



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CAMPUS I - DE CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA – DAEC  
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - MONOGRAFIA**

**KLEITON WAGNER ALVES DA SILVA NOGUEIRA**

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES EM  
SAÚDE DO ANO DE 2016 NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2017**

**KLEITON WAGNER ALVES DA SILVA NOGUEIRA**

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES EM  
SAÚDE DO ANO DE 2016 NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Administração.

Área de Concentração: Administração  
Pública e Gestão da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros  
Júnior.

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2017**

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

N778a Nogueira, Kleiton Wagner Alves da Silva.

Administração política da saúde [manuscrito] : uma análise das ações em saúde do ano 2016 na cidade de Campina Grande, Paraíba / Kleiton Wagner Alves da Silva Nogueira. - 2017.

96 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

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

1. Gestão em saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Administração política. 4. Política de saúde.

21. ed. CDD 362.106 8

KLEITON WAGNER ALVES DA SILVA NOGUEIRA

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES EM SAÚDE DO ANO DE 2016 NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Área de Concentração: Administração Pública e Gestão da Saúde.

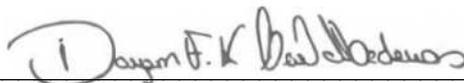
Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior.

Aprovada em: 15/12/2017.

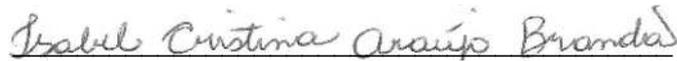
BANCA EXAMINADORA



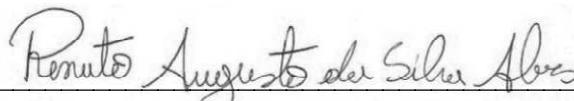
Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Daysan Fritzgirard Kamikase Leal Medeiros (Examinador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ma. Isabel Cristina Araujo Brandão (Examinadora)  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. Esp. Renato Augusto da Silva Alves (Examinador)  
Universidade Paulista (UNIP)

À minha mãe, Maria do Socorro (Côca) e à  
minha tia Irene da Silva Lopes (tia lina) pelo  
esforço, ajuda e por me incentivarem na minha  
formação acadêmica, DEDICO.

## **Agradecimentos**

A Deus, esta força universal que está acima da compreensão humana.

À minha mãe, Maria do socorro (Côca), pela mulher forte e trabalhadora, que me educou da melhor forma possível em meio as dificuldades materiais até o alcance deste objetivo, assim como à minha tia e também mãe, Irene da Silva Lopes (tia lina), pelo apoio incondicional às minhas caminhadas acadêmicas.

À minha namorada, Danielle Veríssimo Farias, pela compreensão e apoio nesta etapa, por entender que o estudo para mim é algo bastante precioso.

Ao orientador, professor Geraldo Medeiros Júnior, pela paciência em guiar-me e orientar-me pelos caminhos tortuosos deste trabalho, e por ser uma referência profissional.

À professora Martha Priscila Bezerra Pereira, por auxiliar-me no processo de busca de documentos junto à secretaria municipal de saúde do município de Campina Grande.

À professora Waleska Silveira, pela paciência e atenção em contribuir com este trabalho, com correções, conversas e, acima de tudo com o seu rigoroso senso científico.

À professora Isabel Cristina, pelas críticas construtivas que tanto contribuíram para a minha formação profissional. E aos professores Daysan Medeiros e Renato Augusto por participarem da banca de defesa deste trabalho.

Ao nobre amigo e professor Jomar Ricardo, pelos cafés e momentos de aprendizado e descontração na Unidade Acadêmica de Sociologia.

À professora Waltimar Rodrigues, pelo período de monitoria na disciplina de Sociologia das Organizações, ao qual me serviu como uma verdadeira escola. Seu profissionalismo e dedicação são referências do profissional que quero ser.

Ao Diretor e vice-diretora do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, Joseilton Brito de Farias e Berenice Ferreira Ramos, respectivamente, pela disponibilidade em atender a demanda em torno da busca dos documentos utilizados neste trabalho.

À querida amiga Déborah Maria pelo incentivo e conversas sobre o mundo acadêmico. Ao amigo, baluarte da linguística, Hermano Oliveira, pelos momentos de conselhos e atenção diante de minhas dúvidas acadêmicas. Ao ilustre amigo e enfermeiro Darlan Barros, pelas conversas e problematizações em torno da saúde pública do nosso país.

À amiga do curso de Administração, Sheila Paes, por me agradecer com sua experiência de vida e conselhos. Ao Programa de Educação Tutorial em Administração da UEPB, o qual tive a oportunidade de fazer parte, período enriquecedor para a minha formação, em especial agradeço à tutora, Sandra Maria, e, aos colegas petianos Ronye Alexandre, Ana Maria, Micheli Santos, Katilene Diniz e Severino Neto com quem tanto aprendi.

“Tudo o que era sólido e estável se desmancha no ar” (MARX; ENGELS, [1848] 2009).

## **RESUMO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tido como uma conquista da sociedade brasileira. Entender que este sistema se caracteriza como uma política de Estado é considerar que há uma Administração política da saúde no SUS. Neste contexto, entende-se que o planejamento se torna central para esse sistema, por fornecer ferramentas para um pensar a longo prazo ao gestor público. Nesta perspectiva o SUS possui como parte integrante da gestão o sistema de Planejamento do SUS que por meio de instrumentos básicos como planos, programações e relatórios ajudam o sistema a planejar metas, diretrizes e ações em saúde. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a execução do Plano Municipal de Saúde da cidade de Campina Grande do ano de 2016, por meio da respectiva Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão. Caracterizada como uma pesquisa exploratório, descritiva e documental, os principais resultados obtidos evidenciam pouca atenção dada para as metas analisadas, assim como para o próprio Plano Municipal de Saúde, que demonstrou servir como peça burocrática.

**Palavras-Chave:** Gestão em saúde. Planejamento em saúde. Administração política.

## **ABSTRACT**

The Unified Health System (hereby SUS) is considered an achievement of Brazilian society. To understand that this system is characterized as a state policy implies the existence of a political Health Administration limited by the absence of a nation project. In this context, it is understood that planning becomes central to SUS, as it provides tools for a long-term thinking to the public manager. In this perspective, SUS has as an integral part of management, the SUS Planning System, that through basic instruments such as plans, schedules and reports helps the system to plan health goals, guidelines and actions. Thus, the objective of this study was to analyze the implementation of the Municipal Health Plan of Campina Grande in 2016, through its Annual Health Program and Annual Management Report. Characterized as an exploratory, descriptive and documentary research, the main results obtained show the little attention given to the management of the analyzed goals, as well as to the Municipal Health Plan itself, which proved to serve as a bureaucratic part.

**Keywords:** Health planning. Health political administration of. Health management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Elementos para o entendimento de uma Administração política da saúde .....	42
Figura 2: Estrutura do Plano municipal de Campina Grande (2014 - 2017).....	49
Figura 3: Gráfico Demonstrativo das metas analisadas.....	58
Figura 4: Participação da Atenção Básica e assistência hospitalar e ambulatorial em %	77
Figura 5: Distribuição dos recursos entre os prestadores - 2016 (%).....	78

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: principais elementos normativos para a efetivação da gestão do SUS.....	20
Quadro 2: Distribuição ESF e PAC no município de Campina Grande.....	51
Quadro 3: Diretrizes do plano municipal de campina Grande .....	54
Quadro 4: Metas relacionadas a Atenção Básica para o ano de 2016 .....	61
Quadro 5: Metas selecionadas - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.....	64
Quadro 6: Metas selecionadas – Vigilância em saúde .....	66
Quadro 7: Quantitativo de atendimentos da assistência farmacêutica .....	67
Quadro 8: Metas avaliadas – Assistência farmacêutica.....	70
Quadro 9: Metas avaliadas - Gestão em saúde .....	72
Quadro 10: Metas avaliadas – Investimento na rede se atenção de serviços de saúde...	76

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACDT - Ato Constitucional das Disposições Transitórias
- CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
- CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
- CLL - Contribuição Social sobre o Lucro líquido
- COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CTA - Centro de Testagem e Acolhimento
- CSLL - Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS
- DRU - Desvinculação das Receitas da União
- EC 86/2015 - Emenda Constitucional n.º 86/2016
- EC 95/2016 - Emenda Constitucional n.º 95/2016
- EC-29/2000- Emenda Constitucional n.º 29/2000
- EC-93/2016 - Emenda Constitucional n.º 93/2016
- ESF - Estratégia de Saúde na Família
- FEF - Fundo de Estabilização Financeira
- FSE - Fundo Social de Emergência
- IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
- ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
- LC-141/2012 - Lei Complementar nº 141/2012
- MS - MS
- NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS-2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde lançada no ano de 2001

OSS - orçamento da Seguridade Social

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Programa Saúde na Escola (PSE)

Programa Saúde na Família (PSF),

PROVAB - Valorização da Atenção Básica

RCL - Receita Corrente Líquida

SAE - farmácia do Serviço de Atenção Especializada

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel das Urgências

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINSOCIAL - Fundo de Investimento Social

SS - Seguridade social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

PAEG - Programa de Ação Econômica do Governo

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	17
1.1 A saúde à luz do Estado.....	17
1.2 Arcabouço legal do Sistema Único de Saúde .....	19
1.3 Instrumentos de planejamento e gestão no SUS.....	26
1.4 O financiamento da política de Saúde no Brasil.....	27
<b>2. ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE</b> .....	33
2.1 Conceituando Administração política .....	33
2.2 Entre a gestão e a gerência: o papel do administrador político .....	35
2.3 Projeto de nação e a perspectiva de uma administração política da saúde.....	38
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	45
3.1 Tipo de estudo .....	45
3.2 Cenário.....	45
3.3 Fontes de informação.....	46
3.4 procedimentos de análise.....	47
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
4.1 Caracterização do Plano Municipal de Campina Grande .....	49
4.2 Verificação das metas selecionadas.....	57
4.2.1 Atenção Básica .....	58
4.2.2 Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.....	62
4.2.3 Vigilância em saúde.....	65
4.2.4 Assistência Farmacêutica .....	67
4.2.5 Gestão em saúde .....	71
4.2.6 Investimentos na rede de Atenção de serviços de saúde, construção, ampliação e reformas de unidades de saúde .....	73
4.3 Planejamento em saúde em Campina Grande: um panorama sobre a gestão e a gerência.....	77
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	94

## INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS) é considerado uma política de Estado por trabalhar com a concepção do direito à saúde de forma universalizada. Entende-se que por meio de processos de planejamento e descentralização da gestão, o sistema insere-se nos mais variados territórios do Brasil de modo a atender as necessidades da população (ANDRADE, 2001; AGUIAR, 2011a; PAIM, 2009).

Refletir sobre este sistema é entender que devido a sua dimensão e complexidade, faz-se necessário trabalhar de forma planejada. Dessa forma, o planejamento é tido como uma ferramenta que subsidia o gestor público a pensar em ações e serviços para a tomada de decisões na resolubilidade de problemas de saúde que afetam à sociedade de uma forma geral. (MS, 2008)

Entende-se que o planejamento é uma das principais tarefas da Administração. Esta ciência possui como objeto de estudo a gestão das relações sociais de produção, nesse sentido não está circunscrita apenas às organizações, mas, também, à sociedade de uma forma geral (SANTOS, 2009; TEIXEIRA, 2016).

Nesse âmbito, a Administração é política por trabalhar com gestão e gerência por meio da ação e de um refletir sobre formas de conduzir recursos socialmente produzidos (RIBEIRO MATOS, 2008; RIBEIRO UBALDO, 2008).

Para Medeiros Júnior (2017), há no SUS o que este autor denomina de Administração Política da Saúde por entender que o sistema além de ser uma política de Estado, possui elementos de gestão que fornecem um pensar à longo prazo sobre o sistema.

Contudo, ao mesmo tempo que há uma Administração Política da Saúde, o SUS enfrenta problemas ligados ao seu financiamento. Considera-se que existe um subfinanciamento crônico do SUS. Desde a sua constituição, esse sistema vem enfrentando problemas para assegurar fontes efetivas para seu pleno desenvolvimento (MENDES, 2012; OCKÉ-REIS, 2012; MENDES; FUNCIA, 2016).

Diante desse contexto, o planejamento no SUS torna-se fundamental, por meio dele há um pensar sobre metas e ações em saúde. Esse sistema trabalha com instrumentos de planejamento em saúde (Plano Municipal de Saúde; Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão) como uma forma de organizar e sistematizar essas ações e metas nas três esferas do governo (MS, 2008)

Ao trazer a reflexão para um âmbito local, procura-se entender como o Plano Municipal de Saúde do município de Campina Grande foi executado no ano de 2016? E, até que ponto o planejamento vem contribuindo para a efetivação da política pública de saúde no município naquele ano?

Como forma de responder tais questionamentos, este estudo apresenta como objetivo geral: analisar a execução do Plano Municipal de Saúde da cidade de Campina Grande no ano de 2016, por meio da Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão à luz da Administração Política. Como objetivos específicos: a) Realizar uma caracterização do Plano municipal de Saúde 2014 – 2017; b) Verificar a execução das metas; c) Elaborar um diagnóstico sobre o cumprimento das metas; d) Identificar como a gestão municipal utilizou os instrumentos de planejamento no SUS

O trabalho justifica-se pelo fato do planejamento no SUS ainda ser desafio para boa parte das gestões que tentam lidar diariamente com os problemas de saúde. Segundo op.cit (2008), cerca de 90% dos municípios de 100 mil até 500 mil habitantes utilizam o planejamento por meio do Plano Municipal de Saúde para pactuarem metas e ações em saúde. Esse percentual cai gradativamente de acordo com municípios que possuem demografias inferiores a 100 mil habitantes,

Além disso, o planejamento no SUS é considerado por muitos gestores públicos como peça burocrática. Não sendo usado de forma efetiva por esses gestores (LUZ; PEREIRA; SILVA, 2012).

Outro aspecto que justifica o trabalho é a experiência do autor em pesquisar a saúde do município de Campina Grande pela ótica do Espaço Geográfico. Em trabalho realizado por Nogueira (2011), foi possível visualizar que alguns dos problemas enfrentados pelos agentes de saúde, enfermeiros e usuários da Estratégia de Saúde na Família (ESF) possuem sua origem na gestão e planejamento municipal da política pública de saúde.

Refletir sobre a Administração em trabalhar com esses temas é uma motivação. Vislumbrar aspectos reais da sociedade por meio desta ciência que muitas vezes é relegada apenas ao âmbito micro organizacional é uma forma de abrir espaço para o administrador, entendendo que este profissional tem a capacidade de olhar à realidade de forma crítica.

## 1. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 1.1 A saúde à luz do Estado

Segundo Bresser Pereira e Pacheco (2005), o Estado é caracterizado como um instrumento para desenvolvimento da sociedade através do capital físico e humano, como também, por meio do progresso técnico e científico.

Para Teixeira (2012), o Estado é formado por estruturas básicas, como um território onde estão reunidos indivíduos ligados por laços culturais, regidos por um sistema jurídico e governamental. Nas democracias modernas o Estado contempla a divisão de poderes: executivo, legislativo e judiciário. Esses elementos irão dar firmamento e base para um estado de ordem e coesão social, principalmente quando se reflete sobre o modo de produção capitalista após à segunda guerra mundial.

Entende-se que a presença do Estado como agente capitalista em um regime de economia mista, foi condição necessária para o desenvolvimento de nações afetadas pela segunda guerra mundial, naquilo que Hobsbawm (1995) denomina como “Era de Ouro do capitalismo”. Essa era foi caracterizada por um crescimento econômico sem precedentes em países como: Estados Unidos, Grã-Bretanha e França, o qual resultou em um maior acesso a bens de consumo, desenvolvimento tecnológico e pleno emprego.<sup>1</sup>

Para Hobsbawm (1995), o Estado de bem-estar social<sup>2</sup> foi promovido em países desenvolvidos por uma coalização de governos de esquerda na década de 1970.

(...) há um paralelismo entre a mudança para a esquerda e os acontecimentos públicos mais significativos da década, ou seja, o aparecimento de Estados de Bem-estar no sentido literal da palavra, quer dizer, **Estados em que os gastos com seguridade social – manutenção de renda, assistência, educação – se tornaram a maior parte dos gastos públicos totais**, e as pessoas envolvidas em atividades de seguridade formavam o maior de todo o funcionalismo público (...). Os primeiros Estados de Bem-estar, nesse sentido, aparecem por volta de 1970 (HOBSBAWM, 1995, p. 278, grifos nossos)

---

<sup>1</sup> Para Hobsbawm (1995) a Era de Ouro do Capitalismo pertenceu essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos. Durante o pós-guerra até meados dos anos 1980, os países desse bloco eram responsáveis por um total de três quartos da produção mundial e de 80% das exportações manufaturadas.

<sup>2</sup> Uma concepção mais crítica acerca deste conceito pode ser encontrada em Lessa (2013).

Entende-se assim, que por meio da preocupação com gastos da seguridade social, os governos dessas nações passaram a trabalhar de forma mais intensa com políticas públicas de modo a promover um maior conforto à sociedade.

Para Souza (2006), a política pública pode ser encarada como a forma que governo conduz determinadas tomadas de decisões perante a sociedade, por meio de ações que visam atender ou não demandas de atores sociais, em suma, a política pública responde a questões como: quem ganha o quê? por quê? e que diferença faz?

Em contexto brasileiro, a questão da existência de um Estado de bem-estar social é discutível. Institucionalmente, com a carta magna de 1988 é criada a Seguridade social (SS), caracterizada como a união de três grandes áreas: Saúde; Previdência Social e Assistência Social.

Segundo Santos e Gomes (2017) os administradores políticos da época pretendiam promover, ingenuamente, o acesso da população aos aparelhos sociais que evidenciassem de fato um Bem-estar. Contudo, após a aprovação da Constituição Federal de 1988 esses autores salientam que pouco do que foi incluído nesta constituição de fato efetivou-se em um plano prático devido a incompatibilidade com uma estrutura que promovesse um projeto de nação ao país.

Constata-se que das áreas da SS, a saúde por meio do SUS é aquela que possui um conjunto de elementos que subsidiam um pensar a longo prazo. Mesmo com os problemas inerentes a gestão e gerência, há um pensar a longo prazo que ultrapassa governos, tornando este sistema como uma política de Estado (MEDEIROS JÚNIOR, 2017)

Este caráter de longo prazo do SUS implica em considerar que há uma Administração política na saúde. Com efeito, basta visualizar como de fato a saúde era administrada no país a partir de uma perspectiva histórica.

Nesse contexto, a saúde pública não era uma prioridade dentro das políticas realizadas pelo Estado brasileiro, recebendo atenção de forma paliativa em casos de epidemias ou endemias, os quais traziam problemas para a esfera econômica e social, ameaçando, assim, o modelo capitalista adotado pelo país e, sendo alvo de embates de atores sociais que ficavam sem acesso aos serviços essenciais de saúde (AGUIAR, 2011a).

Pode-se avaliar que por meio de um complexo processo de reivindicações e lutas, à sociedade brasileira, de forma organizada, através do Movimento de Reforma Sanitária inseriu no contexto brasileiro a ideia de uma saúde pública e universal através do SUS (ANDRADE, 2001; AGUIAR, 2011a; PAIM, 2009).

Por meio do SUS é possível evidenciar uma política pública que em seus limites atende toda à sociedade por meio de serviços que variam dos mais básicos ao mais complexos.

Além de serviços como Farmácia Popular; Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) - DST/AIDS; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); vacinação; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e procedimentos de Média e Alta complexidade, o Brasil era em 2013 o único país do mundo a realizar transplantes de órgãos por meio da rede pública. Com isso, ocorreu avanços significativos na reorganização dos serviços de vigilância em saúde, programas de controle a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e controle do tabaco e imunizações (SOLHA, 2014).

Dessa forma, mais do que uma política pública, esse sistema se caracteriza como uma política de Estado, à qual é possível encontrar uma concepção de Administração política da saúde, como será possível identificar nos tópicos a seguir e, especialmente, no capítulo 2, deste estudo.

## **1.2 Arcabouço legal do Sistema Único de Saúde**

Para Paim (2009), o fato de existir em um país como o Brasil de dimensão continental, um Sistema de Saúde Único, por si só, é uma conquista para a sociedade. De acordo com o referido autor, a criação desse sistema teve como escopo central a ideia do direito à saúde.

Dessa forma, esse sistema é caracterizado como um conjunto de ações e serviços públicos, organizados de forma hierarquizada em todo o território brasileiro, sendo assegurado por meio de normas, leis, princípios e diretrizes, e, tendo, portanto, o direito à saúde como elemento central deste conjunto de aspectos normativos. (PAIM, 2009; SOLHA, 2014).

Solha (2014) mostra que o SUS é pautado nos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, participação popular, hierarquização,

regionalização e descentralização. Cada um desses elementos, juntamente com as normas e legislações, guiam os gestores públicos na gestão desse grande e complexo sistema. Ao considerar-se esses aspectos, percebe-se que a gestão do SUS precisou necessariamente de um lastro jurídico que desse suporte a tomada de decisão por parte da Administração pública.

Por se entender o SUS como uma política de Estado de âmbito amplo, um conjunto de elementos normativos foram elaborados pelos diferentes governos para que, assim, fosse possível em um plano institucional assegurar o sistema de elementos jurídicos que promovessem uma gestão mais efetiva (AGUIAR, 2001b). A seguir é possível verificar um quadro com os principais elementos normativos que constituem a gestão do SUS.

**Quadro 1:** principais elementos normativos para a efetivação da gestão do SUS

<b>Elemento</b>	<b>Especificação</b>
Lei 8.080/1990	Lei orgânica da saúde. Estabelece diretrizes e fundamentos do SUS. Insere a organização, direção e controle do SUS em âmbito da União, Estados e Municípios.
Lei nº 8.142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde
Norma Operacional Básica n.º 91	Fornece instruções aos responsáveis pela implantação a operacionalização do Sistema Único de Saúde
Norma Operacional Básica n.º 93	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde
Norma Operacional Básica n.º 96	Consolida a função de gestão da Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal por meio da redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
Norma Operacional da Assistência à Saúde	Insere diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, com base na regionalização, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção.
Pacto pela saúde	Reformas institucionais no SUS para a União, Estados e Municípios. Promove inovações nos processos e instrumentos de gestão para uma maior eficiência e qualidade dos serviços e ações em saúde. Composto pelo Pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão.
Decreto 7.508/11	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

**Fonte:** Elaboração própria, 2017.

Com a criação da lei 8.080/1990 é que de fato o SUS é organizado. Essa lei é caracterizada como a lei orgânica da saúde. Em seu Art. 2º considera que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Na lei estão especificados os objetivos do SUS, princípios, diretrizes, direção, organização, gestão do sistema e especificações das funções da União, Estados e Municípios.

Ainda em 1990, por meio da Lei nº 8.142/1990, é institucionalizado a criação de instâncias colegiadas para participação da comunidade na gestão do SUS. Esta lei cria a Conferência Nacional de Saúde e os Conselhos de Saúde. Na gestão do sistema estas instâncias são muito importantes uma vez que inserem a perspectiva da participação democrática na gestão.

Segundo MS (1990), a conferência de saúde acontece de quatro em quatro anos para avaliar e propor encaminhamentos sobre a formulação de políticas de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos que atuam no controle da política de saúde na União, Estados e Municípios. Convém destacar que essa lei também deliberou sobre a formação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em 1991 com a Norma Operacional Básica n.º 91, o SUS ganha diretrizes relacionadas ao funcionamento da cobertura ambulatorial, estabelecimento da criação dos fundos de saúde para Estados e municípios, requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio para os Municípios, bem como deliberações a respeito de consórcios intermunicipais em saúde.

Contudo, é no ano de 1993 por meio da Norma Operacional Básica n.º 93, que há o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. A descentralização é entendida como a redistribuição de poder e redefinição de papéis no estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo.

A descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões. Dessa forma, a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial por caracterizar os municípios como atores importantes na gestão do sistema (MS, 1993; AGUIAR, 2011b).

Para Medeiros Júnior (1999), a descentralização no SUS representa um novo passo para a gestão do sistema, uma vez que essa gestão passa a ser em grande parte responsabilidade da esfera municipal.

Segundo Solha (2014), em consonância com o raciocínio de Medeiros Júnior (1999), a descentralização é uma estratégia de redistribuição de responsabilidades, proporcionando mais autonomia, principalmente aos municípios que, por sua vez, apresentam contato direto com os usuários dos serviços públicos de saúde. Com isso, é possível observar que essa norma ofereceu ao SUS uma nova configuração no modo de encarar os problemas de saúde por subdividir responsabilidades ao delegar ações para os entes federados.

Conforme Aguiar (2011b) estes entes possuem responsabilidade que devem ser planejadas e organizadas de modo a conferir um maior grau de resolubilidade aos problemas de saúde da população. Para essa autora, a esfera federal encarrega-se de normatizar e coordenar o sistema em âmbito nacional, desenvolvendo ações com participação dos Estados e municípios. Os Estados, ficariam responsáveis pelo planejamento estadual e desenvolvimento de cooperação técnica e financeira com os municípios. Por outro lado, os municípios encarregariam-se de realizar a gestão do SUS no âmbito municipal, promovendo o planejamento, gerenciamento e execução de serviços públicos de saúde, regulando prestadores privados de serviços, sendo responsável pela melhoria das ações de saúde em âmbito local devido à proximidade e conhecimento das prioridades da população.

Contudo, no ano de 1996 a partir da Norma Operacional Básica n.º 96, há a consolidação da descentralização por meio da importância dada ao ente municipal e seu território. Para MS (1996), o município é o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

A mesma norma estabelece o conceito de gerência e gestão do sistema municipal de saúde. Por gerência, entende-se a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. A gestão, por sua vez, seria mais ampla que a gerência por ser caracterizada como a atividade de dirigir um sistema de saúde (Municipal, Estadual ou Federal) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Ainda conforme esta norma, há especificações para cada nível de gestão: Federal, Estadual e Municipal, devendo ser trabalhadas de forma articulada. Além desse elemento, os municípios podem habilitar-se em duas categorias de gestão: a) gestão plena da Atenção Básica e b) gestão plena do sistema municipal.

Segundo MS (1996) na gestão plena da Atenção Básica o município responsabiliza-se por elaborar a programação de serviços básicos; gerenciar unidades ambulatoriais próprias; reorganizar unidades sob gestão pública; prestar serviços relacionados a Política de Atenção Básica; realizar a contratação e o controle de prestadores de serviços contidos na Atenção Básica; avaliar o impacto das ações de saúde sobre as condições de saúde da população e elaborar o Relatório Anual de Gestão.

Na gestão plena do sistema municipal, o município assume além da Atenção Básica, responsabilidade na elaboração do Plano Municipal de Saúde; Integração e articulação do município na rede estadual; Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS; Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios (MS, 2003)

De acordo com Medeiros Júnior (2017), é a partir dessa norma que há um esforço na consolidação da Atenção Básica por meio da saúde na família como eixo estruturante do SUS:

(...) a partir da NOB 96, **houve a consolidação do Programa Saúde da Família, transformado posteriormente em Estratégia, como eixo estruturante**, com a criação de incentivos variáveis (Piso da Atenção Básica - PAB variável) para os municípios que avançassem na cobertura da população com serviços deste programa. (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p. 52, grifos nossos).

Com o aumento da população, dos centros urbanos e conseqüentemente complexidade na resolutividade dos problemas de saúde da sociedade para além dos territórios municipais, passa a existir a necessidade de se pensar em estratégias regionais para resolução destes problemas. Dessa forma, no ano de 2001 através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2001) a questão da regionalização em saúde é inserida como elemento importante no processo de gestão do sistema

Para MS (2001), com o processo de aprofundamento da descentralização promovido pelas normas anteriores, a regionalização torna-se parte importante para a

promoção da saúde, uma vez que busca a organização de sistemas de saúde que envolvam todos os níveis de atenção para além dos limites territoriais de um determinado município.

Como uma forma de garantir mais acesso da população a serviços e ações de saúde, a NOAS-2001 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

**Elaboração do Plano Diretor de Regionalização; Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS**, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; **Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios**, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (MS. 2001, p. 14, grifos nossos).

Medeiros Júnior (2017) destaca que a NOAS-2001 consegue avanços significativos para o SUS por trazer novos elementos para a gestão e a gerência do sistema, de modo a permitir o fortalecimento em termos de acesso a serviços de saúde.

Todavia, com a necessidade de realizar uma atualização em mecanismos institucionais acompanhassem à complexidade da evolução da sociedade, dos territórios, como da própria necessidade de fortalecer a gestão do sistema, em 2006 é lançado o pacto pela saúde. Este pacto surge com o objetivo de promover invocações em processos e instrumentos de gestão para uma maior eficiência do sistema.

Segundo MS (2006), o pacto pela saúde é formado por três eixos: a) pacto pela vida; b) pacto em defesa do SUS e c) pacto de gestão do SUS.

**O pacto pela vida** está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. (...) **O Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de **reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos**; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. (...) **O Pacto de Gestão** estabelece as

**responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes** e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (MS, 2006, p. 2, grifos nossos)

Pode-se considerar que com o pacto pela saúde há de fato o entendimento de que o SUS é maior do que simples projeto de governo, podendo ser considerado como uma política de Estado. Medeiros Júnior (2017) considera que mais que gerente, nesse caso o Estado seria gestor por pensar na política de saúde a longo prazo. Dessa forma, o autor caracteriza o SUS como um projeto coeso, acima de disputas de governos.

No ano de 2011 com o Decreto 7.508/2011, há a regulamentação da lei orgânica de saúde. Esse decreto reafirma a importância de elementos como: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Como fator preponderante para a gestão do sistema, o decreto considera que as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde são: a) atenção primária; b) atenção de urgência e emergência; c) atenção psicossocial; e d) especiais de acesso aberto.

Este decreto também reafirma, em seu Art. 15 que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde e compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

A partir desta breve exposição acerca dos elementos institucionais do SUS, entende-se que o planejamento é parte essencial do trabalho do gestor público de saúde. Esta concepção deriva do fato de que não adianta em nada ter elementos normativos e jurídicos que firmem o SUS como uma política de Estado se o gestor não consegue pensar de forma planejada em estratégias que melhor possam atender às demandas da sociedade.

Nesse contexto, no próximo tópico será possível visualizar como se promove o processo de planejamento dentro do SUS e qual a sua real importância para a gestão pública.

### 1.3 Instrumentos de planejamento e gestão no SUS

O MS (2009a) aponta que o processo de gestão em saúde é uma tarefa complexa, que exige cada vez mais capacitação e visão holística por parte dos gestores em saúde, principalmente os que estão diretamente vinculados ao SUS, exigindo, desse modo, uma capacidade de planejamento diante da realidade.

No âmbito do SUS, é possível observar um esforço para a implementação da cultura do planejamento. Esse esforço é sintetizado por meio do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Esse sistema é regulamentado pela Portaria n.º 3.085, por meio do qual o MS trabalha no sentido de viabilizar ações nas três esferas de gestão do governo de forma organizada, harmônica e coordenada (MS, 2006).

O funcionamento do PlanejaSUS deve ser realizado de forma harmônica em todas as esferas do sistema, com observância dos processos pactuados e definidos, respeitando assim o papel a ser desenvolvido por cada esfera de governo, com atenção às peculiaridades e realidades vivenciadas por cada uma (MS, 2009b).

Para o MS (2009b), o PlanejaSUS trabalha por meio de instrumentos básicos de gestão que auxiliam os gestores públicos a organizarem e planejarem a política pública de saúde nos territórios sob sua administração.

É possível identificar três instrumentos básicos de gestão: o Plano de Saúde; Programação Anual em Saúde; e o Relatório Anual de Gestão (MS, 2009b; ANUNCIÇÃO, SOUZA, 2011; REISDORFER et al, 2012; LUZ, PEREIRA, SILVA, 2012).

O Plano de Saúde é caracterizado como um instrumento que tem por base uma análise situacional, apresenta intenções e os resultados a serem atingidos durante um período de quatro anos esboçados através de objetivos, diretrizes e metas.

Para o MS (2009a), a análise situacional do plano deve levar em consideração três eixos principais: a) Condições de saúde da população: perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população, Vigilância em saúde, Atenção Básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência, Assistência farmacêutica; b) determinantes e condicionantes de saúde: medidas intersetoriais que se configuram determinantes ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo e, c) gestão em saúde: Planejamento, Descentralização/regionalização, Financiamento,

Participação social, Gestão do trabalho em saúde, Educação em saúde, Informação em saúde e Infraestrutura.

Diante disso, pode-se considerar o Plano de saúde como a materialização das políticas e dos compromissos de saúde em uma determinada esfera de gestão perante necessidades reais da sociedade. Esse instrumento é a base para execução, monitoramento, avaliação e a gestão do SUS (MS. 2007d; MS. 2009b).

O MS (2009b) destaca que a Programação Anual em Saúde é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. É na programação de saúde que são detalhadas as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o Plano de Saúde. Esse instrumento coaduna às iniciativas a serem implementadas pela esfera de gestão em determinado ano. A Programação Anual de Saúde contém de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica – as programações de áreas específicas.

O Relatório Anual de Gestão, por sua vez, é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Brasil (2009b) salienta que ao término do período do Plano de saúde, é necessário a realização de uma avaliação no sentido de exibir os resultados alcançados para que, então, se tenha subsídios para a elaboração de um novo plano de saúde, com os devidos ajustes e inserção de novos quadros.

Desse modo, entende-se que os instrumentos de gestão do PlanejaSUS são essenciais para a manutenção e organização das ações em saúde, além disso, dão suporte para a tomada de decisão por parte do gestor público, fornecendo também, resultados para uma retroalimentação de informações para futuros planejamentos (MS. 2006; SILVA, SANTOS, MENDES, 2012).

#### **1.4 O financiamento da política de Saúde no Brasil**

Dentro do quadro de financiamento do SUS, é possível visualizar um cenário desfavorável à manutenção da política pública de saúde brasileira.

De acordo com Mendes (2012) e Medeiros Júnior (2017), no início da década de 1990 o conceito de unicidade da SS é abalada por meio do encaminhamento de fontes de forma prioritária ao Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) para a Saúde,

Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL) para a assistência social e as contribuições incidentes sobre a folha de pagamento para a previdência social.

Mesmo com a criação de Ato Constitucional das Disposições Transitórias (ACDT) que assegurava ao SUS 30% dos recursos do orçamento da Seguridade Social (OSS), esse repasse nunca ocorreu em sua totalidade, uma vez que o Ministério da Previdência Social reduziu essa remessa no ano de 1991 de 33% para 20% no ano de 1992 (MENDES, 2012).

No ano de 1993 a Lei de Diretrizes Orçamentárias destinava 15,5% da arrecadação total da União para a saúde. Esse repasse também não foi efetivado, havia no momento uma atenção sobre a Previdência Social que necessitava de recursos para não encerrar o ano com déficit (OCKÉ-REIS, 2012).

Já no ano de 1994, há a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), renomeado para Fundo de Estabilização Financeira (FEF) e a partir de 2000, intitulado de Desvinculação das Receitas da União (DRU). Esse mecanismo retira 20% das arrecadações das contribuições sociais para serem alocadas ao governo federal que, em princípio utiliza esses recursos para a formação de *superávit* primário (esses recursos são alocados para pagamento de juros da dívida pública brasileira) (MENDES; FUNCIA, 2016).

No ano de 1995, com o agravamento das contas da Previdência Social, a estabilização Econômica era o projeto central de governo e a economia, nesses moldes, virou refém dos juros elevados e de uma moeda sobrevalorizada, tornando impossível a possibilidade de crescimento econômico (MENDES, 2012).

Dessa forma, o conjunto da sociedade organizada procurou reverter o quadro já precário do financiamento da saúde pública brasileira com a exigência de uma fonte segura de recursos para o setor:

Dentro do campo político, instituições como o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados buscaram reverter o quadro de subfinanciamento na saúde com soluções transitórias. **Essas instituições defendiam já no ano de 1994 a implementação do Imposto sobre Movimentação Financeira (IPMF) - esta medida foi institucionalizada no ano de 1997 com o nome de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)** (MENDES, 2012, p. 122, grifos nossos)

Segundo Silva e Viana (2011), a CPMF<sup>3</sup> em princípio serviria para captar recursos para a Saúde Pública, contudo, isso não ocorreu uma vez que essa fonte de recursos passou a ser utilizada para outras finalidades, como também foi compartilhada com a assistencial e previdência.

Outro fato curioso sobre a CPMF é que o volume de recursos coletados por esse mecanismo não ocasionou aumento de recursos para a saúde. Isso se explica pela redução de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro líquido (CSLL) no financiamento da saúde.

Mendes (2012) destaca que a indefinição sobre os recursos financeiros para a saúde ocasionou na busca de uma vinculação de recursos por parte dos Estados, Municípios e da União. Desse modo, no ano de 2000 é aprovada a Emenda Constitucional n.º 29/2000 (EC-29/2000).

Essa emenda estabeleceu que Estados e Municípios deveriam alocar no primeiro ano de vigência da emenda, pelo menos 7% de recursos próprios na saúde. No ano de 2004, esse valor deveria ser de no mínimo 12% para os Estados e 15% para os Municípios.

Contudo, mesmo com determinados ganhos como a elevação da aplicação de recursos por parte dos municípios em conjunto com o processo de descentralização administrativa, foi possível observar uma diminuição da participação federal, além da problemática da própria regulamentação da EC-29/2000, que apresentava problemas ao não definir de forma mais precisa o que seriam gastos em saúde<sup>4</sup>, e a indefinição da participação da União neste conjunto.

Durante um período de oito anos, a EC-29/2000 vivenciou essas indefinições, apenas por meio da Lei Complementar n.º 141/2012 (LC-141/2012) que a emenda foi regulamentada. Essa Lei regulamentou o que seria de fato gastos em saúde, além de estabelecer critério de repasse de recursos por parte da União.

---

<sup>3</sup> A CPMF é extinta no ano de 2007, em seu lugar houve aumentos de impostos sobre operações financeiras e sobre a contribuição social acerca do lucro líquido. Outro fator foi o bom desempenho econômico naquele ano, o que refletiu em uma boa arrecadação (SILVA; VIANA, 2011).

<sup>4</sup> Medeiros Júnior (2017) salienta que esta indefinição na lei serviu para que alguns gestores públicos burlassem a legislação no sentido de utilizar despesas que não eram da saúde nesta pasta. Como exemplo, o autor cita o uso de despesas do programa do leite na Paraíba ou da despoluição da Baía da Guanabara no Rio de Janeiro.

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao **valor empenhado no exercício financeiro anterior**, apurado nos termos desta Lei Complementar, **acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)** ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (MS. 2012, art.5, grifos nossos)

Segundo Mendes e Funcia (2016), a LC-141/2012 não garantiu um aumento de recursos para o SUS, apenas sancionou o estabelecido em relação a estados e municípios.

Em um plano recente a contar do ano de 2015, o governo vem realizando mudanças acerca do financiamento do SUS, a começar pela Emenda Constitucional n.º 86/2016 (EC 86/2015), Emenda Constitucional n.º 93/2016 (EC-93/2016) e a Emenda Constitucional n.º 95/2016 (EC 95/2016) que impactam diretamente de forma negativamente nos gastos do SUS.

Com a aprovação da EC 86/2015, uma nova base de cálculo é aplicada para o financiamento da saúde pública brasileira, em princípio, esta base implica na perda de recursos se comparada à base de cálculo tida pela LC-141/2012 (FUNCIA, 2015).

A problemática da EC 86/2015 remete ao uso de percentuais gradativos aplicados sobre a Receita Corrente Líquida (RCL) realocados para o financiamento do SUS (MS. 2015). Anteriormente pela LC-141/2012, a base de cálculo era o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB (MS. 2012). Nesse sentido, Funcia (2015) destaca que se a EC-86/2015 fosse aplicada em 2012, o SUS deixaria de receber cerca de R\$ 9,2 bilhões.

Em 2016 o governo aprova a EC-93/2016 que altera o ato das disposições constitucionais transitórias para prorrogar a DRU até o ano de 2023 e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Segundo Brasil (2016), até 31 de dezembro de 2023 serão desvinculados 30% das receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios, recursos relativos a impostos, taxas e multas. Apesar da exclusão de requisitos relacionados a recursos próprios alocados a serviços e ações de saúde, entende-se que esse movimento fará com que esses entes diminuam a participação de recursos que poderiam ser utilizados no financiamento da saúde pública, principalmente em um cenário de baixa arrecadação.

Com a crise política e econômica instalada no país, uma nova agenda foi formada em termos de contenção de gastos públicos por meio da Emenda Constitucional n.º 95/2016 (EC-95/2016). Segundo essa emenda, para o exercício de 2017 a despesa primária será calculada com base no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar, corrigidos em 7,2%. Para os anos posteriores (até o ano de 2036), a base de cálculo de gastos será realizada com relação ao valor do limite referente ao exercício anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Além desses elementos, a EC 95/2016 revoga o artigo 2º da EC 86/2015, que versava sobre a base de cálculo tendo como variável a Receita Líquida da União. Nesse tocante, é importante considerar que todas essas mudanças ocorreram de forma muito rápida, com pouco diálogo com a sociedade.

Para Medeiros Júnior (2017), a EC-95/2016 representa uma preocupação para o financiamento do SUS, uma vez que terá crescimento real nulo, ou seja, abaixo da inflação:

**Como os gastos com saúde serão corrigidos pelo IPCA, sendo apenas protegidos pela inflação, o crescimento real dos gastos com saúde, portanto, será nulo.** Como a população continua crescendo, em todos os anos haverá crescimento negativo dos gastos per capita. Em 2015 o gasto per capita real chegou em R\$ 500,00, o que significa um gasto de R\$ 41,67 por mês, claramente insuficiente para oferecer um serviço de boa qualidade (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p. 49, grifos nossos)

Em um cenário de recessão econômica, a EC 95/2016 introduz uma perspectiva de continuidade e agravamento no subfinanciamento do SUS. Em um curto período de tempo como consequência desta emenda, os municípios poderão apresentar dificuldades em manter e aumentar a participação nos gastos com saúde, uma vez que terão preocupações em outros campos da Administração Pública. Estes elementos atrelados a uma diminuição da arrecadação municipal torna o financiamento da saúde por parte deste ente como algo preocupante.

Além desse contexto, ainda sob um cenário de recessão e taxas de desemprego elevadas, haverá uma maior concentração de demanda por serviços públicos de saúde, e

o fechamento de postos de trabalho irá reduzir parcela da população coberta por planos privados de saúde.

Com redução nas receitas dos municípios e no aumento da demanda desses serviços públicos, haverá uma tendência de queda de recursos *per capita* em saúde. Ao limitar os gastos, desconsidera-se que a população tem uma tendência de crescimento. Mesmo com o envelhecimento da população, haverá em certa medida crescimento populacional, sendo um elemento preocupante quando se reflete a condição do financiamento da saúde para os próximos anos (FUNCIA, 2017).

Ter uma limitação de gastos públicos com base na correção inflacionária significa limitar a possibilidade de se falar em investimento no SUS. No entanto, investir nesse sistema torna-se importante, uma vez que considera-se que o SUS está em processo de construção.

Como tal, novos desafios ligados à saúde pública podem surgir o que faz exigir do SUS uma maior capacidade de efetividade, contudo, esta capacidade só poderá ser de fato materializada quando o Estado brasileiro realizar uma Administração política para a formação de um projeto de nação, incluindo nele o SUS.

Neste sentido, considera-se que entender o processo de formulação e gestão do SUS oferece a este trabalho a perspectiva de entender que este sistema foi pensado a longo prazo por meio de normas e diretrizes, caracterizando-se como uma política de Estado.

Dessa forma, para que se entenda o que significa este projeto de nação e como o SUS contribui para ele, o próximo capítulo versará sobre as implicações de uma Administração Política de Caráter distributivo para a concepção de um projeto de nação para o MS.

Com isso, o capítulo abordará o que significa Administração política, qual a importância da gestão e da gerência para a concepção de um pensar a longo prazo e como o SUS pode se inserir em um projeto de nação cunhado por uma Administração política de caráter distributivo.

## 2. ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE

### 2.1 Conceituando Administração política

Ribeiro (2006) levanta a noção de que a Administração é uma ciência social e que o administrador é mais do que um simples executor de tarefas pré-definidas. Esse profissional deve ir além dos aspectos técnicos de sua formação, por entender-se que a natureza do desempenho de sua atividade possui relações políticas permeadas por interesses e correlações de poder.

Ao refletir sobre a perspectiva da política como vocação, Weber (2004) destaca que as relações sociais são políticas no sentido de que haverá sempre, em seu cerne, interesses, conservação ou transferência de poder.

Dessa forma, entende-se que o homem vive em um ambiente político, de modo que a sua própria história é política. Não existe uma civilização apolítica, nem muito menos indivíduos apolíticos (RIBEIRO, 2006).

Para Durkheim (2007) o homem é um ser sociável, por ser um ser sociável não pode isolar-se a não ser estando inserido em sociedade. Nesse contexto, Marx ([1860] 2008). considera que a forma como os homens produzem é determinada socialmente através da produção social dos meios de existência humana.

Dessa forma, pode-se considerar que a Administração e a política sempre mantiveram uma real implicação na forma como os homens planejavam, organizavam e pensavam em formas de se viver em sociedade. Etimologicamente, ao se investigar a palavra Administração, é possível observar que em sua composição já é nítido o componente político, como destaca Santos, Ribeiro e Chagas (2009):

Para uma melhor compreensão do significado da palavra administração é necessário separar os seus termos: o prefixo “ad” quer dizer para (próximo de aproximar, abeirar, achegar) enquanto o núcleo (verbo) “ministrar” quer dizer conduzir, dar, fornecer. (...) **administração quer dizer transformar, conduzir para..., direção de** (SANTOS, RIBEIRO, CHAGAS, 2009, p. 927, grifos nossos).

O ato de transformar e conduzir em direção de algo subjaz que as relações sociais estão permeadas por interesses e relações de poder que se materializam na forma

como os homens organizam produzem, distribuem, fazem circular e consomem os recursos produzidos socialmente.

Com isso, inerente ao ato de transformar e conduzir, a política prefigura-se como a relação em que os indivíduos, organizações, Estados e instituições de um modo geral irão manter no campo social, que, por sua vez, está carregado de intencionalidades e relações de poder dentro de um campo político.<sup>5</sup>

Neste bojo, a ciência da Administração não foge a essa realidade, mesmo que se considere relações formais e burocráticas pautadas na eficiência, eficácia e efetividade dos processos administrativos.

Nesse viés, Santos e Ribeiro (1993) entendem que a Administração sendo política tem por objeto de estudo a gestão e que esse campo do saber se concretiza pela forma como o Estado se organiza para realizar a manutenção das relações sociais de produção:

(...) forma pela qual o Estado se organiza e se estrutura para **gerir o processo das relações sociais de produção**. Sem dúvida, a utilização racional dos recursos nacionais depende, de forma contínua e crescente, da escolha do direcionamento e dos programas econômicos e sociais mais apropriados (SANTOS; RIBEIRO, 1993, p. 106, grifos nossos).

Com isso, entende-se que a Administração é por constituição de sua natureza, Administração política. Ou seja, por ser uma ciência que constantemente está trabalhando com a concepção de gestão dos recursos produzidos pela divisão social do trabalho, a forma como essa ação é realizada tem por sua vez intencionalidade e objetivo, que dentro de um campo político se prefigura para além da mera técnica.

A esses moldes, Santos (2009) salienta que para um melhor entendimento do que venha a ser Administração política faz-se necessário compará-la com a Economia Política, no sentido de que se possa perceber o real objetivo e função da Administração enquanto

ciência:

---

<sup>5</sup> Para Bourdieu (2010), o campo político significa o campo de forças e de lutas que se materializam por meio do dissenso. Dentro deste campo, há constantes transformações das relações de forças que modificam a estrutura vigente.

[...] devemos pôr a administração política em confronto com a economia política. Desse modo, se a economia política, no plano da materialidade humana, responde **pelo “que” e “por que” fazer, ou seja, pelas possibilidades da produção, da circulação e da distribuição de bens materiais**, a administração política tende a responder pelo **“como” fazer, ou seja, pela concepção do modelo de gestão para se chegar à finalidade**. **Conceber a gestão da materialidade das relações sociais constitui o objeto, portanto a essência, da administração**. Aqui temos o campo próprio da ciência da administração: a administração política (SANTOS, 2009, p.45, grifos nossos).

Entender que a Administração Política representa a gestão da materialidade das relações sociais, preocupada na forma de como fazer essa gestão, fica mais claro refletir que esta ciência supera a mera esfera tecnicista, podendo assim, contribuir com análises e estudos para além das organizações e das relações micro organizacionais. A administração política nesses termos, por possuir uma visão crítica acerca da realidade, passa a trabalhar com os dilemas e problemas da própria sociedade.

É nesse sentido que se entende o papel estratégico do Administrador político para a formação de uma materialidade que consiga alcançar a sociedade de forma plena, uma vez que, por meio da gestão este profissional possui a capacidade de refletir acerca de uma sociedade no qual exista a possibilidade de acesso a materialidade necessária para o desenvolvimento humano.

## **2.2 Entre a gestão e a gerência: o papel do administrador político**

Ao refletir-se sobre o caráter político da Administração, é possível compreender que esta ciência tem um papel primordial no desenvolvimento da sociedade. Contudo, ao passo que se reflete sobre o objeto da Administração política: gestão, um questionamento de base epistemológica surge: o que entende-se por gestão?

Segundo Santos, Ribeiro e Chagas (2009), a gestão implica no ato de gerir e desenvolver as relações sociais de produção, realização e distribuição em qualquer momento histórico da humanidade. Para estes autores, a gestão seria a dimensão abstrata da Administração política.

Nesse limiar, o papel do administrador político está ligado ao ato de trabalhar em formas de realizar a gestão dos recursos a fim de modificar uma determinada realidade, superando assim o tecnicismo oriundo da concepção neoclássica da

economia, o qual o administrador seria aquele profissional responsável apenas por atividades técnicas em prol de uma eficiência no uso dos recursos dentro das organizações.

Para Silva e Lopes (2009), o administrador deve ser considerado como um cientista social e gestor dos recursos da sociedade e das organizações, fazendo uso da tomada de decisão em consonância com o cenário apresentado e os objetivos pretendidos. Ou seja, esse cientista social, gestor dos recursos sociais é o administrador político.

Para que seja possível compreender esse pressuposto, deve haver cautela na diferenciação entre gestão e gerência, uma vez que de acordo com Santos, Ribeiro e Chagas (2009), a gerência estaria ligada a uma concepção aplicada da Administração política. Dessa forma, a gerência ao possuir um caráter prescritivo, trabalha no cumprimento de deliberações de uma determinada concepção de gestão.

(...) gerenciar, gerência — trata-se do lugar onde se exerce ou executa as **funções** (os processos, a engenharia, enfim) das relações sociais de produção e distribuição, também, em qualquer contexto e momento histórico do processo civilizatório. Com isso, impõe-se de forma clara uma distinção entre gestão (**concepção**) e **gerência (execução): base profissional da dimensão abstrata da administração** (SANTOS; RIBEIRO; CHAGAS, 2009, p. 928, grifos nossos)

Nesse contexto, reflete-se que a gerência faz parte da execução de um ato pensando na gestão. Com isso, Administração Política estaria preocupada em conceber um modelo de gestão para a garantia da materialidade humana. Essa Administração Política seria formada por duas dimensões: uma abstrata, a qual competiria a gestão dessas relações sociais de produção; e outra, aplicada correspondente aos atos de conceber e gerenciar (BARRETO, 2011)

A partir dessa visão, é possível visualizar o administrador político como responsável pela gestão, e o administrador profissional ligado a concepção de gerência. É importante salientar que, esses dois polos não são mutuamente excludentes. A administração profissional é tão importante quanto a Administração política, uma vez que sem as técnicas de gerência, a concepção de gestão de um determinado projeto encontraria dificuldades para o seu real desenvolvimento e efetivação. Ou seja, o âmbito concreto e abstrato da Administração política deve fazer parte de um todo (SANTOS, 2009).

Nesses termos, Barreto (2011) mostra que tanto o administrador político quanto o administrador profissional são importantes uma vez que trabalham de forma interdependentes com as concepções de gestão e gerência. Para o autor, há uma distinção clara entre o administrar político e o profissional:

(...) constata-se a diferença, no que tange à atuação dos profissionais da gerência e da gestão. **No primeiro caso, caberia aos “administradores profissionais” processar, exercer e executar funções.** Enquanto no segundo caso, **correspondem aos atos de conceber as relações sociais de produção, realização e distribuição concretas** (BARRETO, 2011, p. 86, grifos nossos).

Para Santos (2009), a Administração profissional compreende os profissionais ligados a execução de um determinado projeto, que no caso da reflexão do autor remete a um projeto de nação. Com isso, tem-se que além do bacharel em administração, outros profissionais também podem ser considerados como administradores profissionais:

[...] administração profissional compreende **todos aqueles profissionais que direta ou indiretamente estão responsáveis pela execução do projeto da nação.** Aqui estamos falando do economista, do médico, do pedagogo, do filósofo, do arquiteto, do administrador, do engenheiro, do pedreiro, do carpinteiro, do motorista, enfim, de todos os profissionais requeridos na construção daquele projeto de sociedade (SANTOS, 2009, p. 49, grifos nossos).

Contudo, é importante elencar que o profissional em Administração (bacharel), por formação, seria o especialista mais qualificado para assumir cargos de gestão e de gerência. A esse modo, compreende-se que em princípio a formação em Administração deve congrega elementos básicos para o entendimento dos processos que ocorrem no seio de uma determinada sociedade, dando ao profissional desta área, habilidades e competências específicas para o trato com os dilemas e desafios da gestão e gerência.

Ao realizar o nexos entre essa discussão e a perspectiva de gestão dos recursos produzidos socialmente no Brasil, percebe-se a necessidade de aproveitamento de todas as potencialidades deste país.

Considera-se nesse âmbito que os administradores políticos sejam capazes de pensar o Brasil em longo prazo por meio de estratégias que viabilizem um projeto de nação logrado no bem-estar social.

### **2.3 Projeto de nação e a perspectiva de uma administração política da saúde**

Na discussão sobre o conceito de Administração Política e o papel a ser desempenhado pelo administrador político, percebe-se que só será possível um pleno desenvolvimento do SUS quando houver de fato um projeto de nação que leve em consideração um pensar sobre o Brasil além do curto prazo (SANTOS; GOMES, 2017).

Bresser Pereira (2008) caracteriza nação como a sociedade que compartilha com um destino comum por meio de um Estado. A nação teria como principais objetivos: segurança, autonomia nacional e o desenvolvimento econômico.

Ao verificar a história do Brasil, é possível compreender que a concepção de nação parece cara ao país. Mesmo tendo um vasto território, unidade linguística e a capacidade de alocar em um mesmo espaço, culturas oriundas de diferentes matizes, observa-se que quando há uma reflexão sobre nação ou a promoção de um bem-estar geral, a população encontra limites em arranjos políticos conservadores.

De acordo com Furtado (2007), a formação Econômica do Brasil apresentou na sua gênese, ciclos econômicos que eram implantados no território brasileiro sem um planejamento concreto que desse respaldo para a formação de um sistema produtivo de modo estratégico e pensado a longo prazo que viesse ofertar bem-estar de forma ampla a sociedade.

Nesse cenário, um dos maiores problemas da economia brasileira foi a sua integração a lógica do capitalismo mundial e principalmente a formação de um mercado de trabalho que atendesse às demandas e interesses desse capital de modo a formar um composto nacional pautado na desconcentração de renda e acesso ao consumo.

No entanto, com uma concepção de país fragmentado em sua base territorial e econômica, sem um pensar crítico acerca de uma inserção nos moldes do capitalismo, Santos e Ribeiro (1993) salientam que se fazia necessário uma maior intervenção Estatal:

Desse modo, a compreensão do processo de intervenção do Estado brasileiro na economia **está diretamente vinculada à formação do capitalismo nacional**. Nesse caso, o Estado assistiu integralmente o papel de "**agente do desenvolvimento nacional**", sendo forçado a buscar formas de aumentar o nível de poupança interna, ou seja, ampliar a disponibilidade de capital para garantir o nível de investimento, com o objetivo de assegurar as condições básicas que impulsionariam e dariam consistência ao processo de industrialização (SANTOS; RIBEIRO, 1993, p. 107, grifos nossos).

Ao perceber que uma Administração política se molda por meio de uma gestão de recursos socialmente produzidos, constata-se que com a constituição do capitalismo nacional, procurou-se introduzir o Brasil no circuito econômico mundial de forma que fosse possível romper com os laços tradicionais que esse país mantinha com uma herança colonial para além dos ciclos econômicos mencionados por Furtado (2007).

De acordo com Santos e Gomes (2017), nas décadas de 1930, 1940, 1950 e 1960 é possível identificar um pensar sobre o Brasil a longo prazo por meio de medidas como a atualização da máquina pública, investimento em infraestrutura e implementação de meios de produção em consonância com um processo de industrialização.

Esses autores refletem que são nas Administrações políticas exercidas nos governos de Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek e também no regime militar por meio do Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG) e dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (I e II PND) que é possível enxergar mesmo que com equívocos, um pensar estratégico sobre o Brasil. que tinha em consideração um planejamento a longo prazo, com medidas que procuravam desenvolver o Brasil para além de demandas de curto prazo (SANTOS; GOMES, 2017).

Longe de desconsiderar que em muitos casos, as concepções de projeto a longo prazo nessas décadas significaram ausência de problemas, o que se discute neste âmbito é a forma como o país é pensado e gerido, ou seja, como a Administração política desenvolvida no Brasil vem atuando sobre a concepção de um pensar a longo prazo nos moldes desenvolvimentista.

Dessa forma, faz-se necessário que os administradores políticos brasileiros saibam realizar a gestão do país de forma estratégica, tendo em consideração que atualmente, diferente das décadas citadas anteriormente, existe um movimento dialético dentro do próprio capitalismo pautado pela contradição entre capital produtivo e capital

fictício que surge com mais intensidade desde meados da década de 1980 (CARCANHOLO; NAKATANI, 1999; MENDES, 2012).

Para Santos e Gomes (2017), desde os anos 1980 o Brasil perdeu completamente o rumo em relação à promoção de uma Administração Política com objetivo de formulação de um projeto nação a longo prazo, principalmente com o advento da ideologia neoliberal de “retirada” e/ou diminuição do Estado, por se entender na concepção da classe hegemônica do país, através dos especialistas que o Estado é um agente “externo<sup>6</sup>” ao capitalismo.

Dizemos que estamos vivendo um longo período de crise que começa exatamente no ano de 1980 **porque a partir desse instante o Brasil muda totalmente a natureza da sua política quanto ao prazo – pois perde totalmente a concepção de longo prazo, substituindo-o por uma concepção de curto prazo** – e quanto à sua natureza – pois a concepção desenvolvimentista com melhor distribuição é totalmente substituída pela concepção com forte ênfase na estabilização que privilegia a concentração da renda (SANTOS; GOMES, 2017, p. 131, grifos nossos).

A respeito da estabilização econômica praticada pelos administradores políticos brasileiros a partir da década de 1980, Mendes (2012) destaca que a concepção macroeconômica adotada pelo Brasil se pauta em três fundamentos: a) metas de inflação; b) superávit primário e c) câmbio flutuante.

Sendo assim, identifica-se que desde o período de redemocratização o Brasil esteve sob a influência de políticas neoliberais, uma vez que nos governos de Collor, Fernando Henrique Cardoso, Lula, Dilma e Temer não foram possíveis identificar um projeto de nação pautado em uma efetiva distribuição de renda e superação dos problemas de ordem social pensados em uma perspectiva de longo prazo, pelo contrário, o que assistiu-se nesses governos é um pensar a curto prazo por meio de medidas paliativas (OP. CIT, 2017)

É preciso salientar que o Estado é por natureza uma instituição necessária para a manutenção dos contratos estabelecidos dentro da ótica capitalista, não sendo possível

---

<sup>6</sup> Este discurso mostra-se equivocado uma vez que desde a concepção da economia política clássica, Marx ([1890] 2013); Marx ([1860] 2008) ; Marx e Engels ([1848] 2009) já formulavam que o Estado é condição necessária para a manutenção da propriedade privada, chegando a denominarem o Estado como o escritório de defesa dos interesses da burguesia.

entender essa instituição como um agente externo ao modelo de produção vigente, pelo contrário, este Estado é visto como um agente a comandar capitais e não com um elemento externo à estrutura econômica (SANTOS, 2008).

Souza e Gomes (2017) destacam que a concepção de curto prazo, priorização da estabilização econômica e transferência de recursos para o pagamento de juros fizeram com que o país, no período entre 1980 a 2014, utilizasse mais de R\$ 4 trilhões com o capital fictício (pagamento de juros da dívida a credores nacionais e internacionais), enquanto que neste mesmo período o montante utilizado para investimento foi de R\$ 872 Bilhões.

Entende-se a esse modo que para pensar em qualquer área que esteja contemplada dentro de um projeto de nação: saúde, infraestrutura, educação, lazer etc, faz-se necessário que ocorra uma superação da visão de curto prazo aliada a uma concepção de gestão política das relações sociais de produção, que possa por meio de um pacto social a ir além da utilização do orçamento público para a manutenção de juros e alimentação do capital fictício.

Caso contrário, as possibilidades de se partir de políticas localizadas para a elaboração de um projeto de nação se mostrará ineficaz. Essa ineficácia é derivativa da ausência de um pensar sobre o Brasil em sua totalidade, visto que, promover áreas específicas sem uma sincronização, inevitavelmente ocasionará rupturas das propostas e objetivos dessas áreas, como ocorre na área da saúde pública brasileira, constantemente constrangida pelo subfinanciamento.

Defende-se a ideia que desde a sua criação por meio da Constituição Federal de 1988, o SUS apresenta indícios de ser pautado em uma visão de longo prazo, que perpassa governos, sendo considerado uma política de Estado.

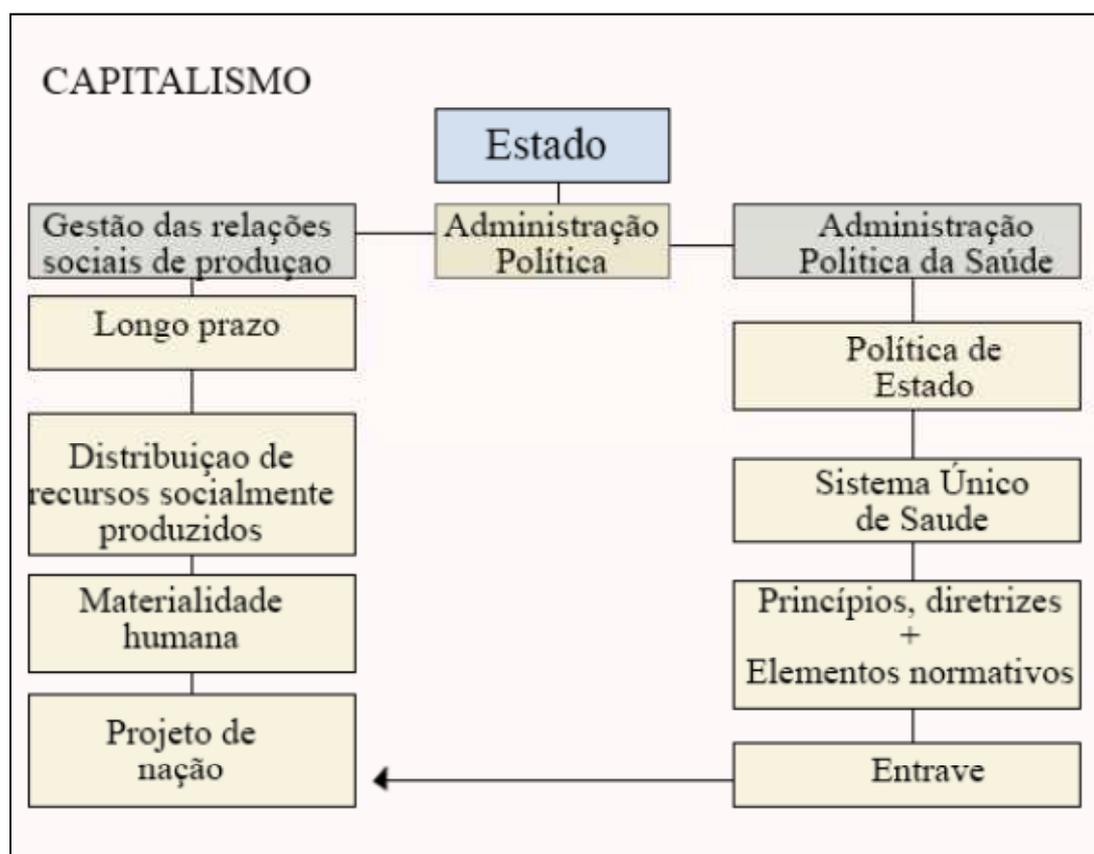
Desse modo, neste sistema é possível identificar uma Administração Política da saúde que por não encontrar respaldo em um projeto de nação, acaba sendo prejudicada pelo subfinanciamento crônico do sistema, conforme aponta Medeiros Júnior (2017):

Assim, observa-se que a formulação do projeto do SUS é uma das mais avançadas. Por outro lado, **os avanços do planejamento esbarram nos limites da política econômica adotada ao fato de se ter uma lógica de financiamento subordinada à lógica neoliberal**, ou submissa aos interesses do capital financeiro, tornam o SUS aquém do necessário ou do que é planejado (MEDEIROS JÚNIOR, 2017, p. 33, grifos nossos).

Com base em Medeiros Júnior (2017), classifica-se a Administração Política da Saúde como o papel exercido pelo Estado na formulação de uma política ampla, universal e de caráter duradouro por meio da caracterização do direito à saúde como um pilar central, sendo permeada por instrumentos de gestão e gerência que de forma institucionalizada promovam a efetividade desse projeto. De forma resumida, entende-se que o SUS possui essas características sendo considerado como um projeto localizado e diferenciado na experiência brasileira.

Neste sentido, para que se compreenda de forma lógica o movimento dialético entre um Estado que é capaz de formular uma política como o SUS e o mesmo Estado incapaz de formular projeto de nação, pode-se observar na figura 1, um esquema sobre este movimento:

**Figura 1:** Elementos para o entendimento de uma Administração política da saúde



**Fonte:** elaboração própria, 2017.

Entende-se que a Administração Política, sendo exercida por uma concepção de Estado como grande ente capitalista, seja capaz de formular um projeto de nação pautado nos moldes nacionais de modo a prover a sociedade de uma materialidade aceitável para convivência humana.

Esse projeto de nação deve ser pensado de forma estratégica a modo de aproveitar as capacidades já existentes no país. para que seja possível se pensar no Brasil por meio de uma concepção distributiva (SOUZA; GOMES, 2017).

Contudo, é exatamente essa incapacidade que o Brasil desde a década de 1980 vem demonstrando, isto é, de pensar a longo prazo de forma a contemplar todas as áreas estratégicas do país: saúde, educação, infraestrutura, ciência e tecnologia.

Dessas grandes áreas, identifica-se que há na saúde por meio do SUS, uma Administração política da saúde que não consegue maior desenvolvimento devido ao fato de não encontrar respaldo em um projeto de nação. Apesar de apresentar elementos de gestão e ser uma política de Estado, o SUS é constrangido com a inexistência de um projeto de nação.

Esses constrangimentos são consolidados principalmente no subfinanciamento crônico do sistema representado pela esfera da economia política brasileira, que desde os anos 1980 é submissa ao capital fictício.

Mendes (2012), ao refletir sobre esse subfinanciamento na área da saúde, destaca que, de um lado, desde a criação do SUS na década de 1990, até o Primeiro governo da Presidenta Dilma, os gastos com saúde nunca chegaram ao patamar de 2% do Produto Interno Bruto (PIB). Por outro lado, as despesas com juros e encargos da dívida sempre ficaram acima de 5% do PIB, chegando ao ápice em 2003 com mais de 9% do PIB.

Essa mesma noção é defendida por Souza e Gomes (2017), ao salientarem que de 1980 até 2014 ocorreu um aumento dos gastos nacionais com juros e uma queda com os investimentos na ordem de 7,7% em 1980 para cerca de apenas 1% em 2014.

Sendo assim, visto essas dificuldades, para esses autores uma forma de construir um projeto de nação se daria pela aceitação de considerar os ciclos econômicos possíveis de serem administrador, levar em consideração o gasto público para além do curto prazo, ir além da produção e trabalhar com uma concepção de distribuição de recursos produzidos socialmente para a promoção da desconcentração de renda e aproveitamento das capacidades produtivas já instaladas no país (SOUZA, GOMES, 2017).

Portanto, para op.cit (2017) é possível construir um projeto de nação com bases pressupostas, levando em consideração a atuação da construção civil na recuperação da infraestrutura nacional e na desfavelização de áreas urbanas e o aperfeiçoamento de políticas públicas estruturantes voltadas à elevação dos padrões econômicos, sociais e culturais do país, dentre elas à saúde.

Percebe-se que só nesses moldes, o SUS conseguirá superar o dilema do subfinanciamento crônico e poderá incluir algumas medidas apontadas por Mendes (2012) relacionadas a aplicação de 8,3% do PIB em ações e serviços de saúde pública, assegurar a universalidade, mesmo em um cenário de crise mundial do capitalismo sob domínio do capital portador de juros; ampliação da CSLL para instituições financeiras; introduzir de fato a contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social; extinguir as isenções para pessoa física e jurídica e rejeitar a permanência da Desvinculação das Receitas da União.

Salienta-se que um dos elementos primordiais para a consecução desse projeto de nação deve ser o de se ter como prioridade uma política de desenvolvimento nacional sem as amarras do neoliberalismo econômico e da política de curto prazo de estabilização econômica praticada desde a década de 1980.

Longe de ser uma tarefa fácil, a iniciar pelo fato de que, se trabalhar em um projeto de nação a longo prazo implica em desafiar grandes potências mundiais que desejam que o Brasil continue sendo o grande celeiro do mundo.

Pensar em um projeto de nação implica em colocar em prática um projeto nacionalista. Para tal feito, faz-se necessário um grande pacto social, de modo a convencer o campo político existente no país que esta pode ser a saída para a maioria dos problemas evidenciados no MS. Contudo, este projeto de nação só será possível quando os administradores políticos brasileiros entenderem que o país possui plena condição de se desenvolver dentro dos moldes do capitalismo de forma a distribuir renda e elevar o nível de bem-estar da sociedade (SOUZA; GOMES, 2017).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

A partir do objetivo proposto neste estudo, a pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva. Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória fornece um contato mais familiar entre o pesquisador e o problema a ser pesquisado, para que seja possível a realização de um maior aperfeiçoamento em torno das ideias ou descobertas que o pesquisador irá ter. Já a vertente descritiva tem a função de descrever as características de um fenômeno, fazendo, assim, correlações entre variáveis.

No que diz respeito aos procedimentos técnicos de coletas de dados, o estudo é enquadrado como bibliográfico e documental uma vez que se utilizou-se como bibliografia: Livros, capítulos de livros e artigos científicos. Assim como documentos de ordem primária como: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão.

#### **3.2 Cenário**

O município de Campina Grande está localizado no Estado da Paraíba, distante cerca de 130 km da capital do Estado: João Pessoa. Segundo dados do IBGE (2007), Campina Grande é considerada capital regional B, categoria que caracteriza o município de acordo com o nível hierárquico na rede urbana do Estado da Paraíba (SPÓSITO; SOARES, 2013)

Campina Grande possui relevância preponderante no desenvolvimento regional do Estado da Paraíba, em especial por estar localizado no interior do Estado, onde, através da sua rede de influência, consegue estender produtos e serviços para as demais cidades menores, criando uma rede de articulação (MEDEIROS JÚNIOR et al, 2016).

Medeiros Júnior, Santos e Souza (2012) destacam que este município foi um dos primeiros municípios do Brasil a adotar o processo de municipalização em saúde, implicando assim, na autonomia que a gestão deste município passou a ter diante dos serviços e ações de saúde.

Além destes fatores ao observar-se o referencial teórico adotado neste estudo, entende-se que Campina Grande se caracteriza como um laboratório para a visualização de aspectos relacionados a gestão e a gerência do SUS, uma vez que os estudos de Rotta (1997); Medeiros Júnior (1999); Medeiros Júnior (2017) apontam que o município já na década de 90 apresentava um modelo de gestão caracterizado como hospitalocêntrico privado.

Dessa forma, ao ter essa evidência parte-se do entendimento que investigar como se efetiva o planejamento por meio de instrumentos como Plano de Saúde, Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de gestão pode fornecer pistas sobre a forma como o planejamento vem contribuindo para a efetivação da política pública de saúde no município, e em que direção caminha a gestão municipal e se há uma Administração Política da saúde no município.

### **3.3 Fontes de informação**

Foram coletados documentos oficiais de gestão em saúde a exemplo do Plano Municipal de Saúde referente a gestão dos anos de 2014 a 2017; Programação Anual em Saúde do ano de 2016 e o Relatório Anual de Gestão do ano de 2016 no Conselho Municipal de Saúde do município de Campina Grande, como também por meio do site do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS).

Cabe destacar que a escolha do ano de 2016 referente a Programação e ao Relatório anual explica-se pelo fato de ser o ano mais recente da gestão onde é possível acessar os documentos oficiais por meio de plataformas oficiais do MS assim como os documentos disponibilizados pela Secretaria municipal de saúde.

Salienta-se também que no período de busca da base documental para este estudo, o Relatório Anual de Gestão do ano de 2017 ainda não tinha sido produzido, uma vez que este só será publicado no início de 2018.

Dessa forma, este estudo se propôs a analisar o ano mais recente da gestão 2014 – 2017 pelo fato da disponibilidade de tempo e recursos ao qual o pesquisador teve acesso. Cabe destacar que esses documentos possuem uma infinidade de metas e ações que precisaram ser selecionados com base na bibliografia adotada e na relevância perante às necessidades existentes no município.

Dessa forma, devido à esta imensa quantidade de metas e indicadores que o Plano Municipal de Saúde possui, foi necessário a realização de uma seleção de metas com base no aporte teórico fornecido pelo MS (MS), como também de autores que trabalham com a gestão do SUS.

Com isso, o estudo utilizou os três eixos de estruturação para os planos de saúde promulgados pelo MS para selecionar as metas a serem analisadas:

- a) condições da saúde da população;
- b) determinantes e condicionantes em saúde;
- c) gestão em saúde,

Bem como os seis grandes blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde, conforme aponta Brasil (2015):

- a) Bloco da Atenção Básica;
- b) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Bloco de Vigilância em Saúde;
- d) Bloco de Assistência Farmacêutica;
- e) Bloco de Gestão do SUS;
- f) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Ao todo, foram selecionadas um total 30 metas referentes ao Plano Anual de saúde que estavam direcionadas para execução no ano de 2016. Estas metas poderão ser visualizadas nos anexos.

### **3.4 procedimentos de análise**

Com a seleção das metas, o estudo utilizou-se da análise documental por meio da observância do que foi planejado para cada meta, e o que o de fato foi executado, tendo como parâmetro os indicadores utilizados pelo Plano Municipal de Saúde.

Cabe salientar que a análise referente às metas selecionadas teve como fonte de dados, o próprio Plano Municipal de Saúde, assim como a Programação Anual em Saúde de 2016, e o Relatório Anual de Gestão do referido ano.

Para Moreira (2005), é fundamental que a análise documental tenha por escopo a criticidade, no intuito de fomentar uma avaliação criteriosa. Dessa forma, a autora indica como procedimentos para a análise documental a seguinte sequência:

- a) caracterização e descrição dos documentos;
- b) elaboração de anotações e comentários sobre o conteúdo do documento;
- c) tratamento das informações coletadas;
- d) interpretação da informação;

Para a presente pesquisa, a análise se processou da seguinte forma: em um primeiro momento os documentos recolhidos foram organizados e selecionados com base em sua modalidade, por exemplo: Plano Municipal de Saúde; Programações Anuais de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Após a etapa de caracterização, foram selecionadas metas programadas para o ano de 2016 por meio do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual em Saúde, para a possível verificação junto ao Relatório Anual de Gestão do ano de 2016. A seleção destas metas está disponível nos anexos deste trabalho.

Com a organização, sistematização e verificação das informações, foi possível realizar interpretações acerca da utilidade dos instrumentos de planejamento em saúde, assim como, identificar os elementos e dinâmicas da gestão e da gerência em saúde para o recorte analítico adotado.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização do Plano Municipal de Campina Grande

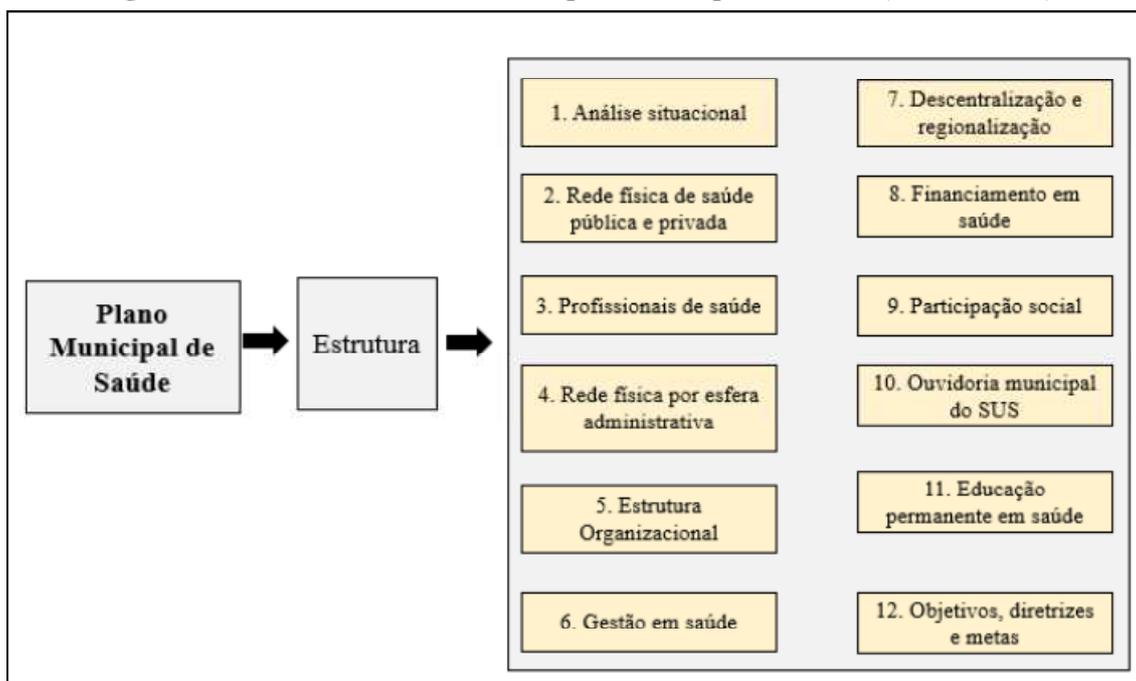
O Plano Municipal de Saúde de Campina Grande foi elaborado por uma equipe representativa de órgãos oficiais da área da saúde no município, tais como: vigilância sanitária, direção administrativa financeira do município, gerência de informação em saúde, conselho municipal de saúde, diretoria de planejamento e regulação, gerência de regulação, assessoria técnica de regulação, Atenção Básica municipal; gerência de vigilância ambiental e zoonoses; como também gerência financeira.

O processo de construção do plano foi realizado por meio de criação de grupo condutor, criado por meio da Portaria n.º 40/2013. Esse grupo, em sua composição, tinha além das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, representantes da sociedade civil organizada, e membros do Conselho Municipal de Saúde.

Segundo SMS (2014), foram realizadas nove audiências públicas; uma em cada um dos seis distritos sanitários e uma em cada distrito administrativo do município (Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista). Essas reuniões procuraram organizar as demandas da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano de 2011.

Em sua estrutura, o plano é constituído de 12 partes principais como é possível observar na ilustração a seguir:

**Figura 2:** Estrutura do Plano municipal de Campina Grande (2014 - 2017)



Para o conhecimento das condições de saúde da população, foram utilizados dados sobre o perfil demográfico e socioeconômico do município. Um dos pontos que chama atenção nessa caracterização é o uso de dados sem fontes e dados que remetem ao ano de 2000, como por exemplo a proporção de moradores com instalações sanitárias e proporção de moradores por tipo de coleta de lixo.

Dados com esse tempo de defasagem podem representar em termos de gestão um problema, pois poderá estar planejando alguma ação em cima de uma base de dados que não contempla a realidade.

No item referente aos dados epidemiológicos do município, percebe-se que os dados utilizados, tiveram como fonte o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esses dados fazem referência ao ano de 2011. Para Medeiros Júnior (2017), dados dessa magnitude são publicados anualmente o que significa que o plano, supostamente deveria usar no mínimo dados do ano referente a 2012.

Segundo o plano, cerca de 29,81% dos óbitos ocorridos em Campina Grande foram ocasionados por doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias com 15,95% e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com 13,50%. Ademais, chama atenção o fato de que no texto do plano há menção aos dados do DATASUS do ano de 2012, porém o que se verifica são dados do ano de 2011.

No que diz respeito aos dados de morbidade hospitalar, observou-se que 22,27% das internações estão ligadas à gravidez; 25,21% relacionadas a doenças do aparelho respiratório, 12,61% ligadas a doenças infecciosas e parasitárias e 8% das internações causadas por problemas no aparelho circulatório. Os dados relativos a essas informações são do ano de 2013, o que causa dúvida, uma vez que Medeiros (2017) questiona se os dados de 2013 já estavam disponibilizados no momento em que o plano foi discutido.

Destaca-se ainda nesse item que o plano utilizou apenas de dados sobre mortalidade e morbidade hospitalar. Neste caso, sentiu-se a necessidade de um maior detalhamento no que diz respeito a dados sobre cobertura vacinal, monitoramento da qualidade da água, índice de infestação do *Aedes argypti*, quantitativo de pessoas com Hanseníase, tuberculose e Doenças sexualmente transmissíveis.

No capítulo referente às redes assistenciais do município, há caracterização do município por distritos sanitários (6 distritos sanitários mais 3 distritos administrativos).

O plano destaca que Campina Grande possui uma Estratégia de Saúde na Família que cobre 84,92% de seu território, com um total de 595 Agentes Comunitários

de Saúde distribuídos na rede de Atenção Básica. Estes agentes conseguem contemplar um total de 87,83% da população do município.

Segundo Campina Grande (2014), no município existe cerca de 70 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 10 ancoras, sendo 7 UBS em área rural e 3 em área urbana. Nessas UBS, atuam 96 Equipes de Saúde da Família e 13 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), distribuídas de acordo com o quadro a seguir:

**Quadro 2:** Distribuição ESF e PAC no município de Campina Grande

Número de Equipes de Saúde da Família		Número de Programas de Agentes Comunitários de Saúde	Localização
15		0	Distrito Sanitário I
11		1	Distrito Sanitário II
13		1	Distrito Sanitário III
12		1	Distrito Sanitário IV
17		3	Distrito Sanitário V
25		1	Distrito Sanitário VI
5		0	Distrito de São José da mata
3		0	Distrito de Galante
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>7</b>	<b>-</b>

**Fonte:** SMS, CG, 2014.

Medeiros júnior (2017) destaca que embora o Plano Municipal de Saúde mostrasse a existência de 96 equipes da ESF, por meio do quadro 2 é possível evidenciar que a soma total contabiliza 101 equipes. O mesmo equívoco apresenta-se em relação às equipes do PACS que no texto do plano são 13 e na tabela apresentada somam-se 7.

Outro elemento que chama atenção é o fato que um total de 78 Unidades Básicas de Saúde estão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e não 70 como o plano coloca.

De acordo com o plano, o município conta com cerca de 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos possuem: nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico e psicólogo. Além do NASF, Campina Grande aderiu ao Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com a adesão de 91 equipes da Atenção Básica, 48 equipes da Saúde Bucal e 9 NASF.

Outro programa que o município aderiu foi o de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) com o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades do programa e fortalecer o seu potencial. Contudo, de uma disponibilidade de 20 vagas, apenas 16 foram preenchidas.

A atenção odontológica é desempenhada pelas equipes de saúde da família com um total de 55 que priorizam jovens e gestantes em tempo integral. Os casos mais complexos são tratados em 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A atenção materna infantil é contemplada com a Rede Cegonha, iniciativa do governo federal com o objetivo de reformulação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e saúde da mulher. Em termos de pontos de apoio, o município possui uma maternidade, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), a qual oferece serviços de pré-natal, maternidade, além de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

A Rede de Atenção Psicossocial do município é composta de 08 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 06 residências terapêuticas, 1 consultório de rua e 1 centro de convivência.

Para Medeiros Júnior (2017), o município avançou na construção de um modelo de atenção em saúde mental por meio da formulação dessa rede no lugar de uma concepção de saúde mental balizada pelo caráter manicomial. O município também possui o Serviço de Atendimento Móvel das Urgências (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a rede de hospitais com 6 hospitais públicos, 2 filantrópicos e 4 privados.

No que diz respeito à assistência farmacêutica, Campina Grande possui 70 farmácias nas UBS, farmácia do Serviço de Atenção Especializada (SAE) e as farmácias das sedes dos distritos administrativos.

No capítulo sobre a estrutura organizacional, é exibido um organograma da Secretaria Municipal de Saúde que remete a lei complementa n.º 015/2002. Ou seja, o município possui uma estrutura organizacional do início da década de 2000. Segundo o plano, há uma necessidade de atualização da estrutura que, em princípio, deveria ser aprovada no ano de 2015, contudo esta informação não foi identificada no relatório de gestão desse ano.

No capítulo sobre gestão, o plano destaca a responsabilidade sanitária como princípio para a gestão do SUS. Dessa forma, elenca como prioridades os seguintes

aspectos: implantação da gestão descentralizada em cinco distritos sanitários, estímulo à criação dos conselhos locais e distritais em saúde, acompanhamento dos resultados do Plano a partir da criação de indicadores.

No item sobre financiamento em saúde, o plano considera que por meio de um aumento na arrecadação municipal, foi possível investir mais em saúde. Contudo, em uma análise mais aprofundada sobre esse dado, Medeiros júnior (2017) conclui que, no tocante aos gastos reais em saúde, o município não aumentou seus recursos, ou seja, o que aparece como crescimento nominal não reflete um crescimento real dos gastos quando se deduz a inflação desse total.

O plano destaca a ouvidoria em saúde no município, apesar de instalada em 2010, ainda possui como problema central a morosidade no encaminhamento das resoluções às demandas e admite que estas nem sempre são usadas para subsidiar a tomada de decisão.

No item referente às diretrizes, objetivos e metas, o plano trabalha com o que, de fato, pensou em realizar para o decorrer do período 2014 – 2017. Dessa forma, o plano é composto por um total de 11 diretrizes, cada qual possui objetivos e metas conforme podemos observar no quadro a seguir:

**Quadro 3:** Diretrizes do plano municipal de campina Grande

Número	Diretriz	Objetivo
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.	1.1 Fortalecer a implantação de programas e potencializar as ações de qualificação, monitoramento e avaliação na Estratégia de Saúde da Família.
2	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.	2.1 Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero. Objetivo 2.2 - Fortalecer o cuidado a saúde, em todos os níveis de atenção, às populações de maior vulnerabilidade.
3	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.	3.1 Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. 3.2 Fomentar a ampliação de ações em Vigilância Alimentar e Nutricional. 3.3 Estimular a ampliação das ações dos serviços de Saúde Bucal da estratégia de Saúde da Família.
4	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.	4.1 Operacionalizar todos os serviços e programas da rede de média e alta complexidade, por meio do pronto custeio, recursos humanos e investimentos necessários, com ampliação do acesso da população aos serviços de saúde destes níveis de atenção na perspectiva da integralidade e em tempo adequado. 4.2 Fortalecer a rede hierarquizada de reabilitação do município.
5	Aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento, de serviços de atendimento móvel de urgência e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.	5.1 Implementação da Rede de Atenção às Urgências. 5.2. Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS, objetivando otimizar o acesso da população aos serviços.
6	Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento	6.1. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de

	da dependência de crack e outras drogas.	forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.
7	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental (fatores 78 biológicos e não biológicos) e Vigilância em Saúde do Trabalhador
Sem numeração	Implementar a atenção integral à saúde do trabalhador com ações nos níveis de prevenção, promoção, assistência, tratamento, recuperação e reabilitação, visando promover a saúde do trabalhador no município e região.	3.1 Objetivos Promoção da saúde do trabalhador, atendendo a portaria Nº 1.823/2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, assim como atendendo a portaria Nº 2.437/2005 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Ampliar o acesso, implantando e/ou implementando as ações de saúde e de vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, tendo como referência o CEREST/CG.
8	Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	8.1 Revisar e publicar anualmente a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME). 8.2. Garantir a aquisição regular dos medicamentos da REMUME em quantidade e prazo necessários ao abastecimento da rede municipal. 8.3. Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica por meio do monitoramento de indicadores que determinem a eficiência do serviço. 8.4. Qualificar os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito do ciclo da Assistência Farmacêutica para garantir acesso e uso racional dos medicamentos da REMUME. 8.5 Melhorar a área de armazenamento e dispensação de medicamentos da Farmácia Central e Unidades de Saúde da Atenção Básica e Especializada 8.6 Adequar recursos humanos em farmácia de acordo com os parâmetros definidos pela SMS e legislação farmacêutica.

		<p>8.7 Promover ações de incentivo ao uso racional de medicamentos</p> <p>8.8 Implantar acompanhamento farmacoterapêutico.</p> <p>8.9 Manter funcionamento da Farmácia Popular do Brasil de acordo com as diretrizes do MS</p>
12	<p>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.</p>	<p>12.1 Implementar o modelo de gestão da Secretaria de Saúde visando a garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados.</p> <p>12.2 Implementar o canal de acesso da população para sugestões, reclamações, denúncias de violações dos direitos enquanto usuários do SUS.</p> <p>12.3 Ampliar e fortalecer a participação da comunidade e controle social na gestão do SUS Fortalecer, Implantar e manter as ações do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>12.4 Fortalecer a Gestão e Regulação do Trabalho e da Educação em Saúde do Município de Campina Grande</p>
13	<p>Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS</p>	<p>13.1 Promover o desenvolvimento institucional e a modernização administrativa</p> <p>13.2 Implementar ações de controle interno através da Auditoria Municipal</p> <p>13.3 Implementar, qualificar e fortalecer a Gestão da Informação e Comunicação em saúde</p>

**Fonte:** Elaboração própria, 2017.

A forma como as diretrizes e objetivos foram organizadas no plano ficaram confusas. Isso porque, não há um ordenamento, havendo casos em que a numeração da diretriz inexistente. Prova disso é o que se encontra na diretriz 7. O seu texto está completamente desorganizado, dando a entender que não houve uma revisão do plano.

Medeiros Júnior (2017) destaca ainda que, não há uma correlação entre análise situacional e estabelecimento de diretrizes, o que mostra ser contraditório tendo em vista que o plano deve partir de uma análise situacional para a formulação do planejamento, conforme destaca Brasil (2010a).

O mesmo autor ainda salienta que as demandas da Conferência Municipal não tiveram respaldo nas diretrizes, como também afirma que a noção de totalidade do plano é perdida diante da noção de fragmentação de cada área da Secretaria Municipal de Saúde.

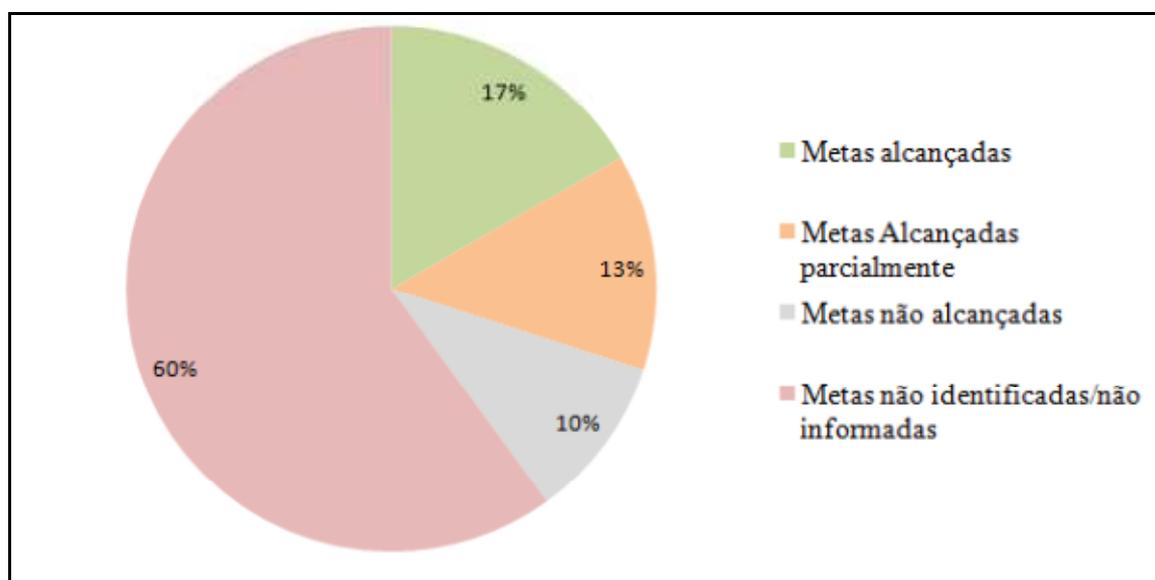
Mesmo com uma série de indicadores gerências, esses indicadores mostram-se soltos, sem um olhar a longo prazo, como se estivessem ali apenas de forma burocrática, o que corrobora os estudos de Luz; Pereira e Silva (2012); Brasil (2008); Silva, Santos e Mendes (2012).

Dessa forma, no capítulo, a seguir, serão apresentados os resultados obtidos de acordo com o recorte analítico delimitado para este trabalho. Será possível visualizar uma série de quadros, no intuito de explanar sobre as metas selecionadas ligadas aos blocos de financiamento da saúde, assim como aos principais eixos de formulação do Plano Municipal de Saúde

#### **4.2 Verificação das metas selecionadas**

Por meio do procedimento metodológico adotado foi possível verificar que das 30 metas selecionadas para análise, apenas 5 foram classificadas como alcançadas, 4 metas foram alcançadas parcialmente, 3 metas não foram alcançadas e cerca de 18 metas não foram passíveis de identificação devido à ausência de informações no relatório.

Dessa forma, por meio do gráfico a seguir é possível visualizar melhor como essas metas se comportaram:

**Figura 3:** Gráfico Demonstrativo das metas analisadas

**Fonte:** Elaboração própria, 2017.

Por meio da apreciação do gráfico é possível perceber o alto grau de metas que não foram identificadas no Relatório Anual de Gestão do ano de 2016. Esta constatação demonstra que em princípio não houve uma revisão do relatório.

Este resultado implica em refletir que o acompanhamento dessas metas pela gerência do município não tem recebido o devido tratamento e importância, o que corrobora com as análises realizadas por Brasil (2008); Luz, Pereira e Silva (2012); Silva, Santos e Mendes (2012).

Nos tópicos a seguir, será possível visualizar a execução das metas selecionadas na metodologia do estudo, como uma forma de entender como a gestão municipal vem trabalhando com os instrumentos de planejamento em saúde.

#### **4.2.1 Atenção Básica**

Segundo Brasil (2012a), a Atenção Básica (AB) é orientada pela descentralização administrativa, ficando a cargo dos municípios a sua gestão. Entende-se que esse ente federado é a base territorial mais próxima da realidade dos usuários dos serviços de saúde.

Com isso, esse nível de atenção à saúde é considerado como eixo estratégico para a promoção e prevenção em saúde, uma vez que trabalha no sentido de viabilizar o acesso aos serviços e ações de saúde nos territórios de convivência das comunidades.

De acordo com a verificação realizada, foi possível visualizar que no de 2016, o município de Campina Grande conseguiu alcançar a meta relacionada ao PMAQ. Essa ação faz parte de uma política de cunho federal que tem por objetivo, melhorar a qualidade e o atendimento padrão das Unidades Básicas de Saúde.

Segundo Brasil (2012b), o PMAQ atua no sentido de avaliar os serviços, os profissionais e as estruturas das Unidades Básicas, incentivando por meio de recursos aquelas Unidades que apresentaram destaque. Em consonância a este fator, foi possível constatar que o município conseguiu monitorar e avaliar em 100% todas aquelas Unidades e Equipes que aderiram ao programa.

No que diz respeito à promoção de educação permanente dos profissionais que atuam na Atenção Básica, não foi possível identificar nos documentos analisados, se a ação foi ou não concluída.

Entende-se que esta ação mesmo não tendo êxito, deveria estar presente no relatório de gestão, como uma forma de verificar por quais motivos a meta não foi possível de ser alcançada. É importante salientar que, de acordo com as orientações gerais esboçadas por Brasil (2010a), os instrumentos de planejamento do SUS fazem parte de um ciclo de retroalimentação, sendo necessário que as ações e metas as quais não obtiveram alcance sejam objeto de apuração para futuros planos de saúde.

A meta relacionada ao Programa Saúde na Escola (PSE) foi concretizada de acordo com o Relatório Anual de Gestão em 100%. Entretanto, não há dados relacionados à representatividade desses 100% de Unidades Básicas que aderiram a esta política, assim este fato pode dar uma falsa impressão da real situação dessa ação.

Para Brasil (2007b), ações educativas do PSE visam partir de um olhar intersetorial, buscar trabalhar com crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira a promoção da saúde de forma integral. Entretanto, esta política data de 2007, ou seja, o município de Campina Grande passados 9 anos, ainda está incluindo esta meta em seus instrumentos de planejamento, caso que pode merecer análises futuras, para buscar entender a morosidade relacionada à implementação deste tipo de política no município.

No que diz respeito à cobertura Equipes de Atenção Básica, o município não conseguiu atingir a meta pactuada de 88% de cobertura para o ano de 2016, ficando com um percentual de 86,69%. É necessário frisar que com esse percentual uma quantidade de 13,31% da população do município encontra-se descoberta, o que é um quantitativo expressivo, ao levar-se em consideração o tamanho da cidade e a quantidade de pessoas.

Cabe destacar também que essa meta foi apenas encontrada Relatório Anual de Gestão, não foi possível encontrá-la na Programação Anual de Saúde para o ano de 2016, o que se mostra contraditório, uma vez que o relatório é um documento que procura, de fato, relatar as metas pactuadas na programação.

O fato de o município ainda não possuir uma cobertura de 100%, em relação às Equipes de Atenção Básica, mostra um traço curioso do município. A análise realizada por Rotta (1997) evidenciou que Campina Grande, apesar de ser um dos primeiros municípios a adotar a perspectiva do Programa Saúde na Família (PSF), hoje ESF, seguia um modelo de gestão da saúde pública pautada em uma perspectiva hospitalocêntrico privado. Dito de outro modo, o município naquela época já apresentava concentração de recursos na esfera hospitalar (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

Com esse panorama e tendo a noção de passados esses anos, mesmos com os avanços na Atenção Básica, não foi possível lograr a totalidade de cobertura no município, o que demonstra uma situação preocupante do ponto de vista da promoção à Saúde no município. No quadro a seguir, poderá ser observado a verificação das metas selecionadas deste bloco.

**Quadro 4:** Metas relacionadas a Atenção Básica para o ano de 2016

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Adedir 100% das equipes ao PMAQ	Adesão de 100% das ESF ao PMAQ	Inserir no programa federal de adesões, todas as unidades de saúde da família habilitadas.	Meta alcançada: 100% das equipes de Saúde da Família aderiram ao PMAQ.
Monitorar e avaliar 100% das Equipes que aderiram ao PMAQ.	Monitorar 100% das ESF	Analisar os indicadores de saúde, conforme os dados apresentados pelo MS no ciclo imediatamente anterior ao avaliado e promover as respectivas adequações operacionais.	Meta alcançada: 100% das Equipes que aderiram ao PMAQ monitoradas e avaliadas 100% das equipes da Estratégia de Saúde da Família monitoradas e avaliadas
Promover Educação Permanente para 100% dos profissionais da Atenção Básica.	Educação permanente para 100% dos profissionais da Atenção Básica	Desenvolver as capacitações por distrito sanitário, conforme demandas e respectivas peculiaridades apresentadas pelas equipes de saúde.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Operacionalizar o Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das ESF.	Operacionalizar o PSE em 100% das ESF	Garantir a operacionalização do PSE de acordo com as equipes habilitadas pelo MS e Educação.	Meta alcançada: PSE operacionalizado em 100% das ESF aderidas ao programa
Cobertura de 88% da população em relação a Equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	-	Conseguiu 86,69%

Fonte: Elaborado própria, 2017

#### **4.2.2 Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar**

Segundo Brasil (2011c), a Média e Alta Complexidade é entendida como o conjunto de ações de assistência ligadas à prática clínica, que por possuir uma complexidade diferenciada da Atenção Básica, exige especialização e utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde.

A Média e Alta complexidade é entendida conforme Brasil (2009c), como o conjunto de procedimentos que possui, em seu cerne, alta tecnologia e conseqüentemente, alto custo de operação.

Para as metas analisadas foi possível constatar ausência de informações, o que leva a mensurar aspectos contraditórios do relatório e da programação, uma vez que, não haveria sentido inserir metas e indicadores na Programação do ano de 2016, se estas, mesmo que não tivessem sido alcançadas, não aparecessem no relatório.

No que diz respeito à ampliação de procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade em 2% da população residente, não foi possível identificar esta informação. Da mesma forma, as metas relacionadas a implementação da Unidade de Pronto Atendimento, no bairro do Santa Rosa e ampliação da rede própria de análises clínicas em 80%.

Outro fato curioso é que, nesse bloco de ações foi incluída uma meta relacionada à implementação de serviços de notificação contínua de violência doméstica e sexual em 5 Unidades de Saúde do município que, por sua vez, os referidos documentos analisados não mostram se esta meta foi alcançada.

Outra meta que seria estratégica para o município e não foi informada se foi ou não alcançada, diz respeito à implementação de uma policlínica nas sedes dos distritos sanitários do município. Entretanto, Campina Grande possui cerca de seis distritos sanitários, além dos distritos administrativos de Galante e São José da Mata, no qual, apenas dois, segundo informações da Programação Anual em Saúde, possuem este tipo de equipamento de saúde.

Cabe mencionar que de acordo com Brasil (2011c), ações em Média e Alta complexidade são um corriqueiro problema para os gestores do SUS, uma vez que esses procedimentos não podem ser inseridos em sua totalidade nas Unidades Básicas de Saúde pelo seu alto grau de investimento.

Dessa forma, a importância em ter serviços de Média e Alta Complexidade de cunho público deriva do fato de que, em boa parte dos Estados brasileiros, esses serviços são conveniados junto aos serviços de saúde, privados com ou sem fins lucrativos, universidades e entes filantrópicos, ocasionando em um acesso sistematizado pela demanda e procura voluntária (MS. 2011C).

É importante salientar que os instrumentos de planejamento do SUS têm a função de orientar a tomada de decisão por parte do gestor em saúde. No caso específico da Média e Alta Complexidade, deveria existir um item no Plano Municipal de Saúde de Campina Grande assim como na Programação Anual deveria inserir um diagnóstico mais detalhado sobre as reais necessidades do município voltadas a este bloco de ação no determinado ano em questão.

Cabe frisar também que, por se tratar de um eixo que demanda investimentos altos, o referido diagnóstico iria atuar no sentido de elencar prioridades de forma estratégica para o município evitando assim, o uso desmedido de recursos públicos.

Conforme aponta Brasil (2011c), a esfera municipal tem como função planejar, organizar e controlar a Assistência de Média e Alta Complexidade, como também, avaliar as ações, os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Cabe, também, às prefeituras, participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual.

**Quadro 5:** Metas selecionadas - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Ampliar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade em 2% para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	Contratar, através de concurso público, médicos especialistas.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Implantar 01 policlínica nas sedes dos distritos sanitários	Nº de policlínicas implantadas	Adequar os Centros de Saúde para transformar em policlínica; contratar novos especialistas através de concursos públicos para atender nestas policlínicas; adquirir e renovar equipamentos para o funcionamento.	Meta não alcançada: a gestão implantou 2 policlínicas Campina Grande possui VIII distritos sanitários
Implantação da UPA tipo II (Santa Rosa)	UPA Tipo II implantada	Concluir UPA de Santa Rosa; adquirir equipamentos para seu funcionamento adequado; Contratação de recursos humanos, através de concurso público.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Implantar em 05 unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica sexual e outras violências implantada	Realizar Oficinas de capacitação/qualificação dos profissionais de saúde para trabalhar com este tipo de notificação.	Meta não alcançada: A programação anual mostra que foram planejadas a implementação de 5 Unidades. Entretanto, o Relatório anual de gestão diz apenas que 10 Unidades possuem esse tipo de serviço, não fazendo menção a implementação.
Ampliar a rede própria de análises clínica em 80%	Percentual de serviços de análises clínica próprio	Adquirir e renovar os equipamentos para laboratórios de análises clínica; capacitar/qualificar recursos humanos.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão

Fonte: Elaborado própria, 2017

### 4.2.3 Vigilância em saúde

A Vigilância em Saúde (VS) é estratégica para o SUS, uma vez que o seu escopo de ações está articulado no sentido de buscar respostas efetivas para as demandas da sociedade, demandas essas relacionadas a problemas e agravos à saúde.

Dessa forma, a VS trabalha de forma holística, por meio de contribuições da Epidemiologia, Geografia, planejamento urbano e Ciências Sociais, produzindo assim, informações necessárias para intervenção na realidade (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Ao analisar as metas elencadas para este bloco de ações, é possível perceber que em termos de estrutura e importância relegada aos instrumentos de planejamento, Campina Grande ainda se mostra em processo de evolução.

É possível observar, na meta relacionada à cobertura vacinal, que o relatório do ano de 2016 traz dados de cobertura de 85.63%, resultado inferior ao que foi pactuado na programação deste mesmo ano. Entretanto, este percentual de 85.63% é relacionado à influenza, e não ao que foi pactuado, ou seja, Vacina contra Tuberculose (BCG) e rotavírus.

No tratamento supervisionado para 100% dos pacientes com tuberculose, o relatório informa apenas que foram notificados 226 novos casos de tuberculose, desconsiderando assim, a meta pactuada na programação.

Informação semelhante é obtida para a meta relacionada à cura dos casos de hanseníase. A verificação realizada evidenciou apenas o quantitativo de novos casos, não podendo ser observado informação referentes à meta de cura de 80% de pessoas com hanseníase que iniciaram o tratamento.

Na meta relacionada ao controle da doença de chagas no município, o relatório aborda que ocorreu o monitoramento de áreas cadastradas, realização de ciclos e identificação de vetor da doença de chagas.

No que diz respeito à meta ligada à saúde do trabalhador, houve uma contradição entre a programação e relatório, uma vez que foi planejado 170 ações de educação permanente em saúde do trabalhador, sendo que no relatório foram planejadas 120 ações sendo alcançadas cerca de 51.

**Quadro 6:** Metas selecionadas – Vigilância em saúde

META	INDICADOR	AÇÃO	SITUAÇÃO
Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 90% para BCG e rotavírus	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	Atualização do calendário básico de rotina com as equipes da ESF; Distribuição mensal para garantir os imunes biológicos a toda rede de saúde.	Cerca de 85,63% de crianças com menos de dois anos de idades foram vacinadas. Resultado inferior à meta pactuada.
Oferecer tratamento supervisionado para 100% dos pacientes em tratamento de tuberculose	Proporção de pacientes em tratamento supervisionado	Realizar <b>TUDO</b> pelas ESF e/ou Centro de referência;	Não identificado no Relatório Anual de Gestão O Relatório mostra apenas que 226 novos casos de tuberculose foram confirmados no ano de 2016
Atingir no mínimo 80% de cura dos casos de hanseníase que iniciam tratamento	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticada nos anos de Coortes	Implantar 6 postos de coleta para Bacioscopia, 01 por Distrito Sanitário; adquirir material permanente para estruturar o Serviço de Referência (novas instalações); Inserção do profissional Psicólogo no Serviço de referência de TB/Hanseníase.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão. O Relatório mostra apenas que 51 novos casos de tuberculose foram confirmados no ano de 2016
Controle da doença de chagas no município	Incidência de doenças de chagas no município	Visitar mensalmente os Postos de Informação de Triatomíneos e analisar amostras encaminhadas.	Meta alcançada: Monitoramento nas 16 áreas cadastradas no ano de 2016 foram visitados 08 ciclos, foram identificados 03 barbetos e 02 predadores.
Realizar 170 ações de educação permanente em saúde do trabalhador.	Número de ações realizadas	Realizar capacitações com as equipes de saúde dos municípios da 2ª Macrorregião; realizar palestras educativas com os mais diversos segmentos dos trabalhadores; realizar reuniões, seminários e fóruns técnicos.	Meta não alcançada: No Relatório Anual de Gestão informa que foram planejadas 120 ações e que foram alcançadas cerca de 51.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

#### 4.2.4 Assistência Farmacêutica

De acordo com Brasil (2004), Assistência Farmacêutica é considerada o conjunto de ações ligadas promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como elemento essencial das ações, visando também o seu acesso e uso racional.

Esse conjunto de ações estão concatenadas com a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, como também com a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (MS. 2004).

Diante disso, as metas selecionadas para análise deste bloco, é possível tecer alguns desdobramentos do que foi pactuado. Das metas analisadas por blocos, esse é tido como o que esboçou menos informações, das metas pactuadas, nenhuma foi passível de observação no relatório.

As informações relacionadas a ações desse bloco no Relatório Anual de Gestão foram dimensionadas à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e a unidade de assistência farmacêutica, sendo possível identificar, apenas, os atendimentos ligados à assistência farmacêutica, conforme podemos visualizar no quadro a seguir:

**Quadro 7:** Quantitativo de atendimentos da assistência farmacêutica

ATENDIMENTOS	TOTAL
Processos judiciais	2.564
Distribuição de fraldas	628
Fitas para teste de glicemia (caixa)	1.272

Fonte: SMS, 2016b.

Desse modo, para um processo de tomada de decisão, planejamento e programação, essas informações são inócuas, uma vez que não trazem detalhes sobre o que de fato foi pactuado no ano de 2016.

Segundo Brasil (2011b), a assistência farmacêutica deve ir além da logística de medicamentos, é preciso ligar a assistência farmacêutica à assistência à saúde, de modo que seja possível ter trabalhadores qualificados, medicamentos mais seguros e eficazes,

gerenciamento de estoques e racionalidade no uso de medicamentos por parte da população assistida.

Ao observar-se as metas pactuadas, pode-se compreender um movimento na direção do que Brasil (2011b) mostra, ou seja, de um pensar para além do medicamento. Entretanto, o fato de não ter informação sobre o cumprimento dessas metas, acaba dificultando a análise, uma vez que não é possível constatar se houve avanços.

Além disso, essa falta de informação acaba tendo um rebatimento negativo na gestão. A ausência de informações deste tipo reforça a ideia de pouca atenção relegada ao processo de avaliação das metas que em princípio reside em uma esfera gerencial da Administração.

A meta relacionada às demandas judiciais pactuou o atendimento de 100% das demandas no ano de 2016, chama atenção o alto número de 2.564 processos judiciais no município de Campina Grande relacionado à assistência farmacêutica. Da mesma forma que as outras metas, não possível identificar se ela foi efetivada ou não devido à ausência de informação.

Sobre esse dado em específico, Brasil (2011a) saliente que as ações judiciais são um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores do SUS. Esse tema tem tido atenção de publicações que analisam o problema, levando em consideração à saúde como um direito.

Entretanto, devido a este panorama, a gestão municipal deveria ao menos deter informações sobre o cumprimento de metas relacionadas a esse problema, o fato de não haver informações sobre este fenômeno dá a entender que não há um controle por parte da gestão municipal sobre essas demandas judiciais o que pode implicar no uso de recursos públicos sem um devido planejamento e racionalização.

Ainda de acordo com Brasil (2011a), as demandas judiciais implicam no lançamento de medicamentos no mercado, muitos de custo elevado, o que acaba se tornando um imperativo para o SUS, uma vez que estes medicamentos ao ficarem disponíveis no mercado, muitos usuários entram com ações judiciais em busca destes. Cabe salientar também que muitas decisões judiciais desconsideram as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS.

Nesse sentido, ao determinar o fornecimento de medicamento, sem possibilitar a manifestação do gestor de saúde ou sem buscar a opinião de profissionais que possam avaliar as evidências científicas e a segurança do medicamento, seu fornecimento pode,

até mesmo, causar prejuízo à saúde do usuário, configurando-se como uso irracional dos recursos terapêuticos e financeiros.

É necessário que essas metas sejam mais especificadas, principalmente as ligadas as demandas judiciais, por se tratar de um tema complexo. O seu acompanhamento por meio dos instrumentos de gestão do SUS, faz-se necessário como uma forma de munir a gestão municipal para o planejamento de ações futuras.

Evidencia-se que neste processo, há uma grande lacuna referente ao gerenciamento destas metas. Por princípio, a gerência deveria tratar de prover a gestão dessas informações, para que assim, seja possível um pensar holístico e estratégico sobre essas demandas.

Como salientado por Barreto (2011), a gestão e a gerência devem fazer parte de um todo. Nesses termos, em nada adianta ter um bom projeto, planejamento se não há formas de coloca-lo em execução.

**Quadro 8:** Metas avaliadas – Assistência farmacêutica

META	INDICADOR	AÇÃO	SITUAÇÃO
Garantir o funcionamento de 100% dos serviços de Assistência Farmacêutica	% dos serviços de assistência farmacêutica funcionando	Realizar concurso público para profissionais de farmácia; Instalação adequada para o funcionamento das farmácias; Manutenção do estoque de medicamentos na Farmácia Central; Elaboração do cronograma de entrega de medicamentos na rede de serviços de saúde; realizar licitação e prego para aquisição de medicamentos.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Melhorar o espaço físico da Farmácia Central	A qualidade do espaço físico da farmácia central	Construção de um espaço para armazenamento de medicamentos e insumos; equipar o espaço físico.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Inserir Farmacêuticos, Técnicos, ou auxiliares de farmácia em 100% de Unidades	% de UBS com profissionais de farmácia	Capacitar os técnicos para trabalhar com a legislação vigente; realizar concurso para os profissionais.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Manter 100% das Farmácias Populares existentes em pleno funcionamento	% de farmácia popular existente em pleno funcionamento	Adquirir insumos para as farmácias populares; manter os profissionais existentes.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Atender 100% das Demandas Judiciais adquiridos em tempo adequando.	% de demandas judiciais atendidas	Propor a criação de mecanismos de definição de fluxos para dispensação de medicamentos oriundos de demandas judiciais.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão

Fonte: Elaboração própria, 2017.

#### 4.2.5 Gestão em saúde

A gestão em saúde tem como finalidade a implementação de políticas por meio de processos decisórios. Esta gestão é imbuída por questões inerentes à atividade relacionadas a motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento). Características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços (CARVALHO, 2012).

Desse modo, Brasil (2007c) salienta que a gestão em saúde está ligada a ações de regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, planejamento. Adotar esses elementos implica em pensar de forma estratégica para uma melhor tomada de decisão por parte dos gestores do SUS.

Visualizando as metas pactuadas para este bloco, foi possível identificar a princípio, a elaboração de metas relacionadas ao planejamento, informação e participação da comunidade por meio de conselhos.

Contudo, essas metas não foram passíveis de observância do ano em análise, uma vez que não foi informado se essas metas foram ou não alcançadas, deixando uma lacuna para o entendimento do que é realizado no município em termos das metas analisadas no presente estudo.

É preciso salientar que por meio do processo de descentralização promovido a partir das normas operacionais, a esfera municipal passa a ser protagonista em relação a gestão do SUS nos territórios demarcados sob sua jurisdição.

Constatar que nenhuma das metas selecionadas para análise deste bloco foram alvo de apreciação no relatório de 2016 é um fator preocupante, uma vez que o objetivo primordial desses instrumentos de planejamento do SUS não é exibir apenas os elementos que funcionaram ou as metas alcançadas. Pelo contrário, as funcionalidades destes instrumentos de planejamento residem no fato de oferecer aos gestores públicos uma gama de informações para a tomada de decisão, inclusive informações referentes às metas e atuações que não tiveram êxito e os motivos do insucesso dessas pactuações para um planejamento futuro.

Em relação a isso, Carvalho (2012) mostra que no Brasil a avaliação em saúde apresenta-se ainda por intermédio de processos incipientes, pouco incorporado às práticas, possuindo quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático.

**Quadro 9:** Metas avaliadas - Gestão em saúde

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Utilizar as estratégias do planejamento participativo e monitoramento na gestão	Percentual de unidades de saúde realizando, planejamento local	Sensibilizar, através de Rodas de Conversas entre a gestão da SMS e os profissionais do nível central, sobre o planejamento participativo; desenvolver planejamento local em saúde através de avaliação e monitoramento constante.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Implantação de Conselhos distritais de saúde	Nº de conselhos distritais Implantados	Visitar as Unidades de Saúde; Reunião com os profissionais e membros da comunidade; implantar inicialmente os locais de saúde; Implantar dois Conselhos distritais.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Implantar e/ou Implementar as estratégias do planejamento participativo e monitoramento na gestão	Percentual de unidades de saúde realizando, planejamento local	Sensibilizar, através de Rodas de Conversas entre a gestão da SMS e os profissionais do nível central, sobre o planejamento participativo; desenvolver planejamento local em saúde através de avaliação e monitoramento constante.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Qualificar e ampliar o uso da informação em saúde	Qualificar e ampliar o uso da informação em saúde	Nº de instrumentos de informação em saúde	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Ampliação modernizada estrutura de tecnologia de todos os setores, visando o desenvolvimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde	Adquiridos insumos tecnológicos	Adquirir equipamentos de informática “softwares” de qualidade para aperfeiçoar os processos e fluxos da secretaria como Compras, RH, Financeiro. Farmácia e Almoxarifado; capacitar os funcionários através do NUPPEP para manuseio e uso da tecnologia em seus setores de trabalho.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão

Fonte: Elaboração própria, 2017.

#### **4.2.6 Investimentos na rede de Atenção de serviços de saúde, construção, ampliação e reformas de unidades de saúde**

Uma rede de serviço de saúde é definida como a estruturação de ações e serviços de saúde, com diferentes tecnologias, integrada ao apoio técnico, logístico e de gestão, cuja finalidade é a integralidade sistêmica de ações e serviços de saúde, levando em consideração, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (MS. 2010).

Para Brasil (2010), um dos desafios do SUS é superar a fragmentação das ações, é ir além do modelo curativo pautado na oferta de serviços. Nesse sentido, buscar a integralidade das ações e investir na ampliação de serviços e equipamentos de saúde é uma forma de melhorar a qualidade da saúde pública de modo eficiente.

Ao visualizar as metas selecionadas referentes a este bloco, é possível identificar algumas iniciativas importantes, como por exemplo, construção e adequação de Unidades Básicas e investimento em tecnologia. É certo que, para um nível de integralidade maior, a Atenção Básica acaba se tornando estratégica no sentido de ser considerada uma das principais portas de entrada ao SUS.

Com isso, foi possível perceber a construção das seguintes Unidades Básicas de Saúde: UBS Raimundo Suassuna I e II (Porte I); UBS Maria de Lourdes Leôncio (Porte II); UBS Galante (Porte II). Por outro lado, as seguintes Unidades não foram construídas: UBS Aluizio Campos I e II (Porte II); UBS Jardins (Porte II); UBS Major Veneziano (Porte III); UBS Vila dos Teimosos (Porte III).

Este fato pode ser preocupante, uma vez que a não construção desses equipamentos de saúde pode deixar parcela do território descoberto, ou sobrecarregar outras áreas que já possuem alto grau de demanda.

Somado a este fator, tem-se o não cumprimento da meta relacionada Construção de Unidades Básicas no bairro do Alto Branco. Isto implica também que parcela da população que seria atendida por este equipamento de saúde está sendo deslocada em princípio para outros territórios, sobrecarregando a capacidade do sistema.

Outro elemento que merece destaque é a adequação de 35% das estruturas físicas das UBS em imóveis próprios adequadas. Este dado mostra que a pactuação que era de 50% desses imóveis não foi alcançada, mas no Relatório Anual de Gestão salienta-se que houve preocupação em trabalhar para essa adequação.

Por outro lado, o município conseguiu em 2016, adequar 25% das estruturas físicas destas unidades em imóveis não próprios, o que demonstra ser uma ação positiva, mesmo que, em pleno ano de 2016, existam Unidades funcionando em estruturas não próprias do município, caminhar no sentido de resolver esse problema oferece mais qualidade de trabalho e de atendimento aos servidores e usuários do SUS nessas Unidades,

Este dado é validado por pesquisa empírica realizada por Nogueira (2011), ao conceber extenso trabalho de campo em todo município de Campina Grande, na qual foi constatada a situação precária de funcionamento de algumas Unidades Básicas de Saúde em imóveis alugados pela gestão municipal<sup>7</sup>. Subjacente a este fato, a análise do presente estudo, demonstra que este aspecto ainda é um desafio para a gestão municipal.

A Rede de Atenção à Saúde perpassa em primeira instância pelo fortalecimento da Atenção Primária, uma vez que esta tem a “função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção” (MS, 2010, p. 02).

Fortalecer à Atenção Primária é estratégico para o próprio fortalecimento de uma rede de Atenção à Saúde. Doravante, nas metas analisadas referentes ao Município de Campina Grande, é possível observar um esforço de investimento, por exemplo na Atenção Básica, entretanto, pelas metas que não foram alcançadas, visualiza-se que ainda persistem desafios a serem superados pela gestão municipal.

Outro aspecto que chamou atenção está ligado ao Monitoramento de 100% dos contratos, convênios e contratualizações com prestadores de serviço de Média e Alta Complexidade sob gestão municipal. Essa informação não está contida no relatório analisado. Para MS (2010), essas contratualizações fixam critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.

Dentre os objetivos da contratualização destacam-se: melhorar o nível de saúde da população; responder com efetividade às necessidades em saúde; obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde; etc.

---

<sup>7</sup> Nogueira (2011) identificou que existia Unidades Básicas funcionando em casas de civis que dividiam a casa para alugar a outra metade a Prefeitura Municipal. Além desse fato, pode-se constatar também que muitas Unidades não tinham a mínima estrutura de atendimento por possuírem uma arquitetura civil, própria para moradia e não para o atendimento a demandas de saúde.

Inerente a este fato, sem falar no seu grau de importância, constatar que esta informação não pode ser verificada por falta de informações, é algo que chama atenção, uma vez que essa medida acaba sendo importante, por se tratar de observância aos recursos públicos que são pactuados por meio de contratualizações. Dessa forma, é dever da gestão municipal averiguar estes contratos e registrar como foi o seu funcionamento no decorrer de determinado espaço de tempo

**Quadro 10:** Metas avaliadas – Investimento na rede se atenção de serviços de saúde

META	INDICADOR	AÇÃO	SITUAÇÃO
Construção das unidades: UBS Aluizio Campos I e II (Porte II); UBS Jardins (Porte II); UBS Major Veneziano (Porte III); UBS Vila dos Teimosos (Porte III); UBS Raimundo Suassuna I e II (Porte I); UBS Maria de Lourdes Leônico (Porte II); UBS Galante (Porte II)	Equipe implantada	Cadastro no REQUALIFICA SUS; Captação de recursos; Processo licitatório; Fase inicial de construção; entrega da obra	Unidades construídas: UBS Raimundo Suassuna I e II (Porte I); UBS Maria de Lourdes Leônico (Porte II); UBS Galante (Porte II).  As seguintes Unidades não foram construídas: UBS Aluizio Campos I e II (Porte II); UBS Jardins (Porte II); UBS Major Veneziano (Porte III); UBS Vila dos Teimosos (Porte III);
Monitorar 100% dos contratos, convênios e contratações com prestadores de serviço de MAC, sob gestão municipal.	100 % dos Contratos e Convênios Monitorados	Definir os prestadores e serviços para contratar; criar mecanismos de monitoramento dos contatados.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Construir Unidades Básicas de Saúde em áreas sem cobertura do Programa Saúde da Família (Alto Branco)	UBS em 100% De áreas não cobertas	Contemplada pela primeira ação do item 1.1. Mapeamento de demanda demográfica apresentada pela Gerência de Atenção Básica à Secretaria de Saúde.; Cadastro no REQUALIFICA SUS; Captação de recursos; Processo licitatório; Fase inicial de construção; entrega da obra.	Não identificado no Relatório Anual de Gestão
Adequar 10% das estruturas físicas das UBS em imóveis próprios.	Adequar 50% das UBS próprias	Mantener a regularidade de adequações de imóveis próprios na porcentagem apresentada.	35% das estruturas físicas das UBS em imóveis próprios adequadas
Adequar 25% das estruturas físicas das UBS em imóveis não próprios.	Adequar 25% das UBS não próprias	Mantener a regularidade de adequações de imóveis não próprios na porcentagem apresentada.	Meta alcançada: 25% das estruturas físicas das UBS em imóveis não próprios adequados

Fonte: Elaboração própria. 2017.

### 4.3 Planejamento em saúde em Campina Grande: um panorama sobre a gestão e a gerência

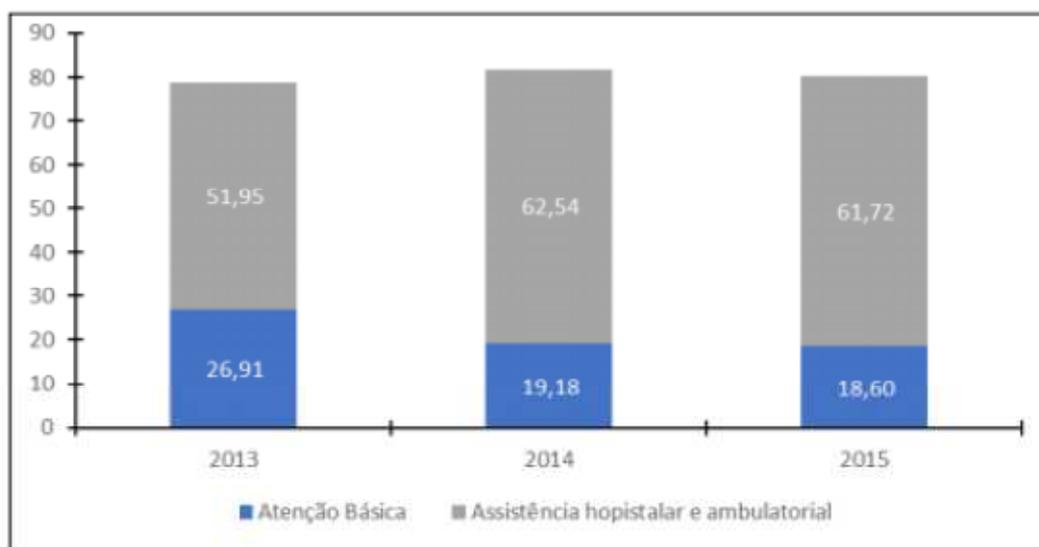
Ao considerar que o município de Campina Grande foi um dos primeiros a adotar o Programa de Saúde na Família, hoje denominado Estratégia de Saúde na Família, esperava-se que em princípio os dados sobre cobertura territorial das equipes de atenção básica estivessem completos em 100%.

Contudo, a verificação realizada neste trabalho evidenciou que o município ainda possui lacunas a serem preenchidas no que de respeito Política de Atenção Básica.

Diante desse resultado, reflete-se que este movimento pode ser explicado pelo caráter estrutural do modelo de atenção à saúde em Campina Grande, com nítida preferência ao modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e não na promoção da saúde.

Medeiros Júnior (2017) destaca que a gestão municipal de Campina Grande concentra boa parte dos seus gastos com a esfera hospitalar conforme é possível identificar no gráfico a seguir:

**Figura 4:** Participação da Atenção Básica e assistência hospitalar e ambulatorial em %



**Fonte:** Medeiros Júnior, 2017.

É perceptível que esta concentração de recursos na assistência hospitalar e ambulatorial influencia em um não desenvolvimento da Atenção Básica no município.

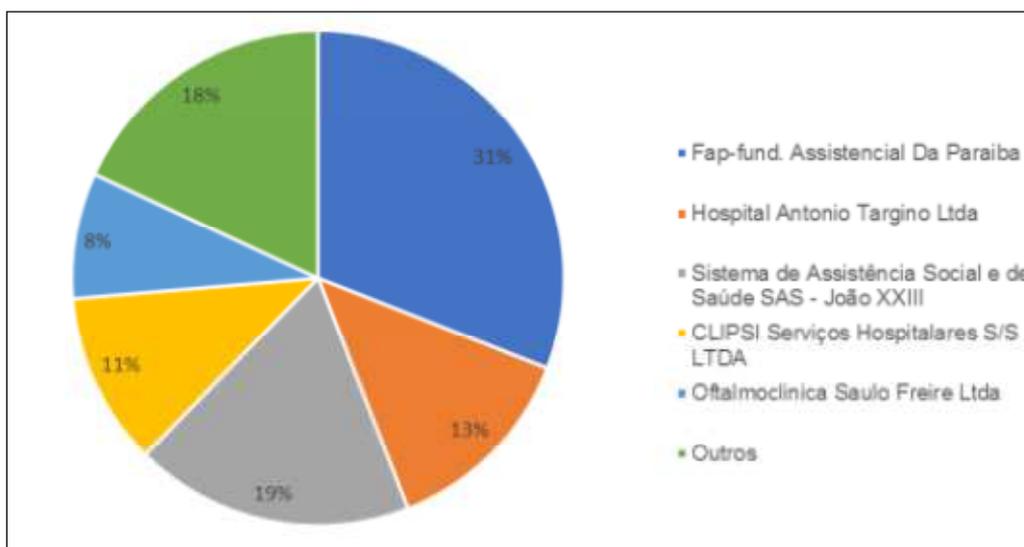
Salienta-se que não é possível desconsiderar a importância deste tipo de atenção, contudo, em termos de gestão e de um pensar em torno de uma Administração política da saúde, seria mais viável e estratégico investir na Atenção Básica, a começar pela totalidade da cobertura das Equipes de Atenção Básica. Esta ação faria com que boa parte das demandas hospitalares e ambulatoriais fossem resolvidas nas próprias UBS.

No bloco referente a **Atenção de Média e Alta Complexidade**, a ausência de informações sobre as metas de ampliação de procedimentos ambulatoriais, instalação da UPA tipo II no Bairro do Santa Rosa, ampliação da rede própria de análises clínicas e o pouco avanço nas metas referentes a instalação de policlínicas nos distritos sanitários implica que o município deixa de implantar serviços importantes para a comunidade.

Além desse fato, a implementação ou ampliação de serviços como o da UPA, rede própria de análises clínicas significaria uma maior autonomia do município frente ao setor privado.

Medeiros Júnior (2017) mostra em seu estudo que no ano de 2016 o município de Campina Grande concentrou recursos em torno de 5 grandes hospitais privados como pode ser verificado no gráfico a seguir.

**Figura 5:** Distribuição dos recursos entre os prestadores - 2016 (%)



Fonte: Medeiros Júnior, 2017

Para o referido autor, no ano de 2016 apenas a Fundação Assistencial da Paraíba recebeu uma quantia referente a R\$ 21,6 milhões, o que significa uma média mensal de R\$ 1,8 milhão.

A mesmo tempo que ocorre esse movimento, metas importantes do bloco que em princípio poderiam pulverizar um maior acesso a serviços de saúde deste nível de complexidade a população são negligenciadas ou não atendidas em sua totalidade.

No que diz respeito ao bloco da **Vigilância Sanitária** chama atenção o não cumprimento da meta relacionada a cobertura vacinal BCG e rotavírus em 90% das crianças. Como o relatório afirma que houve cobertura de 85%, isso implica que 15% das crianças ficaram sem acesso a este importante serviço. Uma vez que a própria meta não estipulava 100% de cobertura.

Aliado a esta não cobertura, a inexistência de informações sobre o tratamento e supervisão de pacientes com tuberculose e hanseníase preocupa. A não acessibilidade de cerca de 15% de crianças a vacinas contra tuberculose pode influenciar no surgimento de novos casos. Como não há em princípio informações sobre acompanhamento de pessoas com esta patologia, torna-se complexo planejar ações futuras ou pensar a longo prazo em estratégias de redução dos casos.

Em análise a este bloco, Medeiros Junior (2017) também chama atenção para o fato de que o Plano Municipal de Saúde colocou metas mais específicas, pontuais, o que dificulta a vinculação das mesmas com uma estratégia claramente definida.

O bloco da **Assistência Farmacêutica** mostra-se como o mais complexo em termos de ausência de informações. Todas as metas selecionadas para análise no presente estudo não foram possíveis de identificação quanto ao cumprimento devido à ausência de informações.

Nesse bloco destaca-se metas importantes para o atendimento de demandas como: funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica, melhoramento de espaço físico da farmácia central e atendimento de demandas judiciais.

Como entrave histórico, as demandas judiciais se tornaram um problema sério conforme o próprio plano de saúde aponta. Contudo, o que se evidencia é que mesmo considerando esse como um problema que merece resolução, não há informações sobre ele no relatório de gestão do ano de 2016.

Isto implica que a gestão pelo menos para esse ano de análise, não teve como observar a quantidade de demandas judiciais atendidas e como essas demandas impactaram nos recursos financeiros do município.

Uma análise mais apurada tendo como base o Relatório Anual de Gestão poderia fornecer subsídios para que o município diminuísse gastos com essas demandas, uma vez que Brasil (2011a) salienta que as demandas judiciais influenciam no gasto de recursos com medicamentos que poderiam ser substituídos por outros com preços mais acessíveis.

O bloco de **Gestão em Saúde** também segue o mesmo processo do bloco trabalhado no parágrafo anterior. A ausência de informações não permitiu observar o andamento de metas importantes que iriam influenciar de forma positiva no melhoramento da gestão em saúde no município.

Neste bloco destaca-se que as metas selecionadas na análise iriam trazer celeridade e maior participação de forma descentralizada da comunidade frente a gestão das ações de saúde a serem desenvolvidas. Isso poderia trazer benefícios para a gestão municipal de saúde local uma vez que o SUS tem como preceito o caráter participativo na comunidade frente as demandas por serviços de saúde.

Avalia-se que as metas desse bloco deveriam ter recebido uma maior atenção, e melhor tratamento das informações presentes no relatório. Esta ausência dificulta em se pensar formas de melhoria na gestão municipal de saúde.

No que diz respeito ao bloco de **Investimentos na Rede de Atenção e Serviços de Saúde** a não construção de Unidades básicas, não adequação por completo de estruturas físicas das UBS em imóveis próprios e a não construção de unidades básicas no bairro do Alto Branco traduz a dificuldade do município em lidar com a Atenção Básica de modo estratégico.

A ampliação e adequação de UBS subjaz mais qualidade e acessibilidade a serviços básicos por parte da sociedade. Conforme já mencionado, pensar de forma estratégica no melhoramento da Atenção Básica é possuir o entendimento que muitas das demandas das filas de hospitais poderiam ser resolvidas nos próprios bairros. Isso resultaria na demanda por serviços de média e alta complexidade de forma mais organizada o que diminuiria o fenômeno das longas filas de espera do SUS.

De forma geral, a não identificação das informações referentes a 66% das metas analisadas pode oferecer pistas de como esses relatórios são levados em consideração.

Mesmo em uma concepção burocrática as informações contidas no Relatório Anual de Gestão oferecerem dificuldades para que o gestor tenha condições de analisar, avaliar e programar ações futuras.

Com isso, entende-se que para o recorte analítico adotado neste estudo, a ausência de informação em relação ao relatório traduz que o município de Campina Grande possui problemas ligados a esfera da gerência que acabam por influenciar na gestão, uma vez que não se pode considerar estes dois núcleos de forma mecânica e separada.

Conforme apontado por Santos, Ribeiro e Chagas (2009); Barreto (2011); Santos (2009) a Administração possui uma dimensão abstrata ligada a gestão e uma aplicada referente a gerência. Essas duas instâncias são sumariamente importantes para o sucesso de qualquer projeto ou ações pensadas em longo prazo.

Contudo, os resultados obtidos neste estudo mostram que em termos técnicos há problemas que influenciam de forma negativa na gestão da saúde do município. A ausência de informações diante de algumas metas e a não revisão do plano indicam problemas de gerência que precisam ser revistos e melhor trabalhados.

Para além dos problemas de gerência evidenciados, o estudo corrobora a análise realizada por Medeiros (2017) o qual este autor afirma não existir em Campina Grande um modelo de gestão da saúde caracterizado como de administração política da saúde. Para este autor, o município continua concentrando gastos na Média e Alta Complexidade, deixando a Atenção Básica para um segundo plano.

Além desse fato, o autor destaca que mesmo nas ações pontuais e a curto prazo, não é possível identificar ou constatar que a gestão municipal vem trabalhando de forma a alcançar estas ações.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa e por meio da avaliação realizada em Medeiros Júnior (2017) pode-se refletir como hipótese que a ausência de informações referentes a execução de metas e ações reflete uma gerência que dá pouca atenção ao processo de acompanhamento e execução do Plano de Saúde.

Considera-se que este fato acaba por influenciar de forma negativa na gestão municipal. Parte-se do pressuposto que a Gestão e a Gerência são suas esferas que precisam estar em sintonia.

Neste quesito destaca-se o papel da Administração Política e da Administração profissional. Os resultados do estudo mostram que mesmo em uma perspectiva de curto

prazo, o município apresenta problemas relacionados a Administração profissional que se materializam por meio da pouca atenção e não acompanhamento das metas pactuadas no planejamento.

Nesse sentido, o estudo conseguiu perceber que além dos problemas de gerência, Campina Grande também possui problemas de gestão, por não conseguir uma continuidade em suas políticas, dando ao SUS um caráter de política de Estado orientada por programas de governo.

É certo que o SUS vivencia problemas relacionados ao subfinanciamento e no cenário atual de crise política e econômica este problema tende a se agravar. Com a redução do Estado e perda de sua capacidade de investimento real.

Com isso, levar em consideração os instrumentos de planejamento para além de um arcabouço burocrático, acaba se tornando peça estratégica para a gestão do SUS em tempos turbulentos como estes.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Administração Política ao considerar à Gestão como objeto de estudo, traz ao debate epistemológico o fato desta ciência ter um objeto de estudo próprio, que abre novas possibilidades para que o administrador se insira na análise de problemas e dilemas da sociedade, tornando este profissional um agente ativo na sociedade.

Nesse trabalho, testou-se mostrar que a gestão do SUS está ligada diretamente por instrumentos que conferem informações e detalhes para o gestor público. Entretanto, ao enxergar o SUS como um sistema, é preciso ter em mente a sua complexidade e dimensão, pois tentar visualizar essa política de Estado a partir de um único viés é ter uma noção reducionista.

O trabalho realizado por meio da pesquisa interessou-se em contribuir para o acompanhamento, avaliação e reflexão das metas programadas para a gestão na saúde do município de Campina Grande, tendo como base o ano de 2016.

Ao ter como objeto de estudo o Planejamento em Saúde por meio de instrumento básicos de planejamento: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual em Saúde e Relatório em Anual de Gestão o trabalho procurou realizar uma ponte entre o aporte teórico da Administração política por meio de duas principais categorias: Gestão e Gerência.

Ao se trabalhar com essas duas categorias, foi possível evidenciar o SUS como uma política de Estado que mesmo possuindo problemas cotidianos caracteriza-se como uma política pensada à longo prazo pelo Estado brasileiro.

Contudo, em um movimento contraditório, este mesmo Estado possui uma Administração Política que desde os anos de 1980 pensa o país em curto prazo e submetido ao capital fictício. Dessa forma, o Brasil fica à deriva e refém de uma relação de poder internacional que planeja os caminhos do país através de uma ideologia neoliberal adotada pela classe dirigente do país.

Neste aspecto, considera-se que há uma Administração Política da Saúde no SUS e que este sistema não consegue obter um avanço mais significativo pela ausência de um projeto de nação pensado a longo prazo, tendo na distribuição dos recursos produzidos socialmente uma concepção básica.

Ao trazer esse panorama para uma análise local do município de Campina Grande, buscou-se seguir o raciocínio de Santos e Gomes (2017) de que as pesquisas em Administração devem se esforçar em compreender e explicar a realidade ligando as escalas micro e macro de análise para que seja possível evidenciar de melhor forma os problemas da realidade.

Contudo, por meio da análise e da reflexão em torno dos resultados obtidos pode-se visualizar a ausência de informações no Relatório Anal de Gestão referentes a metas importantes para o atendimento das demandas municipais de saúde.

Este fato prejudica o trabalho da gestão em pensar a longo prazo. Ou seja, Campina Grande além de não possui um pensar a longo prazo em termos de gestão em saúde - materializados pela histórica prioridade relegada a atenção ambulatorial e hospitalar em termos de recursos financeiros - é constrangida por deficiências na gerência do Plano Municipal de Saúde, que deveria alimentar a gestão com o acompanhamento das metas por meio do Relatório Anual de Gestão.

Dessa forma, é possível evidenciar dois movimentos interessantes que ocorrem no município de Campina Grande. O primeiro deles relacionados a problemas de Gerência no que diz respeito ao acompanhamento e execução de metas, pelo menos no ano de análise desta pesquisa; O segundo referente a inexistência de um pensar a longo prazo na gestão de saúde do município, refletida assim pela ausência de uma Administração Política da Saúde em plano local.

Como o papel da academia está relacionado ao aspecto de refletir sobre a realidade e propor algumas mudanças para o trato com os problemas existentes, a pesquisa mostra que algumas medidas importantes podem ser tomadas pelo menos no nível gerencial.

Caso a gestão municipal seja aberta a contribuições, a Universidade por meio de cursos como o de Administração poderia realizar parcerias com projetos de extensão para o trabalho no setor de planejamento e execução do Plano Municipal de Saúde;

- a) O Conselho Municipal de Saúde também deve ser mais atuante no acompanhamento do planejamento e execução do plano. Por se tratar de uma representação da comunidade, tem por dever realizar esta atividade. Caso o Conselho também sinta dificuldades, a Universidade poderia fornecer apoio por meio de capacitação, rodas de trabalho e formação de grupo de acompanhamento sobre o planejamento com alunos e professores.
- b) Como pensar a longo prazo, a gestão municipal deve adotar de fato a Atenção Básica como pilar estratégico para a Gestão. Este fato ocasionará melhoria no quadro de saúde da população a partir do momento que as ações forem mais planejadas com base na realidade do município. É importante considerar que os territórios locais são bases relevantes para a melhoria da qualidade de saúde da população.

Tendo em vista esses aspectos, entendendo que o estudo possui caráter exploratório, é possível considerar que este conseguiu alcançar o objetivo planejado, abrindo também, perspectivas e questionamento para futuras pesquisas:

- a) Em um nível de planejamento, como de fato é construído os instrumentos de planejamento no SUS em Campina Grande?
- b) Como se dá o processo de apreciação e aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde em relação a estes instrumentos?

- c) Nos outros anos, como se deu o comportamento dos instrumentos em relação ao que foi planejado e executado?

Os resultados obtidos neste estudo podem contribuir na oferta de informações para análises junto à secretaria municipal de saúde, levando em consideração uma perspectiva mais aprofundada, com uso de outras técnicas de pesquisa como entrevistas e análise de grupo focal, entrevistas para que se possa entender de fato quais são as maiores dificuldades de adotar esses instrumentos de planejamento como ferramentas para a gestão municipal de Campina Grande e não apenas como peças burocráticas.

Sendo assim, é preciso encarar a Administração a partir de um viés crítico, tendo em vista que o papel do Administrador é também questionar a realidade e se aprofundar sobre temas que são inerentes a sociedade, não aceitando a realidade pela aparência e consciência ingênua, mas mergulhando de forma crítica por meio de uma consciência crítica sobre a essência dos fatos.

Avalia-se que além da contribuição em fornecer informações relevantes para a gestão municipal, esta pesquisa avançou no sentido de trabalhar com a concepção de Administração Política da saúde, elencando a gestão e a gerência como conceitos básicos para o recorte analítico adotado.

Dessa forma, com o intuito de avançar mais na agenda da Administração política, acredita-se que esta concepção teórica formulada por Santos (1993) traz novas perspectivas para os estudos da Administração e em especial para a gestão da saúde pública brasileira.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS)** - breve história da política de saúde no MS. In: \_\_\_\_\_. SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011a, p. 15-40.

AGUIAR, Z. N.. **O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde.** In: \_\_\_\_\_. SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011b, p. 41-68.

ALVES, R.A.S. **Gestão da saúde nas microrregiões da Paraíba:** uma análise à luz da administração política, 2014. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo:** gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001.

ANUNCIACÃO, F.C; SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p. 845-858, 2011.

BARROS; M. E. D, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no MS. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC (org). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 101 – 138.

BOURDIEU, P. Capítulo VII: a representação política elementos para uma teoria do campo político. In. \_\_\_\_\_. **O poder simbólico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand MS. 2010, p. 163 - 202.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Diário Oficial da União, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015a.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016.** altera o ato das disposições constitucionais transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da união e estabelecer a desvinculação de receitas dos estados, distrito federal e municípios, 2016b.

BRASIL. Presidência da república. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, 2016.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Nação, estado e estado-nação.** 2008. Disponível em: < <http://tinyurl.com/7r9svjd> > Acesso em: 10 Set, 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. PACHECO Regina Silvia. Instituições, Bom Estado, e Reforma da Gestão Pública. Revista **Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, no. 3, setembro/outubro/novembro,2005. Disponível na Internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 26 de Agosto de 2016.

CARCANHOLO, R; NAKATANI, P. "O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro característico da globalização". **Ensaio FEE**. v.20, n.º , p. 284-304. Porto Alegre: FEE, 1999.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v. 17, p. 913-920, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12732/1/ARTIGO\\_GestaoSUSPraticas.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12732/1/ARTIGO_GestaoSUSPraticas.pdf) > Acesso em Março de 2017.

DURKHEIM, É. **Sociologia e Filosofia**. 2ª ed. São Paulo: ícone, 2007.

FUNCIA, F. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. 2015 12 Abr ;(4): 1-8.

FUNCIA, F.R. Emenda constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016, revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. D 2017 09 Abr;(7): 1-14.

FURTADO, Celso. **Formação Econômica do Brasil**. 34. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.  
HOBBSBAWM, E. **Era dos extremos – o breve século XX**. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influências das cidades**, 2017.

LESSA, S. **Capital e Estado de Bem-Estar: O caráter de classe das políticas públicas**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013

LUZ, A. B. C; PEREIRA, M.F; SILVA, M.L.B. **Análise dos instrumentos de planejamento do Sistema Único de saúde (SUS)**. 2012. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização em gestão da saúde pública) - Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Maurício Fernandes Pereira.

MARQUES, R. M, Piola S.F, Ocké-reis, AC. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques RM, Piola S, Roa AC (org). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 247 – 251.

MARX, K. **Contribuição à crítica da Economia Política**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **Contribuição à crítica da Economia Política**. Introdução e tradução de Florestan Fernandes. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, [1860] 2008.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política - livro I: o processo de produção do capital**. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, [1890] 2013.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Editora Escala, [1848] 2009.

MEDEIROS JÚNIOR, et al. **Administração Política da Saúde: uma análise comparativa dos indicadores de gestão da saúde de quatro municípios do interior do Nordeste**. VII Encontro de Administração Política . Juiz de Fora . 29 a 31 de Agosto de 2016.

MEDEIROS JÚNIOR, G ; ALVES, R.A.S; MEDEIROS, D.F.K.L . **Por uma Administração Política da Saúde: uma análise comparativa dos indicadores de gestão da saúde de Campina Grande -PB e Vitória da Conquista- BA**. In: IV Encontro de Administração Política para o Desenvolvimento do MS. 2013, Vitória da Conquista. Da distribuição ao Crescimento da Riqueza, 2013. Disponível em: <<http://www.uesb.br/eventos/encontroadministracaopolitica>> Acesso em: 16 Fev 2016.

MEDEIROS JÚNIOR, G. **Economia e Administração Política da Saúde: Análise das Dinâmicas do Capital e do Estado na Gestão do SUS no Brasil e em Campina Grande**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2017.

MEDEIROS JÚNIOR, G; SANTOS, A.L.S; OLIVEIRA, M.P; SOUZA;T.A.P. **A política de saúde no município de Campina Grande: uma análise sobre a execução do Plano Municipal de Saúde**. [Relatório PIBIC]. Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

MEDEIROS JÚNIOR, Geraldo. **Desafios da Municipalização da saúde: Evolução do Fundo Municipal de Saúde e Perspectivas de Implementação de um Novo Modelo de Saúde em Campina Grande**. 1999. 130 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Paraíba.

MENDES A, FUNCIA F. R. O SUS e seu financiamento. In: Marques, R.M; Piola, S.F; Roa, A.C (org). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 139 – 168.

MENDES, Á. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.

MOREIRA, S. V. **Análise documental como método e como técnica**. In: DUARTE, J; BARROS, A (Org.). Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 267-279.

MS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

MS. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica:** instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília : MS, 2006b. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf> > Acesso em: Março de 2017.

MS. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília : CONASS, 2011a. Disponível em: < [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_7.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_7.pdf) > Acesso em: Março de 2017.

MS. Conselho Nacional, de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de Maio de 2004,** 2004. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html) > Acesso em: Mar, 2017.

MS. Conselho Nacional, de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf) > Acesso em: Mar. 2017.

MS. Conselho Nacional, de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011c.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. Disponível em:< [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_4.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf) > Acesso em: Abril, 2017.

MS. Conselho Nacional, de Secretários de Saúde. Capítulo 3: Financiamento. In.: \_\_\_\_\_. **A Gestão do SUS.** – Brasília: CONASS, 2015b. p. 86 - 119.

MS. **Decreto n 6. 286, de 5 de dezembro de 2007..** Institui o Programa saúde na escola. 2007b Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm) > Acesso em: 20 Mar. 2017.

MS. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011b .Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) > Acesso em: Março de 2017.

MS. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : MS, 2010c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf) > Acesso em: Março de 2017.

MS. **Lei n. 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

MS. **Lei nº 8.143, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União,1990.

MS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**.Brasília: MS, 1997.

MS. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do MS, 2009c.

MS. **Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, 2007c. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html) >  
Acesso em: Mar. 2017.

MS. Portaria nº 234 de 07 de Fevereiro de 1992. **Norma operacional básica NOB – SUS/1992**, 1992.

MS. **Portaria Nº 3.332**, de 28 de dezembro de 2006a. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília; 2006.

MS. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**: Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, 2006.

MS. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) > Acesso em: Mar, 2017.

MS. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93, 1993.

MS. **Portaria nº 837, de 23 de Abril de 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS,2009b. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html) > Acesso em: Mar. 2017.

MS. Presidência da república. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012:** regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

MS. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 91:** nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde, 1991.

MS. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília: MS, 2001.

MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em: 03 de Março de 2017. 2011

MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) :** manual instrutivo Brasília : MS, 2012b. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf) > Acesso em: 20 Mar, 2017.

MS. **Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : monitoramento e avaliação : processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS.** Brasília: MS, 2010a. (Série Cadernos de Planejamento).

MS. **Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva: organização e funcionamento .** 3. ed. Brasília: MS, 2009a. (Série Cadernos de Planejamento).

MS. **Sistema de Planejamento do SUS:** Uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: Um pacto pela saúde no MS. Brasília: MS; 2007d.

MS. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília; 2008.

MS. **A Gestão do SUS .** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> > Acesso em: Março de 2017.

NOGUEIRA, K.W.A.S; PEREIRA, M.P.B. **Percepção dos superiores hierárquicos sobre o conhecimento geográfico dos ACS e ACE em Campina Grande PB.** In: V simpósio nacional de Geografia da saúde, Recife, 2011.

OLIVEIRA, C.M ; CRUZ, M.M . Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 255-267, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf> > Acesso em Março de 2017.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SES. Secretaria de Estado da Saúde Paraíba. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba.** João Pessoa, 2008. Disponível em: < <http://www.saude.pb.gov.br/site/CAPAPDR08.pdf> > Acesso em: 20 Set 2016.

REISDORFER, E. et al . Plano Municipal de Saúde: um instrumento de transformação social.. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, p. 97-102, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1482/0> < Acesso em 20 Set2016.

RIBEIRO MATOS, E. Revisitando o conceito de administração política. **Revista Brasileira de Administração Política**, v. 1, n. 1, 2008.

RIBEIRO UBALDO, J. Política e Administração. **O & S**, Salvador, v. 13, n. 38, p.167-198, 01 jul. 2006.

ROTTA, J. H. As relações quantitativas do SUS em Campina Grande e o processo de Municipalização da Saúde. Mestrado em Economia, UFPB. **Série Debates**, n. 68, ago. 1997.

SANTOS, R. S. ; RIBEIRO, E.M ; CHAGAS, T. Bases Teórico- Metodológicas da Administração Política. **Revista de Administração Pública**, v. 4, p. 919-941, 2009.

SANTOS, R. S. Keynes e a proposta de Administração Política do capitalismo. REBAP. **Revista Brasileira de Administração Política**, v. 1, p. 103-158, 2008. Disponível em: < <http://www.rebap.ufba.br/arquivos/8artigo7.pdf>> Acesso em 10 de setembro de 2015.

SANTOS, R. S. S; GOMES, F. G. **Outro modo de interpretar o Brasil** - ensaios de uma Administração Política: Caminhos para a construção do projeto nacional. São Paulo: Hucitec, 2017.

SANTOS, R. S. S; GOMES, F. G. **Outro modo de interpretar o Brasil** - ensaios de uma Administração Política: Caminhos para a construção do projeto nacional. São Paulo: Hucitec, 2017.

SANTOS, R. S.; RIBEIRO, E. M. . A Administração Política Brasileira. **RAP. Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 27, n.4, p. 0-0, 1993.

SANTOS, R. S.; RIBEIRO, E. M. . A Administração Política Brasileira. **RAP. Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 27, n.4, p. 0-0, 1993. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8553/7292>> acesso em 22 setembro de 2015

SANTOS, R.S. **Em busca da apreensão de um conceito para administração política**. In: SANTOS, Reginaldo (org.). Administração Política como campo do conhecimento. São Paulo-Salvador: Hucitec-Mandacaru, 2009, p. 23-61.

SILVA, K.C.L; SANTOS, E. R. R; MENDES, M. S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, MS. JPMHC. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, p. 15-25, 2012.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campina Grande. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual em Saúde** 2016, 2016a.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campina Grande. **Relatório Anual de Gestão**, 2016, 2016b.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campina Grande. **Plano Municipal de Saúde: 2014 - 2017**, 2014.

SOLHA, R.K.T. **Sistema único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Érica, 2014.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. **Sociologias** (UFRGS), Porto Alegre, v. 8, n.16, p. 20-45, 2006. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> > Acesso em Fev de 2017.

SPÓSITO, M. E. B; SOARES, B. R. (org). **Agentes econômicos e reestruturação urbana e regional: Campina Grande e Londrina**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

TEIXEIRA, F.L.C. Administração política: surge um novo paradigma de pesquisa em área contestada. **Revista Brasileira de Administração Política**, v. 1, n. 1, 2016.

TEIXEIRA, M. A. C. **Capítulo 1: Estado, poderes e relações entre Estado e a sociedade**. In.: ; Estado, governo e administração pública.. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.p. 08 - 31.

WEBER, M. **Ciência e política: duas vocações**. São Paulo: Cultrix, 2004

# **ANEXOS**

<b>Anexo A: Metas selecionadas para análise 2016</b>		
<b>BLOCO</b>	<b>META</b>	<b>Referências</b>
<b>Atenção Básica</b>	Aderir 100% das equipes ao PMAQ	Brasil (2012a); Brasil (2012b); Brasil (2010a); Brasil (2007b),
	Monitorar e avaliar 100% das Equipes que aderiram ao PMAQ;	
	Promover Educação Permanente para 100% dos profissionais da Atenção Básica	
	Operacionalizar o Programa Saúde na Escola (PSE) em 100% das ESF;	
	Cobertura de 88% da população em relação a Equipes de Atenção Básica	
<b>Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar</b>	Ampliar a rede própria de análises clínica em 80%	Brasil (2011c); Brasil (2009c)
	Ampliar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade em 2% para população residente;	
	Implantar uma policlínica nas sedes dos distritos sanitários;	
	Implantação da UPA tipo II (Santa Rosa);	
<b>Vigilância em saúde</b>	Implantar em 05 unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências;	Oliveira & Cruz (2015); Brasil (2010c),
	Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 90% para BCG e rotavírus;	
	Oferecer tratamento supervisionado para 100% dos pacientes em tratamento de tuberculose;	
	Atingir no mínimo 80% de cura dos casos de hanseníase que iniciam tratamento;	
	Controle da doença de chagas no município;	
	Realizar 170 ações de educação permanente em saúde do trabalhador.	

Fonte: Elaboração própria, 2017.

<b>Quadro 2: Metas selecionadas para análise (continuação)</b>		
<b>BLOCO</b>	<b>BLOCO</b>	<b>Referências</b>
<b>Assistência farmacêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o funcionamento de 100% dos serviços de Assistência Farmacêutica;</li> <li>- Melhorar o espaço físico da Farmácia Central;</li> <li>- Inserir Farmacêuticos, Técnicos, ou auxiliares de farmácia em 100% de Unidades;</li> <li>- Manter 100% das Farmácias Populares existentes em pleno funcionamento;</li> <li>- Atender 100% das Demandas Judiciais adquiridos em tempo adequando.</li> </ul>	Brasil (2004), Brasil (2011b), Brasil (2011a).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar as estratégias do planejamento participativo e monitoramento na gestão</li> </ul>	
<b>Gestão em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação de Conselhos distritais de saúde</li> <li>- Implantar e/ou Implementar as estratégias do planejamento participativo e monitoramento na gestão</li> <li>- Qualificar e ampliar o uso da informação em saúde</li> <li>- Ampliação modernizada estrutura de tecnologia de todos os setores, visando o desenvolvimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde</li> <li>- Construção das unidades: UBS Aluizio Campos I e II (Porte II); UBS Jardins (Porte II); UBS Major Veneziano (Porte III); UBS Vila dos Teimosos (Porte III); UBS Raimundo Suassuna I e II (Porte I); UBS Maria de Lourdes Leôncio (Porte II); UBS Galante (Porte II)</li> </ul>	Carvalho (2012); Brasil (2007c)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequar 25% das estruturas físicas das UBS em imóveis não próprios.</li> <li>- Monitorar 100% dos contratos, convênios e contratualizações com prestadores de serviço de MAC, sob gestão municipal;</li> <li>- Construir Unidades Básicas de Saúde em áreas sem cobertura do Programa Saúde da Família (Alto Branco);</li> <li>- Adequar 10% das estruturas físicas das UBS em imóveis próprios;</li> </ul>	Brasil (2010)
<b>Investimento na rede de Atenção de serviços de saúde, construção, ampliação e reformas de unidades de saúde</b>		

Fonte: Elaboração própria, 2017