendo em vista as três vertentes do Enfoque Estratégico de Planejamento em Saúde, então se faz necessário discorrer sobre cada uma dessas três vertentes.

4.2.1.1 Carlos Matus e o planejamento-estratégico-situacional

A primeira vertente do Enfoque Estratégico de Planejamento em Saúde foi desenvolvida pelo estudioso chileno Carlos Matus, do Planejamento-estratégico-situacional, que realiza um diálogo com várias correntes teóricas. Uma dessas correntes teóricas que Matus mais se aproxima para construir seu trabalho é a da fenomenologia.

Aqui o sujeito (ator que planeja) e o objeto (a realidade que deve sofrer intervenção) estão entrelaçados; existem vários atores com diferentes graus de governabilidade e, portanto, várias explicações sobre os problemas. Assim, diferentes recortes situacionais são possíveis em razão da particular posição dos atores e de sua visão de mundo. A realidade é uma construção social, criativa, subjetiva, em que os dados ou informações científicas são apenas uma parte desta (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 37-38).

O Planejamento-estratégico-situacional tem como pressuposto a ideia de situação, dando prevalência aos problemas de condução de governabilidade. Essa vertente procura instrumentalizar a gestão salientando os conceitos de “ator, de problema, de acumulação de desarticulação de poder (categoria ampla que inclui recursos políticos, de mobilização, de conhecimento, além dos econômicos) por meio de sua Teoria da Produção Social” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 36).

Para Matus (1993), a concepção situacional do planejamento ancora-se em reconhecer a presença de múltiplos atores, admitindo uma percepção policêntrica, que concebe a associação de “ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los” (TEIXEIRA, 2010, p. 27).

Em teoria, a intervenção racional sobre a realidade, o agir num espaço democrático é possibilitado aos atores. Segundo Matus (1993), a planificação situacional, como formulação teórica, parte de uma indicação que compreende um espaço de relações de produção social, somente compreensível se quem indica está dentro do espaço indicado. Além disso, segundo ele, a indicação do ator não está motivada pelo mero propósito de conhecer, mas também de atuar e alterar a realidade compreendida no espaço indicado (TEIXEIRA, 2010, p. 27).

Um dos elementos centrais da obra de Matus (1997) é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos. Para ele, governar é algo muito complexo, que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema, cuja articulação compõe o triângulo de governo (MATUS, 1997 apud TEIXEIRA, 2010, p. 27-28).

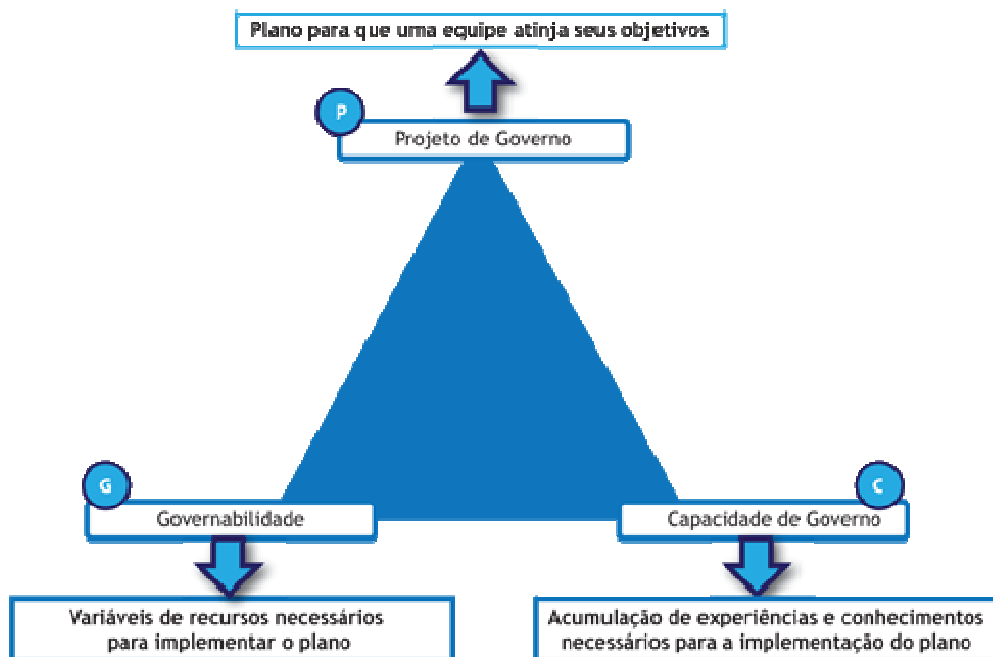


Figura 3: O Triângulo de Governo de Matus
 Fonte: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (2015)

A figura 3 demonstra o “Triângulo de Governo”, no qual Matus (1993) desenvolve o projeto de governo, ou arte da condução. O “Triângulo de Governo” de Matus (1993 apud RIVERA; ARTMANN, 2012) possui três variáveis que são articuladas simultaneamente. São elas:

(A). Projeto de Governo (P): “interações e projetos a serem realizados” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 39);

(B). Capacidade de Governo (C): “capacidade de governo ou conjunto de habilidades, destrezas, métodos e técnicas de planificação e gestão, incluindo capacidades da liderança” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 39);

(C). Governabilidade (G): “relação entre variáveis controladas e não controladas pelo ator do plano” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 39).

Matus (1993), ao elaborar sua proposta de planejamento estratégico, concebeu um modelo de processamento de problemas e soluções. Apoiou esse modelo nas “teorias da situação, da produção social e da ação interativa” (MATUS,

1993 apud RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 39). Formulou um protocolo de processamento de problemas com quatro distintos momentos, porém integrados, que são: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

4.2.1.2: Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde

Mario Testa, argentino e sanitarista, desenvolveu o “Pensamento Estratégico em Saúde”. Seu “Pensamento Estratégico em Saúde” é fruto de reflexões a respeito do Planejamento em Saúde. Para tanto, faz-se necessário elencar as categorias e conceitos desenvolvidos por Testa.

Testa (1995) entende os problemas da política de saúde e os processos de planejamento, “considerando o setor saúde inseparável da totalidade social”, (...) vislumbrando os “fenômenos como socialmente determinados” (TESTA, 1995 apud TEIXEIRA, 2010, p. 26).

O Pensamento Estratégico em Saúde é puramente estratégico, pois, nos países capitalistas dependentes,

O desenho estratégico é uma condição da eficácia do plano. Não obstante, a formulação do plano é, por sua vez, uma necessidade do desenho estratégico já que não pode existir uma estratégia *sine materia*, dada a definição da mesma como forma, ‘forma de implementação de uma política’ (RIVERA *et al.*, 1989, p. 60).

Giovanella (1989) afirma que Testa faz uma “proposição para a ação política em saúde, ele organiza o raciocínio de como pensar a ação política em saúde”. (...). Para “o pensar a ação presente e futura em saúde, três grandes categorias estão inter-relacionadas: Poder, Ideologia e Organização” (GIOVANELLA, 1989, p. 8-9).

Das três grandes categorias desenvolvidas por Testa, a primeira é o Poder, que, para Giovanella (1989, p. 9), é a categoria fundamental e que norteia o pensamento de Testa sobre o planejamento, “tanto na sua análise sobre a saúde como em suas proposições para a ação em saúde” (GIOVANELLA, 1989, p. 9).

Testa desenvolve a categoria Poder e faz reflexões sobre esta categoria, como: “se exerce, suas relações, impactos, como qualificá-lo e quantificá-lo, como alterar a distribuição do Poder, acumular Poder, transformar as relações de Poder”

(GIOVANELLA, 1989, p. 9). Testa ainda realiza uma análise acerca do Poder, enquanto Poder de Estado.

As outras duas categorias elencadas por Testa são a Ideologia e a Organização. Para ele, a Ideologia e a Organização são inseparáveis no que se refere à “proposição de transformação da distribuição e das relações de poder”. A grande categoria Organização é considerada fundamental sob dois aspectos, tanto como instituição quanto formas organizativas das práticas:

A organização enquanto instituição - agrupamento de pessoas com interesses comuns estabelecido e permanente - pela sua capacidade estruturante e de consolidação e, organização enquanto as formas organizativas das práticas, quer dizer, enquanto o jeito como estão organizadas as organizações: suas relações internas e suas relações externas (GIOVANELLA, 1989, p. 9).

No “Pensamento Estratégico em Saúde” de Testa, ele realiza uma integração do diagnóstico administrativo, do diagnóstico estratégico e do diagnóstico ideológico, todos eles ligados aos três objetivos básicos da planificação.

(1). Diagnóstico administrativo: “representado pela análise dos recursos, do acesso populacional e da enfermidade, estando associado ao propósito do aumento da produtividade” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 41);

(2). Diagnóstico estratégico: “relações de poder e associado ao propósito da mudança” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 41); e

(3). Diagnóstico ideológico: Identifica os “aspectos técnico-ideológicos que conduzem à legitimidade do poder como propósito” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 41).

Destaca-se que a categoria da Organização, em Testa, pode ser concebida como instituição no “Postulado da Coerência” ou “Diagrama”. O “Postulado da Coerência” ou “Diagrama” representa:

As relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado “projeto” que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais” (TESTA, 1992 apud TEIXEIRA, 2010, p. 25).

Para Testa (1987 apud RIVERA; ARTMANN, 2012), o “Postulado da Coerência” delinea os elementos capazes de possibilitar exequibilidade a um enfoque metodológico de planificação que sugere a mudança. De acordo com:

(I). Propósito – Por parte do Estado o propósito da mudança estaria expresso em uma política;

(II). Teoria – Teoria do Planejamento Social adequada ao contexto do capitalismo dependente latino-americano;

(III). Organização – Labilidade³ organizacional em que esta “favoreceria a possibilidade de mudança a partir do método, à medida que essa labilidade estabeleceria uma relação método-organização, em que o método seria determinante” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 42).

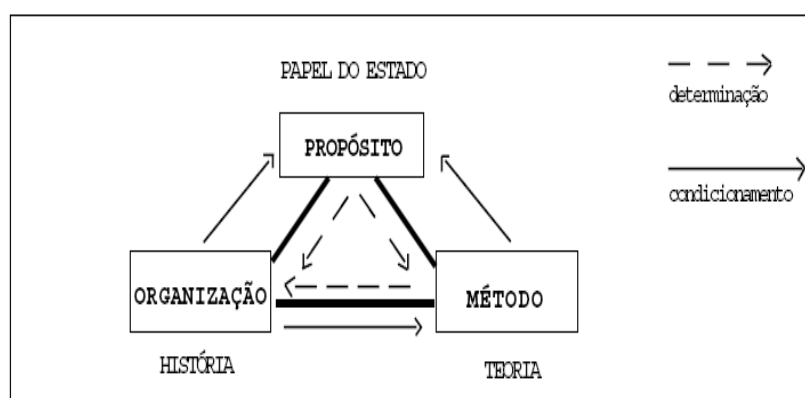


Figura 4: Postulado da Coerência
Fonte: Santos (1997 apud Barbosa et. Al, 2012).

O “Postulado da Coerência” é determinado por um construto histórico. Giovanella (1989) destaca que:

³ Labilidade Organizacional para Testa são as “condições nas quais se processa o Postulado de coerência nos países latino-americanos capitalistas e dependentes. Esta labilidade organizativa de ênfase dos governos nos propósitos de crescimento e legitimação, e por último, de debilidade da teoria de governo o que traz como consequência a inexistência de um método eficaz para a tomada de decisões. A labilidade organizativa é principalmente das organizações das classes dominadas. O poder que a classe dominada pode dispor de forma permanente é o das organizações que consegue criar e o recurso que possuem para essa organização e a consciência acerca dos problemas que enfrenta. Organizações com potencialidade transformadora são organizações da classe trabalhadora com consciência de classe, com consciência de seu lugar de classe enquanto dominados, explorados, cuja ética é a ética da solidariedade” (GIOVANELLA, 1989, p.57-58).

O principal atributo de Testa está na forma do funcionamento do postulado para países capitalistas subdesenvolvidos e dependentes é a labilidade organizativa. Essa característica faz com que a organização seja o componente, seja o componente do postulado mais determinado e, explica o diferente modo de funcionamento do postulado nesses países, em relação aos capitalistas desenvolvidos (GIOVANELLA, 1989, p. 10).

Ao retornar a categoria da Organização desenvolvida por Mario Testa, Giovanella (1989) afirma que tal categoria tem capacidade estruturante-estrutura que orienta a história.

Ainda sobre a categoria da Organização, ela possui característica prática, em que a organização tem o sentido das relações que se constituem entre as pessoas e/ou grupos sociais para a tomada de decisões, o modo como se opera a relação do Poder.

Testa entende que a forma “organizativa” das práticas constrói a consciência das pessoas, faz com que adquiram uma concepção de mundo e uma postura de vida, uma forma de atuação social. As formas organizativas das práticas são [...] as formas de exercício do Poder e o exercício do Poder causa impacto sobre a consciência das pessoas: constrói a consciência das pessoas. Essas relações internas às organizações - formas das práticas no processo produtivo - externalizam-se, pois a consciência aí formada reproduz nas práticas sociais reprodutivas a relação de poder contida nesta prática (GIOVANELLA, 1989, p. 11).

Tendo em vista o vínculo das formas organizativas das práticas com a gênese da consciência, esta mesma consciência é a essência de seu conceito de Ideologia. De acordo com Mario Testa, Ideologia é entendida como um saber e uma prática.

O saber é um conceito ancorado na compreensão de mundo, e o conceito de prática está na edificação e criação de uma consciência em seus sujeitos. Ou seja, para Giovanella (1989), [...] entende Ideologia como “um saber e uma prática cuja forma organizativa autoconstrói seus sujeitos e, em consequência, consolida tal prática: prática que resulta na consolidação de uma ética” (GIOVANELLA, 1989, p. 11).

Giovanella (1989), ao fazer um estudo profundo das obras de Testa, destaca que:

É por meio de um processo de ideologização que se produzem sujeitos sociais conscientes impulsionadores de novas práticas sociais por sua vez ideologizantes. Sujeitos sociais individuais ou coletivos conscientes que participam do Estado ampliado constituindo-se em atores sociais e disputando poder na sociedade (GIOVANELLA, 1989, p. 12).

Ela analisa ainda o conceito de Testa sobre Poder Social. O Poder Social não apenas mantém-se pela coerção, mas também pelo consenso. O consenso aqui é estabelecido pelo acatamento dos ideais dominantes como legítimos, de acordo com alguma ética. “Trata-se, então, da conformação de uma nova ética que consolide uma vontade coletiva pela transformação das relações de Poder” (GIOVANELLA, 1989, p. 12).

Então, Ideologia, para Testa, é categoria primordial, devido à estima do Poder enquanto tal. A categoria Ideologia é apreendida como:

Concepção de mundo e prática construtora de sujeitos esse conceito é base de suas proposições de novas formas organizativas para as práticas de saúde, [...] [e que] propõe novas formas organizativas das práticas pela sua potencialidade de transformação das relações de poder na sociedade ao transformar a consciência dos sujeitos dessas práticas e ao promover a criação de organizações correspondentes a esse novo nível de consciência (GIOVANELLA, 1989, p. 12).

Destaca-se que, ao fazer um mapeamento da análise das posições político-ideológicas dos diversos atores que se envolvem com o processo político em saúde, Testa (1995 apud TEIXEIRA, 2010) aponta para os diversos “âmbitos” que seriam, para ele, espaços sociais e institucionais, nos quais se inserem os atores políticos (identificação dos diversos espaços de poder formal e poder real).

Testa (1995 apud TEIXEIRA, 2010) também reconhece o tipo de poder “exercido pelos distintos atores, em função de suas posições na estrutura do ‘setor’, (...) sendo assim, pode-se pensar na complexa rede de instituições (públicas e privadas) que compõe um sistema de saúde como o que se configura em nossa sociedade” (TEIXEIRA, 2010, p. 25).

Desse modo, faz-se necessário discernir as instituições de acordo com:

A função que exercem no sistema, por exemplo, instituições gestoras, prestadores de serviços, produtoras de insumos ou instituições responsáveis pela produção de conhecimento e formação de pessoal em saúde, como é o caso dos institutos de pesquisa, universidades e escolas técnicas de saúde, genericamente conhecidas, em nosso meio, como representantes da “academia” (TEIXEIRA, 2010, p. 25).

O pensamento de Testa, na percepção de Giovanella (1989, p. 7), seria “mais uma maneira de pensar o planejamento de saúde, pensar a atuação em saúde, do que um método de planejamento”.

Já para Carmem Teixeira (2010, p. 26), a análise crítica do planejamento em saúde, desenvolvida por Mario Testa, não é unicamente conceitual, mas também metodológica, “a exemplo do ‘postulado da coerência’, que pode ser utilizado como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde”.

4.2.1.3: “Saúde Para Todos” (SPT) e seu enfoque estratégico

Nos anos de 2000, é inaugurado o enfoque estratégico de “Saúde Para Todos” (SPT), representado por Barrenechea, Trujillo e Chorny (1990). O SPT tinha como objetivo aproximar-se do conceito “necessidades de saúde”, por meio do critério das condições de vida,

Como parâmetros para priorização de grupos humanos e programação de ações em saúde. O ponto de partida desse modelo de programação estratégica consistiria em definir espaços geográficos suficientemente pequenos para abrigar grupos sociais homogêneos. A validação desses grupos dependeria de uma análise de condições de vida, de saúde e de condições de acesso aos serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 44).

O enfoque de SPT/2000 demanda uma máxima preferência por grupos preteridos, em que sua localização no espaço geográfico mostra que, em tal localidade, encontram-se os piores indicadores de vida, saúde e acesso. Para Rivera e Artmann (2012, p. 44), essa seria a contribuição mais importante do enfoque: a forma como as “prioridades entre grupos e entre problemas de saúde são tratadas, considerando as condições de vida dos grupos sociais e as condições de morbidade, permitindo identificar os grupos com maiores necessidades sociais e seus principais problemas”. Sendo assim, redundando na escolha de grupos preteridos (abordagem sistêmica e intersetorial).

Quanto ao enfoque estratégico, Rivera e Artmann (2012) afirmam que Matus e Testa, mesmo sendo proponentes do enfoque estratégico, realizam uma crítica a esse modelo. Ambos afirmam que o “planejamento não deve significar um excesso de formalização política incorporada à proposta metodológica” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p.45).

Por fim, Rivera e Artmann (2012) destacam que a contribuição do enfoque estratégico da SPT/2000 está em elencar suas prioridades de uma forma evoluída, comparada ao Método GENDES/OPS de Programação em Saúde.

4.2.1.4: Estudos do Planejamento em Saúde desenvolvidos no Brasil

O Planejamento em Saúde no Brasil também possui um vasto acúmulo teórico e metodológico da temática da programação e do planejamento em saúde, que se “constituiu como importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais” (TEIXEIRA; JESUS, 2010, p. 33).

Tendo em vista essa experiência acumulada do Planejamento em saúde no Brasil, surgem estudiosos do planejamento e da gestão da política de saúde, como Emerson Mehry (1995). Os estudos de Mehry foram retomados anos depois por Rivera e Artmann (1999), que, em suas análises, apontaram que no Brasil existem quatro vertentes desenvolvidas que estudam e/ou pesquisam o planejamento e a gestão em saúde. Tais pesquisadores encontram-se nas seguintes instituições de pesquisa: Universidade Estadual de Campinas, Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e a Universidade de São Paulo.

Ainda com relação às correntes de pensamento na área do Planejamento em Saúde, podem-se incluir os estudos sobre:

Políticas de saúde, fundamentados, em sua maioria, no debate acerca dos elementos que compõem o ciclo da política, as vertentes do debate acerca do Planejamento propriamente dito, os estudos que tomam como objeto a problemática da Gestão, bem como uma tendência recente à “autonomização” da linha de pesquisa na área de Avaliação de sistemas e serviços de saúde (TEIXEIRA; JESUS, 2010, p. 34).

Retomando as quatro vertentes e suas respectivas instituições de pesquisa que realizam estudos acerca do planejamento e da gestão em saúde, tem-se em destaque as vertentes:

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que é composta pelos estudiosos do Laboratório de Análise e Planejamento (LAPA). Suas reflexões estão ancoradas no que se refere à gestão em saúde e seus processos decisórios, como:

Análise e cogestão de coletivos” [...] a “Micropolítica do trabalho em saúde” (MERHY, 1997) e a proposição de aplicação de uma Tecnologia leve para o planejamento em saúde [...]. Os conceitos e métodos derivados desses estudos podem ser utilizados como referencial para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de atores políticos diversos, como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e representantes dos usuários (TEIXEIRA; JESUS, 2010, p. 39).

Ressalta-se que a segunda vertente é ancorada ao grupo de pesquisa em Planejamento e Programação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), que possui como pano de fundo a crítica ao pensamento de Carlos Matus, realizado por Rivera (1992, 1995a, 1995b), “à luz da Teoria de Ação Comunicativa (HABERMAS), cujos desdobramentos geraram uma rica e diversificada produção de autores vinculados ao grupo (ARTMANN, 1993; SÁ, 1993, 1995)” (TEIXEIRA; JESUS, 2010). Atualmente, esse grupo de pesquisadores dedica-se ao tema “Gestão estratégica”.

Já a terceira vertente encontra-se no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), formada por um grupo de docentes e pesquisadores que trabalham com a perspectiva da Vigilância da Saúde.

Entendida como uma proposta de organização do conjunto de práticas que possam vir a dar conta da integralidade da atenção à saúde, inserindo-se, assim, no debate sobre as estratégias de mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS (PAIM, 1997, 2006; TEIXEIRA, 1993, 1999, 2001; TEIXEIRA; PAIM, 2000; TEIXEIRA; SOLLA, 2006) Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços (TEIXEIRA; JESUS, 2010, p. 42).

E, por fim, destaca-se a vertente identificada como “Ações programáticas em saúde”, que é representada pela produção do grupo vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP). Tem como ponto de partida o “processo de programação segundo o antigo método CENDES-OPS, reconceituada a partir da leitura crítica da teoria marxista das necessidades sociais,

articulada ao enfoque epidemiológico para a análise dos problemas de saúde” (SCHRAIBER, 1999 apud TEIXEIRA; JESUS, 2010, p. 39).

4.3: O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE SEUS INSTRUMENTOS

No panorama da questão do Planejamento em Saúde, ressaltam-se os princípios doutrinários do SUS, que levantam implicitamente a questão da:

Tríplice-conceito-signo de universalidade, equidade e integralidade, que representa uma forma viva do projeto de reforma sanitária. No que se refere ao princípio de universalidade, a saúde ao ser concebida como direito de todos visa à superação de injustiças resultantes de nossas estruturas sociais. Os princípios de equidade e integralidade vão muito além do simples consumo ou acesso a determinado serviço ou bem de saúde, implicando, portanto, em repensar aspectos importantes de organização no processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2004 apud STEVANIM, 2005, p. 63).

O Planejamento da Política de Saúde se configura como um importante mecanismo de gestão, objetivando conferir direcionalidade ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão concretude, ressaltam-se, inicialmente, as Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080/90, em seu capítulo III, expõe sobre o planejamento e o orçamento da saúde. No artigo 1º desse capítulo, é “estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS” (BRASIL, 2009, p. 17), que será “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990a). Nessa perspectiva, tem-se um dos mecanismos importantes para a “observância do princípio de unicidade do SUS” (BRASIL, 2009, p. 17).

Nessa Lei, no artigo 36, em seus parágrafos 1º e 2º, tem-se a “aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes” (BRASIL, 2009, p. 18). Já no artigo 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a “responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde” (BRASIL, 2009, p. 18), em “função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990a).

Quanto à Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990b), seu artigo. 4º traz:

Entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria). (BRASIL, 2009, p. 18).

Destaca-se, também, que as Portarias nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, e de nº. 699, de 30 de março, foram editadas pelo Ministério da Saúde: a primeira “divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (BRASIL, 2006a). Já a segunda portaria “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão” (BRASIL, 2006b).

No que cabe ao referido Pacto pela Saúde, este possui três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Como o objeto deste trabalho é o planejamento em saúde, destaca-se o Pacto de Gestão, que é o pacto que possui em um de seus eixos o planejamento. Os outros eixos do Pacto são: a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde (BRASIL, 2009).

No Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 está contido o “conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento” (BRASIL, 2009, p. 18). Ressalta-se também que o Pacto de Gestão vislumbra cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, sendo eles:

(I) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; (II) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; (III) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; (IV) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e (V) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006a).

A partir do Pacto de Gestão, o planejamento no âmbito do SUS é institucionalizado e ocorre seu fortalecimento.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, na qual disponibiliza orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, o PMS, a PAS e o RAG.

Em 2009, o Ministério da Saúde com intuito de dispor prazos e os processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, editou a Portaria GM/MS nº. 2.751, de 11 de novembro de 2009. Os prazos estabelecidos nesta portaria dizem respeito aos instrumentos do Planejamento em saúde. Quanto ao PMS deverá possuir vigência de 4 anos. Já as PAS e os RAG deverão possuir vigência de um ano cada.

Já em 2011, é aprovado o Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, elaborado para regulamentar a Lei n. 8.080/90. O Decreto n. 7.508/2011 tem, em seu bojo, quatro pontos de relevância, sendo eles: Organização do SUS, Assistência à saúde, Articulação interfederativa e o Planejamento da saúde (BRASIL, 2015).

O Planejamento da Política de Saúde torna-se obrigatório para os entes federados, bem como se propõe que seja indutor de políticas para a iniciativa privada, que será ascendente e integrado, orientado pelas necessidades de saúde da população, devendo compatibilizar-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, e a expressão do planejamento em saúde dar-se-á em cada Plano de Saúde (BRASIL, 2015).

Para uma melhor orientação na identificação das necessidades de saúde, foi criado o Mapa da Saúde (descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada). Esse mapa orientará o planejamento integrado dos entes federativos (BRASIL, 2015).

No que concerne ao Planejamento em Saúde, destaca-se o Plano de Saúde. Para que ele possa ser executado, é necessário que esteja alinhado com o Plano Plurianual (PPA), que é o instrumento que materializa as políticas públicas, traduzindo-as em Diretrizes, Programas, Ações e Metas a serem implementadas num período de quatro anos (BRASIL, 2015).

No planejamento em saúde, seus instrumentos são resultantes de um processo, e “sendo o objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento indica processos e métodos de formulação, e requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, 2009, p. 17).

Para desenvolver as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, são necessárias as criações de leis pelo Poder Executivo Municipal para o planejamento governamental da gestão municipal, que deverá ser efetivado por meio de três instrumentos: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); a Lei Orçamentária Anual (LOA); e o Plano Plurianual (PPA). O Plano Municipal de Saúde (PMS) e a Programação Anual da Saúde deverão estar afinados com esses três instrumentos.

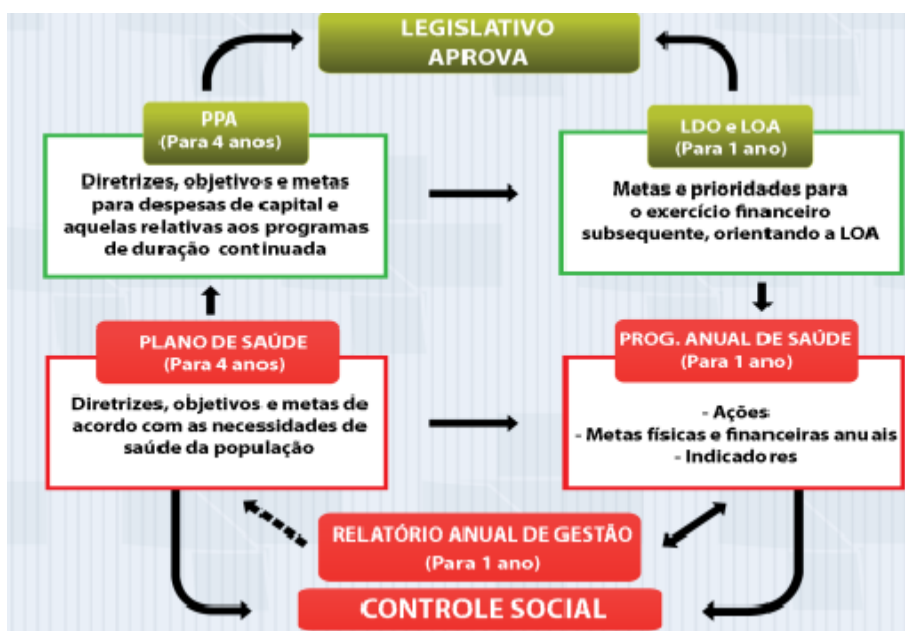


Figura 5: Instrumentos de Planejamento e Orçamento no Sistema Único de Saúde
Fonte: DAI/SGEP/MS (2015).

O Planejamento em Saúde, de acordo com o Manual de planejamento no SUS/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2015), possui diretrizes determinadas por esse composto de normas, sendo enumeradas em sete princípios gerais que norteiam os gestores das três esferas (federal, estadual e municipal) no arranjo de suas atividades de planejamento, “com destaque para as disposições estabelecidas no Decreto nº. 7.508, de 2011, na LC nº. 141, de 2012, e especialmente na Portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define, de forma mais explícita, as diretrizes atuais para o planejamento no SUS” (BRASIL, 2015). Elencam-se esses sete princípios:

- (A). **Princípio 1:** o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua;
- (B). **Princípio 2:** o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral;
- (C). **Princípio 3:** o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestoras regionais, bipartite e tripartite;
- (D). **Princípio 4:** o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- (E). **Princípio 5:** o planejamento deve ser ascendente e integrado;
- (D). **Princípio 6:** o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e
- (E). **Princípio 7:** o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

4.3.1: O Plano de Saúde

O Plano de Saúde⁴ é o instrumento central do Planejamento em saúde. Ele é responsável pela definição e implementação de “todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É o plano de saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde” (BRASIL, 2015, p. 105).

Esse Plano de Saúde alicerça as políticas e compromissos de saúde numa estipulada área de governo. Por esse ângulo, incidem, a partir da análise situacional, as demandas de saúde da população e as “peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso, ao primeiro ano da gestão subsequente” (BRASIL, 2015, p. 105).

Ao analisar uma gama de informações sistematizadas no mapa da saúde, tem-se como objetivo a escolha de:

Diretrizes, objetivos, metas e indicadores que irão orientar o conjunto de ações a serem priorizadas no Plano de Saúde. Este Plano deve conter uma estrutura básica que explicita a análise da situação de saúde da população, a apresentação do conjunto das diretrizes nacionais, acrescidas de diretrizes estaduais e municipais definidas pelos respectivos conselhos. Nos casos dos planos federal, estaduais e municipais serão asseguradas a participação popular e a realização de audiências públicas durante o processo de sua discussão e elaboração, de acordo com as especificidades de cada território (BRASIL, 2015, p. 106).

Seguidamente, o Plano de Saúde deve apresentar suas diretrizes e os seus objetivos, que irão nortear a gestão da política pública de saúde pelos próximos quatro anos, estruturado na “forma programática, identificando as respectivas metas e os indicadores, de forma a permitir o monitoramento e a avaliação posterior” (BRASIL, 2015, p. 106).

Destaca-se que o Plano de Saúde deve estar em consonância com o planejamento de médio prazo inscrito no Plano Plurianual, visando compatibilizar o planejamento setorial com o planejamento geral.

⁴. Os instrumentos do Planejamento em Saúde, como: os Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão estão presentes na política de saúde em todos entes federativos.

Da mesma forma, o Plano de Saúde deve conter uma seção que apresente a incorporação das recomendações da Conferência de Saúde. O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população sob as quais se baseiam a definição de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde — epidemiológica, sanitária e ambiental — e assistência farmacêutica) (BRASIL, 2015, p. 106).

É importante destacar que o Plano de Saúde, do mesmo modo que os outros instrumentos do Planejamento em Saúde, é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde e “deve ser disponibilizado para acesso público” (BRASIL, 2015, p. 106), no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS⁵), estando disponível no endereço eletrônico <www.saude.gov.br/sargsus>.

De acordo com a Portaria n. 2.135, de 2013, a estrutura do Plano de Saúde deve seguir um modelo minucioso. Ressalta-se que o Plano de Saúde, tanto para as unidades federativas (UF) quanto para municípios, deverá possuir a mesma estrutura, com os seguintes pontos:

(I). Período de vigência do Plano de Saúde; (II). Identificação (esfera de gestão correspondente); (III). Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; iv Análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde; (V). Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; e vi Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2015. p. 106).

4.3.2: Programação Anual da Saúde

Não menos importante que o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), de acordo com o Manual de Planejamento do SUS, é o instrumento que “operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados” (BRASIL, 2015, p. 107).

⁵. O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde (DATASUS, 2016).

Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços — conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano. A Programação Anual de Saúde é elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincide com o período definido para o exercício orçamentário (um ano calendário) e a Lei Orçamentária Anual, sendo o subsídio para elaboração desta última (BRASIL, 2015, p. 107).

A PAS é considerada o “ pilar ” do Plano de Saúde, que, por sua vez, é o alicerce para a construção do Plano Plurianual da área da saúde, “ mantendo correlação instrumental entre o disposto no Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual e as ações orçamentárias previstas na Lei Orçamentária Anual ” (BRASIL, 2015, p. 107).

A Programação Anual de Saúde contém as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, as metas anuais para cada ação definida, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação e os recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento (BRASIL, 2015, p. 107).

Ressalta-se que a PAS, tanto para as unidades federativas (UF) quanto para municípios, deverá possuir a mesma estrutura, com os seguintes pontos:

(I). Período de vigência do Plano de Saúde; (II). Identificação (esfera de gestão correspondente). (III). Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; (IV). Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (V). Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas; (VI). Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; e (VII). Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (BRASIL, 2015, p. 107).

É importante destacar que a União, em razão de não ser a executora direta de ações e serviços de saúde, dispõe de estrutura diferente da PAS, comparando-a aos demais entes federados (BRASIL, 2013). De acordo com o § 2º:

Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. Exemplo de estrutura básica de PAS para Estados e Municípios (apenas sugestivo) Período de vigência do Plano de Saúde: Identificação: (esfera de gestão correspondente) Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde (BRASIL, 2015, p. 107).

4.3.3: Relatório de Gestão

O instrumento do Planejamento em Saúde, que apresenta os resultados almejados com a execução da PAS, é o Relatório de Gestão (RG), verificados com base em:

Um conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior (BRASIL, 2015, p. 108).

O RG contém os seguintes itens:

(I). Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei n. 8.142, de 1990; (II). Demografia e dados de morbimortalidade; (III). Rede física de saúde; (IV). Recursos Humanos; (V). As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (VI). As metas da PAS previstas e executadas; (VII). A análise da execução orçamentária; (VIII). As auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e (XI). As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (BRASIL, 2015, p. 108).

O RG é preparado pelos gestores da política de saúde e enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o último dia do mês de março do ano seguinte à execução orçamentária, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) (BRASIL, 2015, p. 109).

No SARGSUS os conselhos de saúde emitem o parecer conclusivo da análise desse instrumento. Quando finalizado, é disponibilizado para acesso público no referido sistema. O Relatório de Gestão dos entes federados que assinarem o COAP deverá dispor de seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados (BRASIL, 2015, p. 109).

Como instrumento, também existe o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. “Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação” (BRASIL, 2015, p. 109).

O RDQA deverá seguir o modelo previsto pela Conferência Nacional da Saúde⁶. Contém, no mínimo, as seguintes informações:

(I). Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei 8.142, de 1990; (II). Montante e fonte dos recursos aplicados no período (fonte: SIOPS); (III). Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações. (IV). Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação; e (V). Análise e considerações gerais (BRASIL, 2015, p. 109).

Destaca-se que o RDQA poderá ser feito no SargSUS, onde há um módulo específico para assistir os gestores.

Existem dois tipos de RAGs, o RDQA e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). O RREO é um instrumento que tem como finalidade o monitoramento das metas e indicadores estabelecidos no Plano de Saúde e na PGASS, e pactuados no COAP, o RREO, assim:

Deverá ser realizado periodicamente por meio dos relatórios oficiais definidos como obrigatórios pela legislação do SUS. O RREO foi instituído pela Constituição de 1988, em seu artigo 165, §3º, e regulamentado pela LC n. 101, de 2000, com o objetivo de permitir o monitoramento das metas fiscais e da aplicação de recursos pelas três esferas de governo. A estrutura básica está apresentada no site do Tesouro⁷. (BRASIL, 2015, p.109).

A publicação do RREO deve ser feita até 30 dias após o encerramento de cada bimestre e deve conter, entre seus diversos demonstrativos, de acordo com a determinação da LC n. 101, de 2000, art. 52 e 53:

⁶. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos!baixarArquivo.action?idBaixarArquivo=63512>>. Acesso em: 13 jan.2016.

⁷ Disponível em: <Nacional/Ministério da Fazenda: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/manuais-decontabilidade>. Acesso em: 12 dez.2015.

(I) balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as: (a). Receitas por fonte, informando a realizada e a realizar, bem como a previsão atualizada;(b). Despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo. (II) demonstrativos da execução das: (a). Receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar; (b). Despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício; c. despesas, por função e subfunção. Demonstrativos relativos a: (I). Apuração da receita corrente líquida, na forma definida no inciso IV do art. 2º, sua evolução, assim como a previsão de seu desempenho até o final do exercício; (II). Receitas e despesas previdenciárias a que se refere o inciso IV do art. 50; (III). Resultados nominal e primário; (IV). Despesas com juros, na forma do inciso II do art. 4º; e (V). Restos a pagar, detalhando, por Poder e órgão referido no art. 20, os valores inscritos, os pagamentos realizados e o montante a pagar (BRASIL, 2015, p. 109-110).

Destaca-se que para a realização das atribuições do agente público e comunidade, quanto aos instrumentos integrantes do ciclo de planejamento, deve-se atentar para os prazos legais.

Tendo em vista o Planejamento em Saúde como algo primordial para a organização da Política de Saúde, no próximo capítulo tratar-se-á do percurso metodológico ao qual a pesquisa percorreu para a realização deste trabalho.

5: O PERCURSO METODOLÓGICO

Compreende-se como o “caminho do pensamento” a escolha da metodologia que deverá “corresponder à necessidade de conhecimento do objeto” (MINAYO, 2008, p. 187-188). A pesquisa desenvolvida é entendida por pesquisa social, com seus “vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (MINAYO, 2008, p. 47). Já a pesquisa social em saúde é conceituada como “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2008, p. 47).

Esta pesquisa social em saúde possui abordagem qualitativa, pois a “realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva, com toda a riqueza de significados que transborda dela” (MINAYO, 2008, p. 42).

A abordagem qualitativa busca compreender a trama social em que:

O fenômeno delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre o mesmo. Sua pretensão é compreender, em níveis aprofundados, tudo que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade. Por isso exige observação de situações cotidianas em tempo real e requer uma descrição e análise subjetiva da experiência (CANZONIERI, 2010, p. 38).

Para a realização da pesquisa, buscaram-se diferentes tipos de técnicas de pesquisa. São elas: Pesquisa Exploratória; Pesquisa Documental dos instrumentos do Planejamento em Saúde e de atas do Conselho Municipal de Saúde; Coleta de dados consolidados da Secretaria Estadual de Saúde sobre o município de Campos

e entrevista semiestruturada com funcionário que está ligado à elaboração dos instrumentos do Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

5.1: PESQUISA EXPLORATÓRIA

Essa pesquisa deu-se a partir de visitas periódicas às instalações do Conselho Municipal de Saúde, de março de 2013 a fevereiro de 2014.

No decorrer da Pesquisa Exploratória, utilizou-se de observação participante. Nesse tipo de técnica, optou-se pelo papel do pesquisador enquanto “participante como observador”, tendo um papel de pesquisador reconhecido pelo grupo observado (MAY, 2004). A pesquisadora utilizou-se da “‘racionalização reflexiva’ da conduta: ou seja, a interpretação e a aplicação contínuas de novos conhecimentos pelas pessoas (incluindo eles mesmos) nos seus ambientes sociais como um processo permanente” (MAY, 2004, p. 181). Permitiu-se analisar os discursos dos conselheiros durante as reuniões a que esta pesquisadora participou.

Quanto ao número de participações nas reuniões do CMS, a quantidade é “substituída pela intensidade, pela imersão profunda” (GOLDENBERG, 2004, p. 50), o que permite uma melhor compreensão do objeto em estudo.

Executou-se um mapeamento e análise das posições político-ideológicas dos diversos atores que se envolvem com o processo político em saúde, apontando diversos “âmbitos”: espaços sociais e institucionais em que se inserem os atores políticos (identificação dos diversos espaços de poder formal e poder real). Para tal, a pesquisadora durante as reuniões do CMS utilizou-se de algumas abordagens aos conselheiros questionou-se sobre a política de saúde e seu planejamento utilizando da técnica de pesquisa conhecida como relato verbal oral e escrito (LUNA, 2000). Os questionamentos estão descritos no Anexo 1 do trabalho.

Para tais abordagens aos conselheiros a pesquisadora utilizou-se da técnica amostragem “bola de neve”, é uma técnica de amostragem não probabilística, na qual os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto. Essa técnica é muito

utilizada em grupos onde “pessoas que o pesquisador deseja entrevistar não sejam receptivas a abordagens diretas” (MAY, 2004, p.158).

Salienta-se que, para garantir o anonimato dos informantes, não serão citados os nomes dos conselheiros, que serão representados por números.

5.2: PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental foi feita de duas formas: a primeira, por meio da análise dos instrumentos do Planejamento em Saúde (PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013); e a segunda, com a leitura e análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Ressalta-se a importância dos documentos, que podem ser “compreendidos como sedimentação das práticas sociais, e têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo; eles também constituem leituras particulares dos eventos sociais” (MAY, 2004, p. 205), (...) sendo, “para alguns pesquisadores, um documento que representa um reflexo da realidade” (MAY, 2004, p. 212).

5.2.1: Análise dos instrumentos do Planejamento em Saúde

O Manual de planejamento do SUS possui diretrizes determinadas por esse composto de normas, sendo enumeradas em princípios gerais que norteiam os gestores das três esferas (federal, estadual e municipal) no arranjo de suas atividades de planejamento, “com destaque para as disposições estabelecidas no Decreto n. 7.508, de 2011, na Lei Complementar (LC) n. 141, de 2012, e especialmente na Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS” (BRASIL, 2015).

Sendo assim, destaca-se que, através do Manual de planejamento do SUS, Decreto n. 7.508/2011 e Portaria n. 2.135/2013, o Plano de Saúde em nível municipal (e/ou PMS) deverá ser fragmentado de acordo com seu tempo de vigência, que seria de quatro anos, sendo obrigatória a elaboração da Programação

Anual da Saúde (PAS) e, após a conclusão do período da programação, a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

É importante ressaltar que durante a pesquisa documental a pesquisadora encontrou dificuldades ao obter o material documental para a análise, pois os documentos não se encontram disponíveis em *sites* e na sala da secretaria executiva do CMS. Após a solicitação da pesquisadora junto ao CMS, os documentos foram disponibilizados com certa resistência por parte da gestão municipal de saúde.

Tendo em vista esses instrumentos, nessa pesquisa optou-se por analisar o Plano de Saúde de vigência no período 2010-2013 (PMS 2010-2013), e as respectivas programações e relatórios anuais (PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013).

No Plano de Saúde a nível municipal foi realizado uma lista de verificações, ou seja, um *checklist*, na qual o PMS (2010-2013) deverá possuir a seguir a estrutura do Manual de Planejamento do SUS o qual abrange os seguintes pontos:

Período de vigência do Plano de Saúde; Identificação (esfera de gestão correspondente); Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; Análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde; Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; e Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2015. p. 106).

Já no que tange as PAS (2010, 2011, 2012 e 2013), em tese a pesquisadora guiou-se pela análise do desdobramento do PMS (2010-2013) em suas PAS 2010, 2011, 2012 e 2013.

E por fim, as análises RAG 2010, 2011, 2012 e 2013 seriam feitas através da comparação do que foi planejado (PAS) e o que foi executado (RAG) em cada ano correspondente.

Ressalta-se que a análise das PAS (2010, 2011, 2012 e 2013) não ocorreu conforme o planejamento da pesquisadora, pois as PAS (2010, 2011, 2012 e 2013) não são o desdobramento do PMS (2010-2013). As PAS não são documentos apreciados e aprovados pelo CMS. As PAS estão mencionadas nos RAG (2010, 2011, 2012 e 2013), devido a este fato a análise foi comprometida.

Já os RAG (2010, 2011, 2012 e 2013) a análise também foi comprometida, porque a pesquisadora não pode fazer a comparação das metas estabelecidas e

das metas alcançadas. O que a pesquisadora fez foi à descrição de cada RAG (2010, 2011, 2012 e 2013).

5.2.2: Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde

Leitura das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do ano de 2009, antes da elaboração do Plano de Saúde Municipal. Nesse período, o Município de Campos dos Goytacazes se credenciou à Gestão Plena Sistema de Saúde e com vigência do Plano de Saúde Municipal 2010-2013. Assim totalizando:

- (I). 2009 - 6 Reuniões ordinárias e 2 reuniões extraordinárias;
- (II). 2010 – 12 Reuniões ordinárias e 1 reunião extraordinária;
- (III). 2011 – 10 Reuniões ordinárias e 2 reuniões extraordinárias;
- (IV). 2012 – 11 Reuniões ordinárias e 3 reuniões extraordinárias;
- (V). 2013 – 11 Reuniões ordinárias e 3 reuniões extraordinárias.

A leitura das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias foi direcionada para a participação dos conselheiros quanto à elaboração e controle social dos instrumentos do Planejamento em Saúde no período de 2010-2013, como o PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013.

5.3: LEVANTAMENTO DE DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Devido ao fato de não ser possível a análise dos Relatórios Anuais de Gestão no que diz respeito à meta pactuada e meta alcançada (ou observada), recorreu-se aos dados secundários oficiais encontrados no portal da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Esses dados secundários são os 67

indicadores que compõem o rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015.

Esses Indicadores de Saúde estão inscritos no Pacto pela Saúde (2006), mais especificamente no tópico Pacto pela Vida. Em 2012, passou a fazer parte da “transição Pacto-COAP” (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2015) e em 2013 ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

As metas pactuadas são estabelecidas pela Comissão Tripartite, através do COAP. Como o objeto deste trabalho é o Planejamento em Saúde do Município de Campos dos Goytacazes, optou-se pelos valores observados nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, anos de vigência do Plano de Saúde a nível municipal.

A cada ano são escolhidos alguns indicadores para pactuar as metas, por isso encontra-se nas tabelas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, as metas alcançadas (ou valores observados) que pertencem ao indicador não pactuado.

Como o objeto deste trabalho é o Planejamento em Saúde do Município de Campos dos Goytacazes, optou-se pelos valores observados nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, anos de vigência do Plano de Saúde em nível municipal.

A tabela completa com todos os dados dos indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores referentes ao município está disponível no Anexo 2.

5.4: ENTREVISTA COM O FUNCIONÁRIO LIGADO À GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL

Optou-se pela entrevista, que, segundo Gil (2008), é uma técnica em que o “investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 2008, p. 109). A entrevista é uma “forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados, e a outra se apresenta como fonte de informação” (GIL, 2008, p. 109).

Realizou-se uma entrevista semiestruturada, pois “considera-se que esses tipos de entrevistas permitem que as pessoas respondam mais nos seus próprios termos (...), mas ainda forneçam uma estrutura maior de comparabilidade” (MAY, 2004, p. 155).

A entrevista foi realizada com o funcionário ligado a gestão da política de saúde local.

O roteiro da entrevista orientou-se pela divisão de três blocos de perguntas, Plano Municipal de Saúde 2010-2013, Programações Anuais 2010, 2011, 2012 e 2013 e Relatórios Anuais de Gestão 2010, 2011, 2012 e 2013, conforme Anexo 3.

5.5: ANÁLISE DA PESQUISA

Para a análise dos dados coletados na pesquisa social em saúde, utilizou-se da leitura dos autores do referencial teórico deste trabalho.

A análise norteou-se por dois blocos. Ressalta-se que o primeiro bloco possui duas subdivisões. Têm-se os seguintes conceitos:

5.5.1. Planejamento e Gestão Democrática:

Instalações, funcionamento, composição e disputa de poder interno do Conselho Municipal de Saúde:

(A). As pautas das reuniões possuem linguagem técnica e rebuscada, sendo um problema e um desafio a ser superado (FERRAZ, 2006 e VIANNA, 2013);

(B). O CMS é utilizado para interesses particulares de determinados grupos hegemônicos (AGUILAR, 1999);

(C). O CMS é o espaço em que ocorre o processo de construção da democracia, dando visibilidade às demandas das parcelas excluídas da sociedade, influenciando a agenda governamental (VIANNA, 2013, p. 3 apud CAMPOS, 2006);

(D). A paridade não é somente uma questão numérica, mas é válida quando é feita de condições de certa igualdade, no acesso às informações, disponibilidade de tempo entre outras (GOHN, 2007).

5.5.2. A Gestão Democrática na Política de Saúde e o seu Planejamento.

(1). A ideia de empoderamento dos membros do CMS em seu sentido transformador, em que é preciso capacitação ampla que permita aos conselheiros terem uma visão geral da política e da administração (GOHN, 2007, p. 92).

(2). O controle da Política de Saúde local está diretamente relacionado à participação da gestão municipal no que tange ao sucesso da atuação dos Conselhos (LIRA, 2012).

(3). A mudança nos atores sociais do CMS teria influência direta na atuação do Conselho, pois as instituições que compõem o Conselho dependem do financiamento da Política de Saúde e acabam barganhando seus votos.

5.5.3. Política e Planejamento em Saúde

(I). A Política de Saúde é inscrita como parte da Seguridade Social e amparada pela Carta Magna, conhecida como Constituição Cidadã.

(II). Os Instrumentos do Planejamento em Saúde deverão estar em consonância com o Manual de Planejamento do SUS.

(III). As metas pactuadas e/ou estabelecidas entre os entes federativos devem ser cumpridas anualmente.

(IV). A segmentação da política de saúde impede o Estado de implementar o que preconizava a reforma sanitária, afastando, assim, a possibilidade de “efetivação do direito à saúde” (BAPTISTA *et al.*, 2009 apud STEVANIM, 2015, p. 64).

No capítulo seguinte serão apresentados os resultados da pesquisa deste trabalho, no qual buscou-se respostas sobre a Política de Saúde, o Planejamento em Saúde e a Gestão democrática no Município de Campos dos Goytacazes.

6: PLANEJAMENTO EM SAÚDE: EM BUSCA DE RESPOSTAS

Neste capítulo, apresenta-se o resultado da pesquisa empírica, sendo realizada a partir da pesquisa exploratória; pesquisa documental que está subdividida em duas etapas: a primeira, leitura e análise das atas das reuniões do CMS; e a segunda parte constitui-se pela análise dos instrumentos do Planejamento em Saúde: PMS 2010-2013 e PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013; o levantamento de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e sua respectiva análise.

6.1: PLANEJAMENTO E GESTÃO DEMOCRÁTICA

6.1.1: Instalações, funcionamento, composição e disputa de poder interno do Conselho Municipal de Saúde.

Quanto às instalações do Conselho Municipal de Saúde, ressalta-se que o local onde ocorrem as reuniões do CMS não possui acessibilidade para os deficientes físicos⁸, o acesso é por escadas e não possui rampa. A atual sala de reuniões foi reinaugurada em 1º de outubro de 2013 e, mesmo após reformas, manteve-se o acesso por escadas, sem rampa.

⁸. Principalmente cadeirantes mesmo tendo na composição do conselho um membro cadeirante.

Constatou-se também que, ao entrar na Secretaria Municipal de Saúde, não há placas indicando a localização nem da sala de reuniões nem da secretaria executiva do CMS. Também se percebeu que os funcionários da Secretaria de Saúde desconhecem o local. Com essa constatação, pode-se afirmar que o local é de difícil acesso, o que compromete a participação da sociedade nas reuniões do conselho.

Quanto à composição do CMS, levanta-se o seguinte quadro: cinco representantes do Poder Público; cinco representantes dos prestadores de serviço; cinco representantes de formadores de RH da área da saúde; cinco representantes dos profissionais de saúde e 20 representantes de entidades de usuários. Totalizando 40 membros/conselheiros titulares e 40 membros/conselheiros suplentes.

Tendo em vista a composição do CMS supracitada, pode-se notar que o princípio máximo de paridade está de acordo com a Lei Federal, e a composição do CMS possui um segmento a mais do que o estabelecido por Lei, que seria o segmento de representantes de formadores de RH na área da saúde. Entretanto, mesmo o CMS seguindo o princípio máximo de paridade, ela não deve ser vista apenas como forma numérica. O que, para Gohn (2007), a paridade é válida quando:

É feita de condições de certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo etc. Então, o que se encontra é uma verdadeira disparidade de condições para a participação em um conselho de membros advindos do governo daqueles advindos da sociedade civil (GOHN, 2007, p. 92).

O Conselho Municipal de Saúde possui ainda Comissões Permanentes, que são elas: Controle e Avaliação; Orçamento e Finanças e Contratos e Convênios, sendo os conselheiros voluntários quanto ao trabalho nessas comissões.

Quanto à formação dos conselheiros pertencentes às comissões permanentes, constatou-se que todos possuem curso superior. Alguns deles com cursos de especialização em nível de pós-graduação *lato sensu*. São profissionais liberais com nível socioeconômico elevado e residem no município de Campos dos Goytacazes.

Outro fato importante da análise é a pauta de discussão, que é apresentada ao CMS em linguagem técnica e rebuscada, o que compromete o entendimento de muitos conselheiros que não são da área técnica.

Quando a votação é aberta, muitos simplesmente aprovam as propostas sobre assuntos que desconhecem. Acredita-se que a utilização de linguagem técnica e rebuscada é uma forma estratégica dos gestores e seus representantes para dificultar a tomada de decisões por parte dos conselheiros.

Ponderou-se, assim, que isso é um desafio a ser superado. Conforme aponta Vianna (2013), isso é um entrave “encontrado na sua dinâmica representativa marcada pela discussão técnica na definição das políticas sociais” (VIANNA, 2013, p. 6).

Concordando com Vianna (2013), Ferraz (2006, p. 66) afirma que a discussão com termos técnicos torna-se um problema “muitas vezes incompreensível aos leigos, produzindo um efeito negativo de incompetência dos representantes da sociedade civil, atribuindo uma valorização dos técnicos”.

Ainda sobre a pauta de discussões, algo que causa muitas disputas entre os conselheiros é o regimento interno do CMS, que é datado de 1991. Ocorreram várias tentativas por parte dos conselheiros em modificar o regimento interno. Um ponto do regimento interno que gera muita polêmica e até agressões verbais entre os conselheiros é o que estabelece que o cargo de presidente do Conselho deve ser ocupado pelo Secretário de Saúde, o que gera discordância entre alguns membros.

Outro ponto relatado versa sobre os procedimentos para a aprovação do regimento interno, em que o conselheiro 3 relata que o regimento interno ao invés de ser modificado e aprovado pelo CMS antes de “ir para a Câmara dos Vereadores, para a sua aprovação, faz o caminho inverso”. O conselheiro 3 relata que já tentaram medidas cabíveis, como denúncias em órgãos competentes (Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal), mas até hoje nada aconteceu. *“Quando queremos alterar algo a gente altera no Conselho sem precisar mexer com a Lei que dá origem ao regimento interno”* (fala do conselheiro 3).

Observou-se, também, que existem segmentos segregados, ou seja, estes seguimentos segregados seriam as representações que defendem seus próprios interesses não sendo estes interesses coletivos ao qual o CMS estaria representando. Ressalta-se que durante a observação participante das reuniões do CMS, as pautas estão quase sempre direcionadas aos interesses do segmento

governamental. O CMS é utilizado para interesses particulares de determinados grupos hegemônicos. Assim, fazendo parte “apenas uma das categorias interessadas, as deliberações geralmente serão objeto de vícios corporativistas” (AGUILLAR, 1999, p. 219).

Diante desse quadro, o real papel do Conselho de fazer parte do “processo de construção da democracia”, “dar visibilidade às demandas das parcelas excluídas da sociedade e conferir poder decisório, influenciando na agenda de governo” (VIANNA, 2013, p. 3 apud CAMPOS, 2006) não está acontecendo.

O Conselho Municipal de Saúde possui um assunto emblemático, o Plano Operativo Anual (POA). A Secretaria Municipal de Saúde utilizada desse tipo de instrumento para realizar a contratação dos serviços de saúde na qual a iniciativa privada participaria do sistema, de forma complementar.

O POA, em Campos dos Goytacazes, encontra-se desatualizado, visto que ele deveria ser revisto e refeito anualmente, mas isso não tem ocorrido. E o resultado da “desatualização” se reflete diretamente no comprometimento da gestão e planejamento da saúde pública e complementar

Como exposto, na fala de um membro do conselho, o conselheiro 1:

Os hospitais e entidades filantrópicas como: Hospital Plantadores de Cana, Beneficência Portuguesa, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Escola Álvaro Alvim estão deixando de atender aos procedimentos de alta complexidade, pois o recurso honesto não está sendo repassado

Acrescenta ainda o conselheiro 1: *“Não há interesse político em atualizar o POA, pois a política de saúde é a que mais dá prejuízo à prefeitura municipal”*.

Durante as abordagens aos conselheiros, pode-se perceber, por parte de alguns deles, a falta de estímulo à participação nas reuniões, ressaltado pela seguinte fala do conselheiro 2: *“Nós, às vezes, temos a impressão que nada vai mudar”*.

Fica claro nas atas a preocupação dos conselheiros com o POA. E durante as participações das reuniões do CMS, no ano de 2013, o POA foi muito discutido pelos conselheiros responsáveis pelas Comissões permanentes: Controle e Avaliação; Orçamento e Finanças; Contratos e Convênios. Nas discussões, os conselheiros ressaltavam a importância de discutir e atualizar o POA.

6.1.2: A Gestão Democrática na Política de Saúde e o seu Planejamento

A política de saúde e seu planejamento deverá ter controle social, conforme já explanado em capítulos anteriores, e o órgão responsável nessa atuação é o Conselho Municipal de Saúde. Com o intuito de observar como vem ocorrendo a atuação do CMS realizou-se um levantamento da ocorrência das reuniões nos anos de 2009 a 2013, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Reuniões do CMS

ANO	REUNIÕES ORDINÁRIAS	REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS
2009 ⁹	6	2
2010	1	1
2011	10	2
2012	11	3
2013	11	3

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

Na Tabela 1, pode-se notar que o número de reuniões do CMS não está indo ao encontro da Resolução n. 453/2012, que estabelece que “o Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário” (RESOLUÇÃO n. 453/2012).

Pode-se ressaltar que, no ano de 2009, ocorreram somente seis reuniões ordinárias. Nesse ano, o município foi credenciado ao SUS para Gestão Plena do Sistema Municipal¹⁰ (Diário Oficial do Município de Campos dos Goytacazes, de 16 de setembro de 2009), o que lhe confere maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde. Dessa forma, vislumbra-se o papel do CMS, que deverá

⁹. O RAG 2009 não é objeto deste estudo, porém destaca-se que no ano de 2009 o município foi credenciado à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

¹⁰. A Gestão Plena do Sistema Municipal quando ocorre o credenciamento do município, e este passa a receber o “total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território” (BRASIL, 2003, p. 19).

fiscalizar a gestão e a execução de tais serviços, pois seus rebatimentos estão aparentes na qualidade dos serviços prestados pela saúde.

Outro ponto de análise da pesquisa se refere ao conhecimento dos conselheiros em relação às leis, resoluções, portarias, regras de funcionamento e reuniões do CMS. Apesar de os conselheiros que fazem parte das comissões permanentes do CMS possuírem conhecimento de leis, resoluções, portarias, entre outras, para que possam atuar de forma empoderada, notou-se que os demais conselheiros em muitos casos as desconhecem. Percebeu-se também que são sempre os mesmos conselheiros que indagam, questionam e fazem propostas durante as reuniões.

Também foi indagado aos conselheiros sobre cursos de capacitação e atualização. O conselheiro 3, no período de aprovação do PMS (2010-2013) relatou que:

Os conselheiros sempre faziam cursos custeados pela Secretaria de Saúde que tinha convênio com a Faculdade de Medicina, mas deve ter uns 2 a 3 anos que não tem. Quando tem, é o Tribunal de Contas do Estado que oferece, porém, são só duas vagas para conselheiros municipais de saúde. O Ministério Público também oferece, e existem também alguns cursos online.

No que se refere aos cursos de qualificação na forma de educação permanente, o Art. 44 da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 define que é uma das atribuições do gestor oferecê-los aos conselheiros municipais de saúde. Entretanto, conforme a fala do conselheiro 3, isso não ocorre. Entretanto, isso seria de grande importância para o processo de planejamento na saúde, para “atuarem na formulação de estratégias e, assim, assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde” (BRASIL, 2015, p. 114).

Tendo em vista a falta de qualificação dos conselheiros, isso compromete o empoderamento em seu sentido transformador, no qual “é preciso capacitação ampla que possibilite a todos os membros do conselho uma visão geral da política e da administração” (GOHN, 2007, p. 92).

Quanto à leitura de pautas com antecedência pelos conselheiros, o conselheiro 3 disse que sempre recebeu antecipadamente um e-mail contendo anexo, a ata da reunião anterior para leitura e assinatura e as pautas da próxima reunião. É de suma importância essa iniciativa, pois os conselheiros podem ler e

analisar as pautas propostas, tendo tempo para estudar a respeito e, se for o caso, debater.

Indagou-se aos conselheiros a respeito da presidência do Conselho, que é um membro que não precisa ser eleito, sempre sendo ocupado pelo Secretário Municipal de Saúde, o conselheiro 3 foi enfático ao dizer sobre tentativas de mudanças:

Já tentamos mudar o Regimento Interno por diversas vezes, mas as discussões são muito acaloradas. Quanto o secretário de saúde ser o presidente do Conselho, podemos dizer que o presidente como secretário funciona como uma força paralela. O secretário pode não ficar tão interessado e não levar a sério as reuniões e decisões do Conselho se caso ele não for o presidente. É 'uma faca de dois gumes.

Relato feito pelo conselheiro 3 expressa a visão que os conselheiros têm a respeito de o Gestor de Saúde ser o presidente do Conselho. Observa-se que os conselheiros não estão refletindo sobre tal posição. Visualizando por outra ótica, o gestor não deixaria de ter interesse nas decisões do Conselho, mesmo que ele não fosse o presidente, porque, para implementar qualquer programa, política, aprovar contas, orçamentos entre outras, o Conselho é a arena necessária para tal controle social.

Na verdade, a questão sobre o gestor ser o presidente do Conselho seria uma forma de controle da política de saúde local, que, para Lira (2012):

O sucesso de atuação dos Conselhos dependerá em grande parte da atuação da prefeitura, do teor democrático do governo e da relação das secretarias com os Conselhos. Afinal, quem executa as políticas públicas é a própria prefeitura, assim as relações institucionais são fundamentais (LIRA, 2012, p. 105).

Através da fala dos conselheiros 3, o conselheiro 1 concorda plenamente com a colocação do conselheiro 3, ambos representam o segmento dos usuários (que são em maior número). Pode-se perceber que um pequeno grupo, representado pelo Poder Público que é muito bem articulado e hegemônico, está de certa forma desarticulando os conselheiros. Esse grupo, mesmo sendo maior numericamente, não possui a mesma organização que o grupo menor. Ou seja, o grupo que possui menor número acaba mantendo o controle das decisões dentro do Conselho.

Em outro ponto de análise deste tópico, identificou-se, através das atas e com as abordagens aos conselheiros, que não há mobilidade das instituições que compõem os segmentos do Conselho, o que, por sua vez, poderia estar influenciando em uma postura de cobrança por parte dos conselheiros, quanto aos prazos dos instrumentos do planejamento em saúde que estão em descompasso ao estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Outro ponto em relação ao quesito mudança desses atores sociais, que compõem o CMS, é a questão das instituições que possuem cadeira no CMS, e que parte de seus financiamentos são oriundos de convênios e contratos firmados com a Secretaria de Municipal de Saúde. Diante desse quadro, temos no CMS uma barganha entre a gestão e as instituições que dependem dos recursos públicos.

6.2: POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A Carta Magna, considerada um marco para a cidadania brasileira, estabeleceu uma importante reforma do sistema de proteção social, que, por sua vez, compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art. 194).

A política de saúde, sendo uma política de Seguridade Social, é sempre considerada durante o período eleitoral uma das “bandeiras nas campanhas políticas”, principalmente por ser uma política pública cujo orçamento é o mais volumoso em um município.

Por sua importância e volumosos orçamentos, a política de saúde acaba se tornando uma “vitrine” para futuros candidatos a gestor municipal, tanto para uma imagem positiva quanto negativa. Dessa forma, assumir a gestão da Secretaria Municipal de Saúde é considerado uma porta para pleitear vaga tanto no legislativo quanto no executivo. Analisando a ocupação do cargo de Secretário de Saúde, observa-se na Tabela 2:

Tabela 2: Mudança na gestão da política de saúde

ANO	GESTOR E PRESIDENTE DO CMS	PERÍODO
2009	Paulo Roberto Hirano	Jan./Dez.
2010	Paulo Roberto Hirano	Jan./Dez.
2011	Paulo Roberto Hirano	Jan./Dez.
2012	Paulo Roberto Hirano	Jan./Mar.
2012	Geraldo A. P. Venâncio	Abr./Dez.
2013	Geraldo A. P. Venâncio	Jan./Jun.
2013	Francisco A. S. Oliveira	Jul./Dez.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A partir da Tabela 2, pode-se constatar que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde acompanha os mandatos executivos com certa estabilidade, ocorrendo a mudança apenas no último ano do mandato.

Com a mudança de gestor também ocorre a mudança de alguns cargos indicados por ele. Isso atrapalha a continuidade do trabalho realizado pela equipe que deixou a gestão. Pode-se ilustrar a situação descrita através da fala do conselheiro 4: *“Existem no mesmo governo grupos diferentes, grupos de poder que brigam entre si, quando um gestor sai outro gestor entra e uma nova turma também”*.

Já a opinião do conselheiro 1 é de que *“falta pessoas capacitadas para ocupar tais cargos de real importância, e que são cercados por assessores despreparados para tais funções”*.

Quanto ao orçamento da política de saúde, ressalta-se algo atípico, pois o orçamento da saúde deveria ser elaborado pelos técnicos da Secretaria de Municipal Saúde, apreciado e aprovado pelo CMS. Tal fluxo não ocorre, pois, a secretaria que elabora o orçamento na gestão municipal elaborou o orçamento da política de saúde, posteriormente apresentou ao CMS.

Os conselheiros afirmaram que o orçamento para a política de saúde foi elaborado e aprovado pela Câmara Legislativa, mas só depois foi apresentado ao

CMS. O conselheiro 1 diz que *“A secretaria de orçamento e finanças diz à saúde como ela tem que gastar”*.

Sobre essa temática, ao indagar um dos conselheiros sobre essas questões, o conselheiro 3 disse: *“O que acontece é que o pé é maior do que o sapato. Nada é feito seguindo um planejamento, tudo é feito para apagar incêndio”*.

Observou-se, através dessa fala, que a política de saúde possui uma gestão com projetos e programas pontuais, fragmentados, não indo ao encontro dos princípios doutrinários do SUS, principalmente o princípio doutrinário de universalidade.

Essa segmentação da política de saúde impede o Estado de implementar o que preconizava a reforma sanitária, o que *“afasta cada vez mais a possibilidade de efetivação do direito à saúde”* (BAPTISTA *et al.*, 2009 apud STEVANIM, 2015, p. 64).

Observou-se que o orçamento é algo que não ocorre através da participação do CMS, como previsto em Lei e na Resolução 453/2012, no qual o CMS possui autonomia para manter o controle social da política de saúde, simplesmente o orçamento é imposto no Modelo *“Top-Down”* de política pública.

Com relação ao Planejamento em Saúde de Campos dos Goytacazes, durante as reuniões do CMS, ao questionar alguns conselheiros, a maioria diz que há falta de planejamento. Já o conselheiro 3 disse: *“O planejamento é algo que existe só para constar, não sendo colocado em prática, fica na gaveta”*.

Quanto ao Planejamento em Saúde, este está inscrito pelo Pacto de Gestão entre os entes federativos, a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e operacionalizado através do Manual de Planejamento do SUS, no qual são estabelecidos os modelos a serem seguidos e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Destaca-se que, no Município de Campos dos Goytacazes, há um verdadeiro descompasso quanto aos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o Manual de Planejamento do SUS, os Instrumentos do Planejamento em Saúde devem ser formulados por técnicos da Secretaria de Saúde e apreciado e aprovado pelo CMS.

Um dos Instrumentos do Planejamento em Saúde é o Plano de Saúde em nível municipal (PMS 2010-2013), que foi apresentado aos conselheiros municipais de saúde na reunião ordinária de 13 de julho de 2010, estando em descompasso ao

estabelecido pelo Ministério da Saúde, descrito no Manual de Planejamento no SUS, no qual:

Será entregue ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação, antes da entrega do projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias do poder executivo, cujas informações da saúde farão parte (art. 36, § 2º LC nº 141, de 2012). Cabe destacar que o prazo de entrega do projeto de LDO na Casa Legislativa é até o dia 15 de abril (art. 165 CF 1988) (BRASIL, 2015, p. 114).

O PMS (2010-2013) não foi aprovado na reunião ordinária do dia 13 de julho de 2010. Sua discussão ponto a ponto e aprovação pelo CMS ocorreu dias depois, conforme relatado em ata, em 20 de julho de 2010.

6.2.1. PMS 2010-2013

O Planejamento em Saúde através do Pacto pela Saúde, documento datado de 2006, está inscrito o Pacto de Gestão, neste tópico define as responsabilidades sanitárias dos gestores de cada ente federativo do SUS e estabelece “diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006, p.13).

E ainda, no Pacto de Gestão está escrito que todos os municípios deverão formular o plano municipal de saúde (BRASIL, 2006). A partir do Pacto de Gestão, o Ministério da Saúde criou uma portaria, a Portaria nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, na qual disponibiliza orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, o PMS, a PAS e o RAG.

Em 2009, o Ministério da Saúde com intuito de dispor quanto aos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, criou a Portaria GM/MS nº. 2.751, de 11 de novembro de 2009. Os prazos estabelecidos nesta portaria deixam claro que o PMS deverá ter vigência de 4 anos, as PAS e os RAG de um ano cada.

O Planejamento da política de saúde encontra-se na centralidade da agenda da gestão do SUS através do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e da Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012¹¹.

Destaca-se que para a análise do PMS com vigência 2010-2013¹², utilizou-se da estrutura descrita no Manual do Planejamento do SUS. Ressalta-se ainda que antes de 2009 O Ministério da Saúde não havia elaborado um manual dos instrumentos do Planejamento em Saúde.

No Plano de Saúde a nível municipal foi realizado uma lista de verificações, ou seja, um *checklist*, na qual o PMS (2010-2013) deverá possuir seguinte estrutura, com os seguintes pontos:

¹¹ Para maiores detalhes recomendasse a leitura do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e da Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012.

¹²O PMS 2010-2013 foi elaborado em dezembro de 2009.

CHECKLIST DO PMS	PMS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES
Período de vigência do PMS	✓ SIM. Vigência 2010-2013
Identificação ¹³	✓ SIM. Encontra-se descrito na capa e na introdução.
Avaliação do CMS ¹⁴	✓ SIM. Introdução: “passará pelo processo de discussão permanente” (p.04). O PMS (2010-2013 foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 20 de julho de 2010 como descrito em ata pelo CMS.
Análise da situação de saúde ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SIM. Possui descrita a Rede Municipal de Saúde com a rede ambulatorial, rede hospitalar com suas respectivas: distribuição de recursos humanos (número de consultas por profissionais de saúde), ações, serviços, exames ofertados e realizados pelo SUS e seus serviços contratualizados. ✓ Sem descrição da rede de atenção básica. O município estava sob suspensão judicial da Estratégia de Saúde da Família.
Diretrizes	✓ SIM. Diretrizes e Propostas da Conferência Municipal de Saúde
Objetivos	✓ SIM. De acordo com o Pacto pela Saúde
Metas ¹⁶	✓ SIM. De acordo com o Pacto pela Saúde.
Indicadores	✓ SIM. Indicadores inscritos nos Termo de Compromisso de Gestão e Pacto pela Saúde.
Monitoramento	✓ SIM. Em todas as metas descritas no PMS existe o trabalho de monitoramento das mesmas
Avaliação	✓ NÃO. No PMS encontra-se descrito que não foi possível fazer a avaliação da Gestão 2004-2007, pois “sem o comprometimento de informações e dados, principalmente da atenção básica, devido os períodos conturbados do Programa Saúde da Família até a sua suspensão, ocasionando aumento da demanda nos hospitais próprios e conveniados como também nas unidades de saúde, centros de referências e outros ¹⁷ ” (p.43).
Estratégias ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O PMS possui estratégias, estas estão divididas em eixos, são eles: Atenção à Saúde (Atenção básica e Especializada); Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, ambiental e controle de zoonoses, Vigilância Sanitária, Programa DST/Aids). Assistência Farmacêutica; Gestão do Sistema Municipal de Saúde (Qualificação da gestão, Participação Social, Qualificação do trabalho e educação permanente). ✓ Nos eixos estão descritos objetivos e suas visões gerais.

Quadro 3: Checklist do PMS comparado ao PMS de Campos dos Goytacazes (2010-2013).

Fonte: Elaborado pela autora

¹³ Identificação da esfera de gestão correspondente.

¹⁴ Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde.

¹⁵ Análise da situação de saúde para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente.

¹⁶ Possuem descritas no PMS 2010-2013 as metas e as metas físicas.

¹⁷ Justificativa da gestão municipal de saúde descrita no PMS 2010-2013 para a não avaliação do PMS anterior.

¹⁸ As estratégias não são consideradas padrões para o Manual do Planejamento, porém o PMS 2010-2013 estão descritas com seus eixos e visões gerais.

Observou-se ainda nas atas a não identificação de cobranças do CMS quanto à implementação do PMS (2010-2013), e dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Também se observou, nas atas, que não há registro nem sequer cobranças de nenhum tipo, do CMS, quanto aos desmembramentos do PMS (2010-2013) em relação às Programações Anuais (PAS 2010, 2011, 2012 e 2013).

6.2.2. PAS e RAG (2010, 2011, 2012 e 2013)

Quanto as PAS 2010, 2011, 2012 e 2013 não existem registros e cobranças do CMS quanto às suas implementações. Para o funcionário ligado à gestão da política de saúde municipal, a PAS não foi elaborada e aprovada pelo CMS. Mas, no RAG, encontra-se descrito a PAS.

Quanto ao RAG, nota-se que foi apresentado ao Conselho todos os anos, porém todos com atrasos, como descrito na Tabela 2:

Tabela 3: RAG (2009, 2010, 2011, 2012, 2013), ano de aprovação e recursos orçamentários.

RAG/ANO	ANO DE APROVAÇÃO NO CMS	RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	
		<u>PROGRAMADO</u>	<u>EXECUTADO</u>
RAG 2009 ¹⁹	Julho de 2010	Não está disponível no RAG	Não está disponível no RAG
RAG 2010	Junho de 2011	Não está disponível no RAG	Não está disponível no RAG
RAG 2011	Agosto de 2012	209.000.000,00	202.520.703,26
RAG 2012	Setembro de 2013	199.503.500,00	240.054.023,83
RAG 2013	Não aprovado CMS ²⁰	626.915.251,66 ²¹	611.037.636,22

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Em relação aos prazos estabelecidos pelo MS para elaboração e apreciação do RAG, este indica que deverá ser “enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária” (BRASIL, 2015, p. 109).

Ao analisar os Instrumentos do Planejamento em Saúde, observou-se que os Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2010, 2011, 2012 e 2013) possuem algumas particularidades.

¹⁹ Como descrito no trabalho, o RAG 2009 não é objeto deste estudo, porém destaca-se que no ano de 2009 o município foi credenciado à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

²⁰ O RAG 2013 até a presente data de defesa desse trabalho de dissertação não havia sido aprovado pelo CMS.

²¹ O conselheiro 3 ao ser questionado sobre os valores programados e valores executados de 2013 estarem superiores aos dos anos anteriores, o conselheiro 3 disse “esses valores dos anos anteriores não são menores, pois os valores programados e executados não incluem os valores destinados para a Fundação Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde”.

6.2.3. RAG 2010

Iniciando pelo RAG 2010, este é um relatório constituído não só por indicadores de saúde, mas também por informações de todas as ações de saúde executadas no período de 2010, nas seguintes áreas: Atenção básica; Atenção especializada; Vigilância em Saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental); e Gestão de recursos financeiros.

De acordo com as análises, destacam-se os principais pontos do RAG 2010, que incluem:

- (1). Todas as ações desenvolvidas pela política de saúde;
- (2). Número de pessoas atendidas pelos serviços de saúde;
- (3). Número de novas unidades de saúde implantadas;
- (4). Número de procedimentos realizados especificando cada um deles;
- (5). Informações dos programas municipais, o que fazem e como executam suas ações, de forma resumida;
- (6). Tipos de exames, especificando cada um e mostrando quantitativamente quantos foram realizados;
- (7). Descrição em números de dispensa de medicamentos mensal por paciente;
- (8). Descrição das campanhas realizadas pelos profissionais de saúde do município;
- (9). Dispensa de leite, descrevendo o tipo e o número de pessoas atendidas;
- (10). Descrição de cursos de capacitação e número de funcionários que participaram dos cursos;
- (11). Número de internações, cirurgias, especificando cada uma delas;
- (12). Procedimentos realizados pelos hospitais, especificando o hospital, o tipo de procedimento e quantas pessoas;

- (13). Descrição em números dos casos notificados por agravo;
- (14). Descrição mensal do controle de qualidade da água;
- (15). Descrição mensal do controle de roedores, animais peçonhentos e sinantrópicos e criação irregular;
- (16). Descrição em números dos imóveis pertencentes à Secretaria de Saúde;
- (17). Descrição dos materiais recolhidos para reaproveitamento;
- (18). Descrição e discriminação: da receita municipal, pagamento de recursos humanos em saúde, valores pagos em medicamentos, receita federal para a saúde, valores pagos na contratualização; e
- (19). Comparativo dos indicadores de metas e resultados alcançadas e resultados a serem alcançadas para o ano seguinte.

6.2.4. RAG 2011

No RAG 2011, destacam-se informações de: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS.

Outra informação relevante que consta no RAG 2011 é a descrição da PAS com as metas anuais (programadas e realizadas) e os Recursos Orçamentários (programados e o executados);

Ressalta-se que, no RAG 2011, os indicadores de saúde são apresentados como “Pacto pela Vida: Prioridades, Objetivos e Resultados alcançados”.

Também se percebeu que o RAG 2011 é feito de forma sucinta, como estabelece a Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012. Como o RAG 2011 foi formulado em atraso, ele seguiu o parâmetro dessa Lei Complementar. Por isso está no formato sucinto, no qual o Relatório Anual de Gestão poderá ser um Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), e não mais detalhado como no RAG 2010.

O RAG 2011 encontra-se nos indicadores de saúde; e indicadores de gestão apresentam os objetivos e os resultados alcançados nas onze prioridades do Pacto pela Vida.

2.2.5. RAG 2012

No RAG 2012, destacam-se as informações de: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS.

O RAG 2012 também possui descrito a PAS, as metas anuais (programadas e realizadas) e os Recursos Orçamentários (programado e o executado), e este também foi feito de forma sucinta, no modelo RREO.

No RAG 2012, estão descritos os indicadores de saúde como “Indicadores da transição PACTO-COAP-2012”, de acordo com a operacionalização do Pacto pela Vida, que foi regulamentado através da Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a “pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)”.

No RAG 2012, têm-se os indicadores e treze diretrizes com seus respectivos objetivos e resultados, conforme estabelecido no PACTO-COAP-2012.

6.2.6. RAG 2013

No RAG 2013, assim como foi feito nas análises anteriores, selecionaram-se as informações sobre: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS.

Destaca-se que no RAG 2013 a PAS não está com informações detalhadas, contendo apenas informações sobre a execução orçamentária, valor programado e o valor executado.

No RAG 2013, estão descritas as treze diretrizes com seus respectivos objetivos, metas e indicadores de saúde, porém em números percentuais só estão representadas as metas, e não os resultados de cada indicador, ficando comprometida a comparação e análise.

Também se observou que no RAG 2013 há várias perguntas com respostas em branco, o que também comprometeu a análise da pesquisadora.

Ao comparar o RAG 2010 aos demais (RAG 2011, 2012 e 2013), destaca-se que o RAG 2010 é detalhado em suas informações. Já os demais Relatórios Anuais de Gestão não possuem detalhes em suas informações, mas somente possuem informações gerais, como: gestão municipal de saúde; como nome do gestor; Fundo Municipal de Saúde lei de criação; Conselho em funcionamento; PMS aprovado pelo CMS; Plano de Cargos e Salários; adesão ao pacto pela saúde; adesão à regionalização; e dados demográficos do município.

Ao analisar o RAG 2010 e os demais Relatórios Anuais de Gestão (2011, 2012 e 2013), percebeu-se também que os relatórios não possuem informações sobre as metas pactuadas e as metas alcançadas (ou valores observados). Dessa forma, recorreu-se ao site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado Rio de Janeiro, que disponibiliza a tabela com dados sobre as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde.

Para tanto, elaborou-se tabelas referentes aos indicadores de saúde nos anos analisados nesta pesquisa (2010, 2011, 2012 e 2013). Destacam-se ainda as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde, com as metas alcançadas (valores observados). E, para mais detalhes, consultar o Anexo 2 deste trabalho.

6.2.7: Indicadores de Saúde: uma análise dos rebatimentos na qualidade dos serviços de saúde referente ao período de vigência do PMS 2010-2013.

Para tal análise utilizou-se de dados secundários oficiais encontrados no portal da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Esses dados secundários são os 67 indicadores que compõem o rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Esses Indicadores de Saúde estão inscritos no Pacto pela Saúde (2006), mais especificamente no tópico Pacto pela Vida, e na

“transição Pacto-COAP, em 2012” (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2015).

As metas pactuadas são estabelecidas pela Comissão Tripartite, através do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Como o objeto deste trabalho nos instrumentos do Planejamento em Saúde do Município de Campos dos Goytacazes, optou-se pelos valores observados nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, anos de vigência do Plano de Saúde em nível municipal.

De acordo com o Pacto pela Saúde (inscrito no Pacto de Gestão 2006), seus Indicadores de Saúde estão divididos em diretrizes, objetivos e Indicadores de Saúde.

A primeira diretriz “Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da Atenção Básica e da atenção especializada” é apresentada na Tabela 4:

Tabela 4: Indicadores de Qualidade da Atenção Básica²²

INDICADORES	Valores observados			
	2010	2011	2012	2013
População recenseada/estimada	463.731	468.087	472.300	477.208
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da Atenção Básica e da atenção especializada				
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.				
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	35,9	32,75	38,74	37,13
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)	30,23	27,37	28,27	25,59
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	66,03	76,99	95,37	82,16
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	60,05	57,06	62,23	62,53
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,83	0,81	0,42	0,56
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	4,2	6,39	6,63	5,88

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Elaborada pela autora (2016)

Para interpretação dos dados, na Tabela 3 constam as seguintes informações como legenda: as metas e/ou valores observados na cor verde conseguiram ultrapassar a meta pactuada. Já a meta ou valores observados na cor vermelha não

²² Legenda da Tabela 4: **Verde**: ultrapassou a meta pactuada; **Vermelho**: não alcançou a meta pactuada; **Azul**: indicador não pactuado

conseguiram alcançar a meta pactuada. As metas e/ou valores observados na cor azul, indicador não pactuado.

A partir da Tabela 4, no item que apresenta os indicadores de qualidade de acesso à Atenção Básica²³, observa-se que os indicadores de saúde “cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)” e “média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” não alcançaram a meta pactuada. A Atenção Básica é considerada como estruturante na organização do SUS, não sendo um programa focalizado, constituindo-se num “conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2005, p. 10). Essas ações, quando não executadas da forma que deveriam, refletem-se em outros setores da política de saúde, pois, como supracitado, a Atenção Básica é estruturante no SUS.

No caso específico de Campos dos Goytacazes, como já relatado no capítulo 3, o Programa de Saúde da Família, foi suspenso em 2008 pelo Ministério Público Federal, por várias irregularidades, sendo uma delas a alegação de uso indevido dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Sendo esse programa fundamental dentre a estrutura da Atenção Básica, pode-se observar que o fato de diversos indicadores não terem alcançado as metas pactuadas podem estar relacionados a essa deficiência da área da saúde em Campos dos Goytacazes. Entretanto, o poder público justifica, no Plano Municipal da Saúde (2014-2017), que a Secretaria Municipal de Saúde, “com o intuito de suprimir, mesmo que parcialmente, a ausência do antigo PSF, resolveu, desde fevereiro de 2010, criar um novo modelo de assistência ambulatorial com UBS funcionando no período de 12 horas, dentro das características das equipes da ESF” (p. 49).

²³. A Atenção Básica caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...). A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007, p.16). A Atenção Básica funciona, portanto, como “um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos” (PENSESUS, 2016).

Na Diretriz 4 “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas”, observamos o seguinte indicador:

Tabela 5: Fortalecimento da rede de saúde mental²⁴

INDICADORES	Valores observados			
	2010	2011	2012	2013
População recenseada/estimada	463.731	468.087	472.300	477.208
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Coberturas de Centros de Atenção Psicossocial	0,65	0,64	0,64	0,63

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

Para interpretação dos dados, na Tabela 4 constam as seguintes informações como legenda: as metas e/ou valores observados na cor verde conseguiram ultrapassar a meta pactuada. Já a meta ou valores observados na cor vermelha não conseguiram alcançar a meta pactuada. As metas e/ou valores observados na cor azul, indicador não pactuado. As metas e/ou valores observados na cor roxa, igual à meta pactuada.

Tendo em vista o papel das ações em Saúde Mental, elas estão inseridas nessa perspectiva o enfrentamento ao álcool e outras drogas, mas principalmente o enfrentamento ao crack, que, em Campos dos Goytacazes, parece estar sendo, de certa forma, ignorado no período histórico estudado (2010-2013). O crack é uma droga com consequências destruidoras tanto para seus consumidores quanto para a sociedade. Essa substância causa dependência química com poucas vezes de uso, debilitando a saúde mental e física de seus usuários. Ademais, traz consequências graves também para as relações sociais desses usuários, podendo romper com seus laços familiares e sociais. Estudos fazem uma relação do aumento de usuários de crack ao aumento das taxas de criminalidade, violências, entre outros problemas sociais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2011).

²⁴ Legenda da Tabela 5: **Verde**: ultrapassou a meta pactuada; **Vermelho**: não alcançou a meta pactuada; **Azul**: indicador não pactuado; **Roxa**: igual à meta pactuada

O próximo ponto de análise está ancorado na Terceira Diretriz, “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade”, seus objetivos e indicadores estão descritos na Tabela 6:

Tabela 6. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança²⁵

INDICADORES	Valores observados			
	2010	2011	2012	2013
População recenseada/estimada	463.731	468.087	472.300	477.208
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e colo do útero.				
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,41	0,46	0,33	0,48
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,33	0,39	0,37	0,36
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Proporção de parto normal.	39,55	40,22	38,05	34,68
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	79,12	75,27	62,72	53,37
Número de testes de sífilis por gestantes	1,21	1,64	1,69	1,34
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	6	11	14	7
Taxa de mortalidade infantil.	16,27	17,27	14,06	16,57
Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.	n/a s/v	n/a	n/a	n/a
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	n/a s/v	100	100	100
Proporção de óbitos maternos investigados.	n/a s/v	100	100	100
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	n/a s/v	100	99,49	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	6	2	2	2

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Fonte: Elaborada pela autora

Para interpretação dos dados, na Tabela 5 constam as seguintes informações como legenda: as metas e/ou valores observados na cor verde conseguiram ultrapassar a meta pactuada. Já a meta ou valores observados na cor vermelha não conseguiram alcançar a meta pactuada. As metas e/ou valores observados na cor azul, indicador não pactuado. As metas e/ou valores observados na cor roxa, igual à meta pactuada. Indicador não se aplica **n/a**. A **s/i** para informação não disponível para o cálculo do indicador. E, finalmente, **s/v** para sem valores apresentados.

²⁵ Legenda da Tabela 6: **Verde**: ultrapassou a meta pactuada; **Vermelho**: não alcançou a meta pactuada; **Azul**: indicador não pactuado; **Roxa**: igual à meta pactuada; **n/a**: não se aplica; **s/i**: não disponível para cálculo do indicador; **s/v**: sem valores apresentados.

A Tabela 6 apresenta os indicadores de “Atenção integral à Saúde da Mulher”. Nesse item destacam-se os indicadores de exames citopatológicos para detecção do câncer, através de exame de mamografia para detecção de câncer de mama em mulheres com idade entre 50 a 69 anos, que, mesmo alcançando as metas para exames de mamografia em 2012, podem ser considerados valores baixos se comparado com outros países. O câncer de colo do útero e mama são os que mais levam mulheres a óbito no Brasil, sendo o câncer de mama com maior índice de cura para a mulher, quando detectado em estágios iniciais²⁶ (INCA, 2016).

Outro dado que chama atenção refere-se aos indicadores que abordam a gestação, puerpério, mortalidade infantil. Quase todos os valores descritos estão abaixo das metas pactuadas. Os indicadores referentes a investigações de mortes materno-fetal alcançaram a meta devido à implantação de um comitê²⁷ em nível municipal, que realiza investigação caso a caso.

O Indicador de Saúde “taxa de mortalidade infantil”²⁸ definido como o “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado” (DATASUS, 2012, p. 108), no município de Campos dos Goytacazes, encontra-se acima da média nacional, com 16,57% contra 15,02 % (IBGE, 2013).

Supõe-se que tal fato se deva em razão da “precariedade da atenção à mãe e ao recém-nascido” (UNICEF, 2005, p. 1), uma vez que os indicadores de saúde “proporção de parto normal” e “proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal” não alcançaram a meta estabelecida²⁹.

Outro ponto de análise está relacionado ao fato de municípios em que a Atenção Básica realiza um trabalho de acompanhamento efetivo, mesmo não tendo água

²⁶. Pode-se afirmar que a detecção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero “é fundamental para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos” (INCA, 2016). É possível realizar essa detecção através dos níveis primário e secundário, promoção da saúde e “detecção do surgimento da doença nos estágios iniciais” respectivamente, sendo possível detecção precoce através de ações integradas (INCA, 2016).

²⁷. O Comitê municipal de prevenção do óbito materno, infantil e fetal no âmbito da Direção de Vigilância em Saúde, foi implantado no ano de 2011.

²⁸. De acordo com a Nota Técnica dos Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 é calculada a taxa de mortalidade através do numerador com o número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência (tendo como fonte o SIM); e o denominador com os números de nascidos vivos nesse mesmo local e ano (tendo como fonte o SINASC).

²⁹. As sete ou mais consultas de pré-natal é considerada de extrema importância para a saúde da mãe e do bebê. Este indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

tratada³⁰, os índices baixaram. Foi o que aconteceu com a implantação dos antigos Programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Nordeste brasileira, que ocasionou queda considerável da taxa de mortalidade infantil.

Fazendo uma relação da “Taxa de mortalidade infantil” com a “Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas”, tal dado também possui influência direta na taxa de mortalidade infantil, pois as crianças que não possuem o cartão de vacina em dia estão propensas às diversas doenças. As vacinas em dia, como expõem os especialistas, evitam a mortalidade infantil. Supõe-se que, se a Atenção Básica estivesse atuante no município, as metas pactuadas teriam sido alcançadas.

O próximo ponto de análise diz respeito à Quinta Diretriz, “Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa de DCNTs”, seus objetivos e indicadores estão descritos na Tabela 7:

Tabela 7: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa de DCNTs³¹

INDICADORES	Valores observados			
	2010	2011	2012	2013
População recenseada/estimada	463.731	468.087	472.300	477.208
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				
Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	n/a s/v	n/a	n/a	n/a
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	368,16	404,33	358,25	380,87

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Elaborada pela autora

Para interpretação dos dados, na Tabela 6 constam as seguintes informações como legenda: as metas e/ou valores observados na cor verde conseguiram

³⁰. Tem-se vários tipos de diarreias, mas principalmente a diarreia aguda é considerada uma doença com altos índices de mortalidade infantil. A diarreia aguda está relacionada à falta ou ao precário serviço de saneamento básico (água tratada), também está relacionada às condições socioeconômicas de vulnerabilidade social representando um problema de saúde pública de grande relevância.

³¹ Legenda da Tabela 7: **Verde**: ultrapassou a meta pactuada; **Vermelho**: não alcançou a meta pactuada; **Azul**: indicador não pactuado; **Roxa**: igual à meta pactuada;

ultrapassar a meta pactuada. Já a meta ou valores observados na cor vermelha não conseguiram alcançar a meta pactuada. As metas e/ou valores observados na cor azul, indicador não pactuado. As metas e/ou valores observados na cor roxa, igual à meta pactuada. Indicador não se aplica **n/a**. A **s/i** para informação não disponível para o cálculo do indicador. E, finalmente, **s/v** para sem valores apresentados.

Observou-se, na Tabela 6 a “taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro doenças principais (DCNTs)³² “não foi alcançada de acordo com a meta pactuada.

No que se referem às DCNTs, as mortes causadas por tais doenças são consideradas pela OMS como mortes evitáveis, mas “correspondem a cerca de 70% das causas de mortes no Brasil, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis” (BRASIL, 2011, p. 8).

Registros feitos pelo Ministério da Saúde (2011) apontam que, na última década, houve uma “redução de 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros” (BRASIL, 2011, p. 8).

Tendo em vista a real importância da Atenção Básica acima descrita, no Município de Campos dos Goytacazes, se isso estivesse funcionando através da Estratégia de Saúde da Família³³, poder-se-ia acompanhar esses idosos de forma atuante, evitando assim várias complicações e sequelas dessas doenças.

Destaca-se ainda que um município com uma Atenção Básica que prime pela prevenção, promoção e proteção da saúde da população de sua área de cobertura diminui consideravelmente os gastos na Média Complexidade³⁴ e Alta Complexidade. As fragilidades na Atenção Básica, na gestão e no planejamento da

³². As DCNTs são as Doenças Crônicas não Transmissíveis, e as quatro principais DCNTs são as doenças circulatórias, o câncer, o diabetes e as respiratórias crônicas.

³³. Em 2006, o Programa de Saúde da Família é substituído por Estratégia de Saúde da Família. Porém, mesmo Campos tendo suspenso o Programa de Saúde da Família, o município não incorporou esta nomenclatura.

³⁴. A média complexidade é “composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia” (BRASIL, 2007, p. 17-18).

política de saúde de Campos dos Goytacazes, resultam em um aumento considerável nos gastos públicos com os serviços de média e alta complexidade (SILVA, 2012).

Exemplos aplicáveis com uma Atenção Básica eficiente na Média Complexidade e Alta Complexidade³⁵ seriam: a redução do tempo de espera para consulta com especialista na Média Complexidade; redução do número de internações em leitos de hospitais, internações em unidades de terapia intensiva (UTIs) e procedimentos cirúrgicos caros, na alta complexidade.

Haja vista as metas pactuadas nas Tabelas 3, 4, 5 e 6, constatou-se que os indicadores de saúde não conseguem alcançar a meta pactuada ou superá-la.

Com relação a essa constatação, indagou-se um funcionário ligado à elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde sobre as metas alcançadas não estarem em consonância com as metas pactuadas, e o funcionário acredita que isto ocorre, pois:

Os funcionários que se encontram na 'ponta do serviço' não seguem o planejamento ou mais provável não fazem o planejamento de suas ações em seus serviços, as pessoas responsáveis não discutem com seus colegas de trabalho a respeito de demandas, ações, metas entre outros. E os responsáveis também não discutem com as pessoas que elaboram o planejamento do município. Já os que alcançam as metas, alcançam 'por rumo'. O planejamento fica na gaveta.

Diante dos resultados da pesquisa deste trabalho observou-se algumas questões sobre os instrumentos do Planejamento em Saúde e da gestão democrática da Saúde no Município de Campos dos Goytacazes que serão abordadas nas considerações finais.

³⁵. Alta Complexidade é um conjunto de "procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extra cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; e genética clínica". (BRASIL, 2007, p. 18).

7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se a Política de Saúde como uma Política de Seguridade Social que possui caráter universalizante, o que significa que a saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado de provê-la.

Lembra-se que esse direito, de caráter universalizante, não foi algo “dado”, mas sim conquistado, sendo um processo histórico construído em diferentes momentos, conjunturas e por diferentes atores sociais.

A Política de Saúde, então, é considerada fruto de um intenso movimento, social conhecido como Reforma Sanitária, e seus ideais são incorporados à Carta Constitucional.

Mesmo com o avanço nos direitos sociais, através da Carta Constitucional brasileira, nos anos 1990, ocorre a “contramão” dos direitos, que, conquistados, sofrem um retrocesso a partir das políticas de orientações neoliberais.

Tendo em vista esse retrocesso, não pode-se desconsiderar algumas conquistas no âmbito do controle social, surgindo assim alguns tipos de controle social, inclusive os Conselhos.

O Conselho de Saúde nasce como “gestor de política pública”, em que toda e qualquer ação de saúde deverá ser apreciada e aprovada por ele. Com as lutas “travadas” nesta arena, houve muitos ganhos e avanços no que se refere à participação social.

Perante o que foi supracitado, lembra-se que o Planejamento em Saúde também é fruto de rebates na América Latina e no Brasil.

Considerando tais reflexões, tem-se como objeto o Planejamento em Saúde e os seus instrumentos na Política de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Um dos pontos observados durante a análise foi o funcionamento do Conselho, que possui uma sala onde ocorrem as reuniões do CMS e uma sala onde funciona a secretaria executiva do CMS. Observou-se que os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde não sabem dizer onde são localizadas as salas de reunião do CMS e a sala da secretaria executiva do CMS. Ao entrar na Secretaria Municipal de Saúde não existem placas indicando a localização dessas salas. Somente encontrou-se uma placa indicando já próximo às salas. Ambas não possuem acessibilidade para pessoas cadeirantes.

Quanto às disputas de poder interno do Conselho Municipal de Saúde, observou-se muitas vezes, durante as reuniões, que as pautas possuem uma linguagem técnica e rebuscada. Isso, de certa forma, atrapalha a compreensão dos conselheiros.

Também identificou-se através da observação participante nas reuniões do CMS, grupos de interesses distintos e seus interesses. Visualizou-se que existe um grupo hegemônico (um grupo menor) que, de certa forma, consegue desarticular o grupo maior, mas mesmo existindo essas “manobras”, o CMS é entendido nesta pesquisa como um espaço público, uma “arena”, de conflitos de interesses diversos.

Ressalta-se também, que o CMS está sendo utilizado por grupos de interesses particulares, não indo ao encontro do processo de construção da democracia, podendo dar visibilidade às “demandas das parcelas excluídas da sociedade, influenciando a agenda governamental” (VIANNA, 2013, p. 3 apud CAMPOS, 2006).

No que tange à Política e o Planejamento em Saúde, identificou-se que a gestão municipal está no segundo mandato, mas na Política de Saúde em nível local ocorrem mudanças na gestão. Assim, com essa mudança na gestão municipal de saúde, também ocorrem mudanças no quadro de funcionários que possuem cargos comissionados.

Diante desse fato, os conselheiros dizem que existem pessoas despreparadas ocupando cargos com certa importância na gestão municipal de saúde, o que acaba influenciando essa política.

No que cabe à Política de Saúde, esta deverá planejar suas ações através dos Instrumentos do Planejamento em Saúde, os quais deverão estar em consonância com o Manual de Planejamento do SUS.

Ressalta-se que, no Município de Campos dos Goytacazes, ocorre um

descompasso nesses Instrumentos quanto aos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os descompassos encontram-se nos prazos das aprovações, pelo CMS, do Plano Municipal de Saúde e dos RAGs 2010, 2011 e 2012. Já o RAG 2013, este não foi sequer colocado em pauta pelo CMS.

Nota-se que ao indagar um funcionário ligado à elaboração do Planejamento em Saúde, este diz que as Programações Anuais de Saúde não são formuladas. Mas, ao ler os RAGs 2011 e 2012, observou-se que estão presentes nesses documentos. No RAG 2010, não está presente a PAS. Já no RAG 2013 só estão descritos os valores orçamentários da PAS.

Percebeu-se que nas atas não estão presentes discussões a respeito da PAS, nem reclamações e debates a respeito dos Instrumentos. Somente estão citadas nas atas a aprovação do PMS 2010-2013 e as aprovações dos RAGs 2010, 2011 e 2012.

Verificou-se que, durante a análise dos RAGs, não se encontraram as metas pactuadas pelos entes federativos e as metas alcançadas (ou valores observados). Para tal, fez-se uma complementação das informações do RAG de cada ano, analisado com as informações levantadas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Os dados encontrados mostram que alguns indicadores de saúde não alcançam ou superam a meta pactuada. Por diversas vezes atentou-se para o não acesso de uma grande parcela da população campista aos serviços da Atenção Básica de forma a estar em consonância com a prevenção e promoção da saúde. De certa forma, isso estaria influenciando no aumento com gastos e sobrecarregando os Serviços de Média e alta Complexidade.

Ao indagar aos conselheiros sobre a questão do presidente do conselho ser o gestor municipal de saúde, os conselheiros são enfáticos ao dizer que seria melhor dessa forma, pois assim o Secretário estaria interessado nas decisões do CMS. Mas verificou-se que a participação do Secretário é uma forma de controle da política local e, de certa forma, está relacionada à participação da gestão municipal no que tange ao sucesso da atuação dos Conselhos.

Verificou-se que é necessária a mudança dos atores sociais que compõem o CMS, pois isso teria influência direta na atuação do Conselho, visto que algumas instituições que compõem o Conselho dependem do financiamento da Política de Saúde e acabam tomando decisões de acordo com seus próprios interesses não

indo de encontro a interesses coletivos. Sendo assim, a Política de Saúde não avança em seu debate mais amplo, de uma gestão democrática e livre de práticas clientelistas.

Quanto aos instrumentos do Planejamento em Saúde, estes foram elaborados, porém não são devidamente operacionalizados. Este fato remete a seguinte percepção: a sua elaboração seria por uma questão meramente formal para repasse de recursos federais e estaduais ao Município de Campos dos Goytacazes. Ocorrem falhas tanto na sua elaboração por parte dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, quanto em sua apreciação, aprovação e controle social por parte do CMS. A julgar por tal panorama pode-se notar que o município “faz de conta que faz planejamento” em sua política de saúde.

Pode-se exemplificar tal argumentação através da fala de um conselheiro que diz que o planejamento “*é algo que existe só para constar, não sendo colocado em prática, fica na gaveta*”. Ressalta-se também a fala do funcionário ligado a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que afirma não existir um real planejamento, que os funcionários “não fazem o planejamento” ou não discutem sobre o planejamento de suas ações, e que quando a meta é alcançada ou ultrapassada não é resultado do planejamento.

Tendo em vista a realidade da política de saúde de Campos dos Goytacazes, e fazendo uma leitura das ideias de Testa, a forma como a política de saúde é organizada e conduzida está diretamente ligada à questão do Poder Social, que não apenas mantém-se pela coerção, mas também pelo consenso. Esse consenso é vislumbrado através das práticas do grupo menor, que influencia diretamente o grupo maior dentro do CMS, através da ideologização, em que esse grupo menor não só sabe que consegue articular de forma eficaz, quanto se reconhece (tem consciência) como tal.

Uma mudança nesse panorama está ancorada na ideia de novas formas organizativas para as práticas de saúde, tanto no “âmbito” da Secretaria Municipal de Saúde com um corpo técnico competente e que possa elaborar e seguir o planejamento, quanto no próprio CMS, com maior rotatividade das instituições que possuem cadeira no referido conselho.

Diante do exposto e com uma maior participação dos vários atores sociais imbricados na Política de Saúde de Campos dos Goytacazes, ela poderia experimentar uma possível mudança, na política, no planejamento e na gestão,

deixando assim de possuir um planejamento tecnocrático (normativo), passando a ter um planejamento com a participação popular, tendo um caráter estratégico.

8: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILLAR, F. **Controle social de serviços públicos**. São Paulo: Max Limonade, 1999

ALVES, M. M. **A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes**. 2013. 80 f Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2013.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **Texto para discussão**, Brasília, n.599, 1998.

ARENDT, H. **Crises da república**. São Paulo: Perspectiva. 1973.

ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 14, n.40, jun, 1999. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheRBCS1999.pdf>>. Acesso em: 04 dez 2015.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.11, n, jun, 1996. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/RBCS_96.pdf>. Acesso em: 04 dez 2015.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Manguinhos-RJ, 1993. p. 117-134.

AVRITZER, L. Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. **Texto para Discussão**, Brasília, n.1739, p.7-24, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1739.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BAPTISTA, T.W.F. et al. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n.3. p.829-839. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BARBOSA, Adrian. Aquino. et. al. **Planejamento estratégico em vigilância sanitária**: uma proposta metodológica para os municípios da Região metropolitana do Recife. 2012. 49 f. Projeto Aplicativo (Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária) - Instituto Sírio-Libanês, Recife, 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/16218556-Planejamento-estrategico-em-vigilancia-sanitaria-umaproposta-metodologica-para-os-municipios-da-regiao-metropolitana-do-recife.html> >. Acesso em: 12 jan. 2016.

BARRENECHEA, J.J.; URIBE, E.T.; CHORNY, A. **Salud para Todos en el Año 2000**: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Medellín: Universidad de Antioquia, 1990.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/34936/37672>>. Acesso em 05 de out. 2015.

BÓRON, A. **O Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Consultoria Legislativa**: legislação que disciplina os conselhos de políticas públicas. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema6/2005_740.pdf> Acesso em 15 de out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Cadastro E-MEC**: cadastro das instituições de nível superior. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em 10 de out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2006b). **Diretrizes operacionais para o Pacto pela Vida**: em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____, _____. (BRASIL, 1990b). **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____; _____. **Lei orgânica da saúde**: Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 1990a Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/civil03/leis/18080.htm>>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. _____. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/03/Manual_planejamento_sus.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. _____. **Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013**: estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Publica%C3%A7%C3%B5es_26.09.2013_-_V.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. _____. (BRASIL, 2006a) **Portaria n 399, de 22 de fevereiro de 2006**: divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5127629/4132772/PORTARIAN399GMDE22DEFEVEREIRODE2006.doc>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. _____. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=298>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac>>. Acesso em: 06 set. 2015

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 12 mar.2016.

_____, _____. **Resolução n. 333, 04 de novembro de 2003**: aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.p df](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2013.

_____; _____. **Resolução n. 453, 10 de maio de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. _____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. _____. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS.). **Acesso à informação. Sistema de Gestão**: 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em 20 fev. 2016.

_____. _____. **Taxa de mortalidade infantil**: C.1. (Coeficiente de mortalidade infantil): 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c01.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2016.

_____. _____. SECRETARIA-EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfR3QAA/pacto-gestao-garantindo-saude-todos>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. _____. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

_____. _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.fnede.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das>>

dcnt-no-brasil>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 13 ago. 2014.

_____. _____. **Lei complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 03 de fev de 2016.

BRAVO, M.I.S. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamento sócio-histórico. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. A gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (org). **Política social e democracia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p.43-65.

_____. MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____. PEREIRA, P. A. P. (org). **Política social e democracia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008a. p.197-215.

_____. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (org.) **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008b. p. 197-241. Capítulo 3,

BRESSER - PEREIRA, L. C. Reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, p. 5-42, 1999. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1997/97.Reforma_gerencial-RSP.pdf>. Acesso em: 12 fev.2016.

BRITO, D.F. et al. A “Universalização excludente” da política de saúde e sua interface no campo dos direitos sociais. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 15, 2013, Vale do Paraíba. **Anais...** Vale do Paraíba: Universidade do Vale do Paraíba, 2013. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0073_0864_01.pdf >. Acesso em: 15 out. 2014.

BUCCI, M.P.D. Gestão democrática da cidade. In: DALLARI, A.A.; FERRAZ, S. (orgs.). **Estatuto da cidade**. São Paulo Malheiros, 2002. p.322-341.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes 2010.

_____. CÂMARA DOS VEREADORES. **Dispõe sobre a Lei orgânica do Município de Campos dos Goytacazes:** promulgada em Sessão Solene do dia 28 de março de 1990. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/lei-organica-campos-dos-goytacazes-rj>>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. _____. **Lei Orgânica do Município de Campos dos Goytacazes.** Disponível em: <<http://oads.org.br/leis/2157.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. PREFEITURA. **Diário Oficial municipal.** Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov/diarioficial.php>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Dados sobre a rede de saúde do Município de Campos dos Goytacazes.** Disponível em: <[http://saude.campos.rj.gov.br/por tal/](http://saude.campos.rj.gov.br/por%20tal/)>. Acesso em 03 de set. 2015.

CAMPOS, E. B.. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 88, 2006, p.101-121. Disponível em: <http://www.escoladeconselhospara.com.br/upload/arq_arquivo/1606.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e Cogestão de coletivos.** São Paulo, SP: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, M. A. L.; FERREIRA, C. T. M. **Evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil.** Disponível em: <<http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS/artigo-Cristiani.doc>> . Acesso em 05 de out. 2015.

CARVALHO; A.I. **Conselhos de saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. 10.ed. Rio de Janeiro: Civilizações brasileiras, 2008.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. (org.); ONOCKO, R. (org.). **Praxis en salud: un desafio para lo público.** Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. p. 151-167.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 5.ed. São Paulo: Cortez. 2008

COELHO, M, C, P. **O conselho municipal de saúde de Campos dos Goytacazes: a gestão 1998/2000**. 2003. 80 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Cartilha sobre o crack. 2011. Disponível: <http://www.crack.cnm.org.br/crack/admin/pdf/Cartilha_45.PDF>. Acesso em: 05 mar. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8, 1987. Brasília. **Anais...** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 05 de set. 2015.

CORREIA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: MOTA. A.E. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 111-140. Capítulo .6.

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital. **Revista Temporalis**. v.8, n. 13, 2007. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/20625652/2081875111/name/Artigo+Temporalis...>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

COUTO, B.R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 5. ed. São Paulo: Cortez. 2008.

CRUZ. José Luis Vianna. Petróleo e Royalties misturando as escalas. **Boletim Petróleo, Royalties e Região**- Campos dos Goytacazes-RJ, v.14, n.53, set; 2016. Disponível em: < <http://royaltiesdopetroleo.ucam-campos.br/index.php/ano-xiv-n-53-setembro-2016>>. Acesso em: 12 out 2016.

EDUARDO, Í. R.; EDUARDO, J. T. **Curso de direito previdenciário: teoria, jurisprudência e questões**.9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Série Provas e Concursos

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011. p.181-192.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FALLEIROS, I. et. al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: _____ (org.); PONTE, C.F. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Manginhos-RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

FALEIROS, V.P. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: FLEURY, S. **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: INESC, 2004. Disponível em: < <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula> >. p.31-64. Acesso em 19 jul 2014.

FERRAZ, A. T. R. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, n.88, 59-74, 2006.

FIORI, J.L. **Brasil no espaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

FLEURY, S. A judicialização pode salvar a saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun, 2012. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. Acesso em 19 jul 2014

_____. Reforma sanitária brasileira: dilema entre o instituinte e instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 743-752. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010>. Acesso em 19 jul 2014

_____. A seguridade social inconclusa. In: _____. **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: INESC, 2004. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. p.107-121. Acesso em 19 jul. de 2013.

FRANCO, S, D. **Democracia e poder local: algumas considerações sobre o caso de Campos dos Goytacazes**. 2006. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes- RJ, 2006. Disponível em:<http://www.uenf.br/Uenf/Downloads/P_SOCIAIS_4856_1191439254.pdf>. Acesso em: 05 dez 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. PENSE MAIS SUS. **Atenção Básica**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>> Acesso em 15 de mar.2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF.). Situação da infância brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: **O direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento**. Acesso em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_001_007_Abre.pdf>. Acesso em 10 de mar de 2016

FURTADO, C. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, n.7, n.1, p.26-44, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. 1989. 315 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Manguinhos-RJ, 1989. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4983>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004

GOHN, M. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. **Informativo CEPAM**, São Paulo, v.1, n.3, p.07-17, 2001. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/urbano/gohn.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2015.

GRAMSCI, A. **Antologia**. Cidade do México, México: Siglo Vientiuno, 1990.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos - RJ, v.10, n.3, p.791-825, set.-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19301.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2015.

HOWARD, E. **Garden cities of tomorrow**. London: Faber and Faber, 1902.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 4.ed. São Paulo, Cortez; 1985.

_____. **Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados do Censo 2010**: referente ao Município de Campos dos Goytacazes. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330100&search=||infogr%E1ficos:informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 14 fev de 2016.

_____. **Dados sobre a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos**: Brasil: 2000 a 2015. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidadeinfantil.html>>. Acesso em: 17 fev 2016.

_____. **Dados sobre o Ensino-Matrículas, docentes e Rede Escolar referente ao Município de Campos dos Goytacazes**: 2012. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/grafico_cidades.php?codmun=330100&idtema=117>. Acesso em: 12 fev 2016.

KELLY, R.M.; PALUMBO, D. Theories for Policy Making. In: HAWKESWORTH, M.; KOCH (org.), M. (org.). **Encyclopedia of Government and Politics**. London and New York, 1992. p. 643-655.

KRUGER, T.R. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**. Campinas, v. 11, n. 10, p.123-145. dez, 2010. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814>>. Acesso em: 05 dez 2015.

_____. **A estratégia conselhistas na área da saúde**: a dicotomia entre o plano legal e o real. 1998. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) – Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LAFER. B.M. O conceito de planejamento. In: _____ (org.) **Planejamento no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1975, p.21-50.

LIMA, N.T. et al (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIRA, R.A. **Representação, participação e cooptação nos conselhos municipais em Campos dos Goytacazes/RJ**. 2012. 129 f Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/download/1314/1125>>. Acesso em: 05 dez 2015.

_____. AZEVEDO FILHO, E.T.; SILVA, M.B. Representação, participação e cooptação no conselho municipal do meio ambiente em Campos dos Goytacazes/RJ. In: ENCONTRO INTERNACIONAL PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2013, 23-25 abr, Araraquara. **Anais....** Araraquara: UNESP, 2013.

LUNA, S.V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 2000.

MANDEL, E. **A crise do capitalismo**. Campinas, UNICAMP, 1991.

MARSHALL. T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967

MATTA, L.G. **Debates, conflitos e consensos**: a aplicação do sistema de cotas na Universidade Estadual do Norte Fluminense. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas. 2012.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Gestão**. Brasília: Ipea, 1993.

_____. **Los 3 cinturones del gobierno**: gestión, organización e reforma. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.1997

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. Belo Horizonte , v.15, n. 2, p.72-87, maio-ago, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200008>. Acesso em: 05 dez 2015.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-149.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (org.). **Praxis en salud: un desafio para lo público**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997. p. 71-150.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

MONTAÑO, C. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v.20, n.59, p. 47-79. mar.1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 05 dez 2015.

MOTA, A.E.F. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NOVELO U, F. Estado keynesiano e Estado neoliberal. In: LAURELL, A C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.59-69.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

OLIVA, A. M. **As bases do novo desenvolvimentismo: análise do governo Lula**. 2010. 537 f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000794314&fd=y>>. Acesso em: 12 out. 2015.

OLIVEIRA, J.A.P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.40, n.1, p.273-88, mar-abr; 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a06>>. Acesso em 10 de mar. 2016.

OLIVEIRA, J.C.P.; PEDLOWSKI, M.A. Estado e programas municipais de habitação popular em Campos dos Goytacazes (RJ). **Análise Social**, Lisboa – Portugal, v.47, n.204, 2012. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_204_d04.pdf>. Acesso em: 05 dez 2015.

OLIVEIRA, R. G. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD (CPPS). **Formulación de Políticas de Salud: oficina sanitaria panamericana**, Santiago, Chile: OPS, 1975.

PAIM, J.S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. A crise do planejamento autoritário em saúde. **Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia**, Salvador-BA, v.4, p. 56-61,1981

_____. et al. **O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro: FIOCRUCRUZ, 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 05 dez 2015.

_____; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n.4, 1998, p. 299-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2015.

_____; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo- SP, p. 73-78, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>>. Acesso em: 21 nov.2015.

PAIVA; C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos-RJ, v.21, n.12, p.15-35, jan-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5970201400010_0015>. Acesso em 10 out, 2015.

PANTOJA, S. PESSANHA, D. **Reordenamento político e circulação das elites em Campos dos Goytacazes**: representações sociais da imprensa local (1982-2004). Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/vinteeum/silvia_e_diomar_21.htm>. Acesso em 10 out, 2015.

PAULA, A.P.P.D. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PEREIRA, L.D. A proteção social como “necessidade mínima”, o avanço dos preceitos (neo) liberais e a desconstrução da seguridade social brasileira na década de 1990. **Magen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales**, La Rioja – Espanha, n.34: jul. 2005. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2718746>>. Acesso em 10 out, 2015.

PEREIRA PINTO. O campo das delícias. **Revista da Academia Campista de Letras**, Campos dos Goytacazes, RJ, v.6, n.2, p. 22-26, 2008. Disponível em: <<http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/enletrarte/article/download/2036/1192>>. Acesso em 10 out, 2015.

PETRAS, J. **Armadilha neoliberal e as alternativas para a América Latina**. São Paulo: Xamã, 1999.

PIQUET, R. **Indústria e território no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

_____; GIVISIEZ, G. H. N.; OLIVEIRA, E. L. A nova centralidade da cidade de Campos dos Goytacazes: o velho e o novo no contexto regional. Campos dos Goytacazes. **Revista Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n.18-19, p. 01-22, jan-dez, 2006. Disponível em: <http://www.forumrio.uerj.br/documentos/revista_18-19/Cap-2-Piquet_Givisiez_Oliveira.pdf>. Acesso em: 10 out, 2015.

RATTNER, H. **Planejamento e bem-estar social**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

RIBEIRO, M.M. **Assistencialismo nas políticas sociais do Brasil nos anos 90**. 2005.106 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9508/1/1111www.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

RIVERA, F.J.U (RIVERA, 1995a). **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. (RIVERA, 1995b). A teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo: o contexto latino-americano. In: _____. **Agir comunicativo e Planejamento Social**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1995. p. 144-211.

_____. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: GALLO, E. (org.), _____. (org.); MACHADO, M. H. (org.). **Planejamento criativo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-92.

_____. (org.) **Planejamento e Programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. Brasília: OPS, 1988.

_____. ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde**: conceitos, histórias e propostas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde. Coletiva**, n. 4, 1999. p. 355-365. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7118.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, F.T. (org.); MUSSE, J.S (org.); SANTOS, R.F. (org.). **20 anos da Constituição Cidadã**: avaliação e desafio da Seguridade Social. Brasília: AFIP: 2008. p.131-148. Disponível em: <http://www2.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/Livro_da_20_anos_Constituicao72dpi.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

ROCHA, R.M. et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, R. G. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

RODRIGUES, T.A.; SALVADOR, E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 129-156, jan-jun. 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9689/1/ARTIGO_ImplicacoesProgramaCrescimento.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

SÁ, M.C. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: PITTA, A. (org.). **Saúde e Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1995. p. 193-216.

_____. **Planejamento Estratégico em Saúde**: problemas conceituais e metodológicos. 1993. 425 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=117226&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

SANT' HELENA, M.M. et al. Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1, 2013, 22 ago, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis, SC: GRESS/SC, 2013. Disponível em: < <http://cress-sc.org.br/?p=792>>. Acesso em: 10 out, 2015

SANTOS, S. **O orçamento na saúde: radiografia e possíveis diagnósticos em Campos dos Goytacazes**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes – RJ, 2008. Disponível em: <<http://cidades.ucam-campos.br/images/arquivos/dissertacoes/2008/sergio-dos-santos-2008.pdf>>. Acesso em: 10 out, 2015

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCHRAIBER, L.B. et. al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e saúde coletiva** 1999, vol.4, n.2, pp.221-242. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>>. Acesso em: 4 nov. 2015.

SILVA, A. T. M. F. **A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso a atenção básica (2007-2011)**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2012. Disponível em: <<http://uenf.br/pos-graduacao/sociologia-politica>>. Acesso em: 10 out, 2015

SILVA, V.L.M.; ALVES, M. M. Judicialização e gestão pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 2, 2013, 01-03 out, Belo Horizonte. **Anais** Belo Horizonte: Abrasco, 2014. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/032.pdf >. Acesso em: 12 jan. 2016.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, L.A. **Agencificação, publicização, contratualização e controle social: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: DIAP, 2000.

SOARES, L.T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, O, C. **Muata Calombo: consciência e destruição**. Campos dos Goytacazes, RJ: FAFIC, 2004.

STEVANIM, M.A.P. **Aguarde atendimento: uma análise sobre a morosidade do sistema público de saúde**. Campos dos Goytacazes. 2008. 90 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2008.

_____. **Judicialização da saúde:** acesso à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes. 2015. 157 f. . Dissertação (Mestrado. Em Políticas Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2015. Disponível em: <<http://uenf.br/pos-graduacao/politicassociais/files/2015/10/MARLEY-APARECIDA-DE-PAULA-STEVANIM.pdf>>. Acesso em: 10 out, 2015

TANAKA, O. Y. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.26, v.3, p.185-194, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n3/10.pdf>>. Acesso em: 10 out 2015

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, C.F. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 5, 2010, 6-8 jun, Salvador - Bahia. **Anais...** Salvador-Bahia: CMES, 2011.

_____. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: _____. (org.). **Planejamento em saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA. 2010. p.17-32.

_____. (TEIXEIRA, 2001a). **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. (TEIXEIRA, 2001b). **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ISC. 2001.

_____. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, ano 2, Rio de Janeiro, 1999. p. 287-303. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7113.pdf> >. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **Estado, poder e democratização da saúde**. Rio de Janeiro, 1998, mimeo.

TEIXEIRA; C.T.; W.L.A., JESUS. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. _____. (org.) **Planejamento em Saúde:** conceitos, métodos e experiências, Salvador: EDUFBA, 2010

_____; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 349, ano 6, nov-dez. 2000. p. 63-80. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. (TEIXEIRA; et al, 2010a); et al. Correntes de pensamentos na área de Planejamento em Saúde no Brasil hoje. In: _____. (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA. 2010. p. 33-50.

_____. (TEIXEIRA; et al, 2010b); et al.). Proposta Metodológica para o Planejamento em Saúde no SUS. In: _____. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA. 2010. p.51-76..

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____ **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. O Diagnóstico de saúde. In: Rivera, F.J.U. (org.)._____. **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez, 1989. p. 59-76.

_____ Estrategia, coherencia y poder em las propuestas de salud. **Cuadernos Médico-Sociales**, v.38 -39, 1987. Disponível em: <<http://cms.colegiomedico.cl/lista/volumen/>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

TOLEDO, E.G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A.C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008. p.71-90

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL. **Planejamento em Saúde**. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade2/obj-un2-mod1/4.html>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

VASCONCELOS, A. M. de. **A Prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

VENÂNCIO, V.A.S. **A descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90**. 2001. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

VECHIA, R.S.D. O golpe civil militar de 1964: algumas possibilidades sobre o seu significado histórico. **Anos 90: Revista do Programa de Pós-graduação em História.** v. 19, n.35, p.87-109, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/anos90/article/view/29300/24256>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. de S (org.); PEREIRA, P. A. P. (org.). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.p.173- 195.

VIANNA, S. S. neoliberalismo, controle social e conselhos no Brasil. In:_____. **Neoliberalismo, controle social e conselhos no Brasil.** Santiago: Universidad de Chile, 2013.p. 1-7.

VIDAL, D. L. C. **Demanda reprimida: estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de Campos dos Goytacazes-RJ.** 2006. 95 f. Dissertação (Mestrado. Em Serviço Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.

APÊNDICE 1: ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS

Como método de pesquisa utilizou-se algumas abordagens aos conselheiros questionou-se sobre a política de saúde e seu planejamento utilizando da técnica de pesquisa conhecida como relato verbal oral e escrito.

Conselheiro 1 – Representante das entidades de usuários

PERGUNTAS:

- (A). Como você vê esse atraso na atualização do POA.
- (B). Você acredita no interesse da gestão municipal em atualizá-lo?
- (C) Como você observa a mudança do secretário e de seus funcionários de confiança. Você acredita que esses cargos são ocupados por pessoas capacitadas?
- (D) Como você vê essa discussão sobre o orçamento da saúde não ser apreciado primeiramente no CMS antes de ir para a Câmara?

Conselheiro 2 – Representante dos profissionais da saúde

PERGUNTA:

- (A). Como você vê o atraso na atualização do POA?

Conselheiro 3 – Representante das entidades de usuários**PERGUNTAS:**

- (A) O Regimento Interno já foi aprovado pela Câmara sem antes ter sido apreciado e aprovado por vocês conselheiros. Que medidas vocês tomaram? Obtiveram sucesso quanto a isso?
- (B). Os conselheiros fazem ou tem feito cursos de capacitação e atualização?
- (C) O CMS já tentou modificar o Regimento Interno? O que você nos diz sobre o Presidente do CMS ser o Secretário Municipal de Saúde?
- (D). Os conselheiros recebem a ata e realizam a leitura das pautas com antecedência?
- (E) Como você vê essa discussão sobre o orçamento da saúde não ser apreciado primeiramente no CMS antes de ir para a Câmara?
- (F). Com relação ao Planejamento em Saúde de Campos dos Goytacazes, vocês enquanto conselheiros acreditam que há ou não planejamento? Este é de fato implementado?

Conselheiro 4 – Representante do Poder Público municipal**PERGUNTA:**

- (A) Como você observa a mudança do secretário e de seus funcionários de confiança. Você acredita que esses cargos são ocupados por pessoas capacitadas?

APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA AO FUNCIONÁRIO LIGADO A GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE LOCAL.

Plano de Saúde a nível municipal e/ou PMS período 2010-2013

- 1 – Como O PMS foi elaborado? Quem elabora?
- 2 – Para a elaboração do PMS faz-se necessário considerar os indicadores de saúde e as demandas/necessidades da rede municipal de saúde?
- 3 – Existe um modelo a nível federal para a formulação do PMS?
- 4 – O CMS aprecia e aprova? Como ocorre essa apreciação e aprovação feita pelo Conselho?
- 5 – O PMS é aprovado pelos vereadores na Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes?

Programações Anuais de Saúde

- 1 – Como as PASs são elaboradas? Quem elabora?
- 2 – As PASs são consideradas por você como um desdobramento do PMS?
- 3 – As PASs são elaboradas seguindo um mesmo padrão?
- 4 – As PASs são apreciadas e aprovadas pelo CMS? Se sim, de que forma isto ocorre? Em que período?

5 – Logo após a exposição das PASs no CMS, é também é apreciado e aprovado pelos vereadores na Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes?

Relatórios Anuais de Gestão

1 – Como são elaborados os RAGs? Quem elabora?


2 – Existe um comparativo do que foi programado (PASs) e o que alcançado no RAGs?

3 – Os RAGs são apreciados e aprovados pelo CMS? Se sim, de que forma? Em que período isto ocorre?

4 – Logo após a exposição das PASs no CMS, é também apreciado e aprovado pelos vereadores na Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes?

ANEXO 1: TABELA COM DADOS A RESPEITO DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES APRESENTANDO AS DIRETRIZES, OS OBJETIVOS E OS INDICADORES DA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA.

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores da rede de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: S90100 - Campos dos Goytacazes - Região de Saúde: Norte



Indicadores	Metas posteadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados							
	2011	2012	2013	2014	2015			2013	2014	2011	2012	2013	2014	2015	
População reconhecida/estimada						▲		434.008	463.791	468.007	472.300	477.208	493.848	483.870	
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.															
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.															
1. U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	10,00	27,87	39,00	89,74	44,00	▲		41,46	35,90	32,75	88,74	37,13	26,68	36,36
2. U	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSA).	np	np	26,00	26,00	26,61	▼		32,15	30,28	27,87	28,27	26,88	26,88	25,49
3. U	Cobertura de acompanhamento das condições de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	70,00	84,00	88,00	88,00	89,00	▲		49,22	88,13	78,59	95,87	82,16	80,91	78,84
4. U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	10,00	52,00	68,00	82,00	89,00	▲		63,76	81,16	57,09	82,23	82,53	83,67	89,25
5. U	Méda de egão rotineira de escovação dental supervisionada.	2,00	1,50	0,50	0,50	0,50	▲		0,16	0,05	0,01	0,42	0,32	0,25	0,38
6. E	Proporção de atendidos em relação aos procedimentos.	np	np	8,00	8,00	3,00	▼		3,81	4,20	6,59	6,63	5,88	1,74	7,40
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.															
7. U	Índice de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade a população residente.	np	np	2,30	2,28	2,62	▲		1,01	2,97	2,95	2,88	2,85	2,65	2,18
8. U	Índice de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade a população residente.	np	np	4,20	3,78	3,46	▲		4,28	4,44	4,46	4,03	3,95	3,86	3,41
9. E	Índice de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade a população residente.	np	np	8,40	8,40	8,76	▲		4,35	8,00	8,21	8,20	9,98	9,73	7,50
10. E	Índice de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	np	np	4,30	3,90	4,00	▲		3,40	3,54	4,59	4,58	4,45	4,46	3,94
11. E	Proporção de serviços hospitalares com controle de custos limitados.	np	44,44	60,00	100,00	100,00	▲		33,20	33,30	33,93	85,33	35,25	33,20	33,33
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.															
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.															
12. U	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implementado.	np	9	9	7	7	▲		6	7	9	5	7	7	5
13. E	Proporção de acesso hospitalar das vítimas por acidente.	np	np	55,00	58,00	58,83	▲		54,10	55,78	58,59	58,50	58,20	59,67	61,48
14. E	Proporção de óbitos nos internamentos por infarto agudo do miocárdio (IAM).	np	np	31,00	23,33	14,05	▼		27,27	28,81	26,17	80,80	23,24	19,98	25,72
15. E	Proporção de óbitos, em menos de 15 dias, nos Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	np	np	17,00	17,00	17,47	▼		24,00	21,85	18,05	18,89	26,18	17,44	18,31
16. E	Cobertura de serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu - 162).	np	np	N/A	np	N/A	▲		-	-	-	-	-	-	-
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Coepha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.															
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.															
18. U	Índice de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos em população de menor risco social.	np	0,34	0,33	0,40	0,40	▲		0,28	0,41	0,46	0,89	0,48	0,40	0,28
19. U	Índice de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos a população de menor risco social.	np	0,30	0,40	0,40	0,28	▲		0,25	0,38	0,39	0,87	0,28	0,28	0,21
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.															
20. U	Proporção de parto normal.	np	41,00	40,00	35,00	34,37	▲		40,88	39,55	40,22	36,05	34,88	34,28	34,53
21. U	Proporção de resoluções vistas de mães com parto ou mais consultas de pré-natal.	75,00	80,00	85,00	85,00	88,52	▲		79,31	78,12	78,27	82,72	83,37	83,57	88,40

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: 330100 - Campos dos Goytacazes - Região de Saúde: Norte



Indicadores	Metas pactadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados							
	2011	2012	2013	2014	2015			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
22. U	Número de testes de sífilis por gestante.	n/a	n/a	2,00	2,00	2,00	▲		0,27	1,21	1,94	1,68	1,34	-	-
23. U	Número de díabos maternos em determinado período e local de residência.	n/a	5	10	10	7	▼		11	0	11	14	7	7	4
24a. U	Taxa de mortalidade infantil.	14,00	16,50	15,00	13,00	13,50	▼		20,86	16,27	17,27	14,86	16,57	14,74	17,69
24c. U	Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
25. U	Proporção de díabos infantis e totais investigados.	n/a	80,00	85,00	85,00	85,00	▲		n/a	xxx	100,00	100,00	100,00	100,00	92,15
26. U	Proporção de díabos maternos investigados.	n/a	n/a	80,00	100,00	100,00	▲		n/a	xxx	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
27. U	Proporção de díabos de mulheres em idade fértil (MI) investigados.	n/a	n/a	80,00	80,00	80,00	▲		n/a	xxx	100,00	99,49	100,00	100,00	96,79
28. U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	28	5	6		3	▼		4	0	2	2	2	5	19
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.															
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.															
29a. E	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	1,00	0,54	0,65	0,65	0,62	▲		0,69	0,65	0,64	0,64	0,63	0,62	0,62
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.															
Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.															
30a. U	Número de díabos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (cardiovasculares, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	n/a	n/a	n/a	n/a	360	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
30b. U	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (cardiovasculares, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	n/a	n/a	350,00	360,00	n/a	▼		403,07	368,16	404,33	358,25	380,67	367,48	391,49
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde															
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.															
35a. U	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.	n/a	n/a	100,00	100,00	100,00	▲		60,00	83,36	87,50	87,50	87,50	75,00	100,00
36. U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	80,00	75,00	75,00	75,00	75,00	▲		84,29	56,00	27,00	62,14	49,52	67,86	82,88
37. U	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	n/a	n/a	100,00	75,00	85,00	▲		76,24	50,88	55,76	18,24	39,18	14,42	14,09
38. U	Proporção de registro de díabos com causa básica definida.	94,00	95,00	90,00	91,00	92,00	▲		89,36	88,13	89,64	90,48	92,03	88,69	88,95
39. U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encamadas em até 60 dias após notificação.	95,00	90,00	80,00	83,00	80,00	▲		87,96	95,66	97,63	87,38	89,26	87,93	80,00
40a. U	Número de casos de doença ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	n/a	1			479	▲		242	352	702	314	383	479	5
41a. U	Percentual de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias realizadas.	n/a	100,00		100,00	100,00	▲		28,57	28,57	42,86	100,00	100,00	100,00	100,00
42. U	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.	n/a	n/a	1,00	1,00	1,00	▼		2	2		2	2	1	1
43a. E	Proporção de pacientes HIV+ com 1ª CD4 inferior a 200cel/mm³.	n/a	n/a	15,00	19,10	22,00	▲		16,23	27,27	30,12	15,48	21,83	22,12	25,00
43c. E	Número de pacientes HIV+ com 1ª CD4 inferior a 200cel/mm³.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▲		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
44. E	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.	n/a	n/a	4.448	6.146	7.000	▲		4.422	3.577	4.503	4.382	5.386	6.539	5.476
45. E	Proporção de cura de casos novos de hepatite B diagnosticados nos anos das coortes.	90,00	90,00	90,00	92,00	92,00	▲		83,89	83,86	93,76	90,70	94,12	93,94	100,00

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
Município: 330100 - Campos dos Goytacazes - Região de Saúde: Norte



Indicadores	Metas pactadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados							
	2011	2012	2013	2014	2015			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
46. E	Proporção do contatos intradomiciliares de casos novos de hepatites examinados.	n/p	n/p	80,00	80,00	80,00	▲		53,49	45,10	61,52	68,74	71,29	85,31	90,27
47. E	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▼		-	-	-	-	-	-	-
48. E	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	n/p	n/p	80,00	80,00	80,00	▲		90,92	15,94	-	-	89,86	70,38	-
49. E	Proporção do escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
50. E	Indicador Parasitário Anual (IPA) de malária.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
51. E	Número absoluto de óbitos por dengue.	n/p	6	2	2	2	▼		4	6	-	-	2	3	3
52. E	Número de ciclos realizados que atingem 80% ou mais dos indivíduos visitados.	n/p	n/p	80	4	4	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	2/1	-
Objetivo 7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.															
53a. U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloreto residual livre e turbidez.	n/p	n/p	90,00	90,00	90,00	▲		9/1	0,53	43,29	30,47	5,52	116,09	1,89
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.															
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.															
54a. E	Porcentual de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o sistema Hórus implantado no município.	n/p	n/p	-	-	-	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1
Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.															
55a. E	Porcentual de farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturadas no município.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1
Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.															
56. E	Porcentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	100,00	-	9/1
Diretriz 11 – Contribuir à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.															
Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.															
57a. U	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (Plano Regional).	n/p	n/p	-	-	-	▲		9/1	-	-	-	9/1	9/1	9/1
58. E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em ABSFSC.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1
59. E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	9/1
60. E	Número de pontos do Teleatendimento Básico em Rede implantados.	n/p	n/p	1	1	1	▲		1	1	1	1	1	1	1
Objetivo 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.															
61. U	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	n/p	n/p	99,00	99,00	99,00	▲		96,77	99,79	99,82	99,86	99,91	99,95	97,76
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.															
62a. E	Número de mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	n/p	n/p	N/A	n/p	N/A	▲		-	-	-	-	-	-	-
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.															
Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.															
63a. U	Número de Planos Municipais de Saúde enviados ao Conselho de Saúde.	n/p	n/p	1	1	1	▲		9/1	9/1	9/1	9/1	9/1	1	1
64a. U	Número de conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.	n/p	n/p	1	1	1	▲		9/1	9/1	9/1	1	1	1	1
Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.															
Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.															

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: 330100 - Campos dos Goytacazes - Região de Saúde: Norte



Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados							
	2011	2012	2013	2014	2015			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
65a. E	1	1	1	1	1	▲		1	1	1	1	1	1	1	1
66a. E	1	1	1	1	1	▲		1	1	1	1	1	1	1	1
67a. E	1	1	1	1	1	▲		1	1	1	1	1	1	1	1

Legendas:

- ✓ Valor observado superou a meta
- ! Valor observado é igual à meta
- x Valor observado não atingiu a meta
- n/a: Indicador não se aplica (indicador é só para o estado ou para municípios segundo porte populacional)
- s/i: Informação não disponível para o cálculo do indicador
- np: Indicador não pactuado (não houve pactuação ou, para anos anteriores a 2012, o indicador não era pactuado ou o era segundo diferentes entendidos).
- Dado numérico não disponível ou não há ocorrências para o denominador do indicador
- Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.
- Q: 0,0 - Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

Notas:

1. A fonte dos dados para os valores observados de cada indicador consta na guia "Notas Técnicas". A fonte dos dados para as metas pactuadas é o SISPACTO.
2. Data de geração das informações: 14/03/2016