



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

ANA MARIA VICENTE DA SILVA

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE - PB: UMA ANÁLISE SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE (2014-2017)**

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

ANA MARIA VICENTE DA SILVA

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE - PB: UMA ANÁLISE SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE (2014-2017)**

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

Área de concentração: Administração Pública e Gestão da Saúde.

Orientador: Prof. Geraldo Medeiros Júnior.

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

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.

S586a Silva, Ana Maria Vicente da.
Administração política da saúde no município de Campina Grande - PB [manuscrito] : uma análise sobre a execução do plano municipal de Saúde (2014 - 2017) / Ana Maria Vicente da Silva. - 2018.
41 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior, Coordenação do Curso de Administração - CCSA."
1. Administração política. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3. Plano municipal. 4. Campina Grande. 5. Política de saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.1

ANA MARIA VICENTE DA SILVA

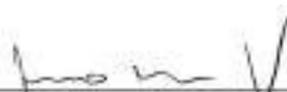
ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -
PB: UMA ANÁLISE SOBRE EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(2014-2017)

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

Área de concentração: Administração
Pública e Gestão da Saúde.

Aprovada em: 28/11/2018.

BANCA EXAMINADORA



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



Prof. Dra. Geuda Anazile da Costa Gonçalves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Bruno Fernandes da Silva Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao meu pai Paulo (*in memoriam*) e minha mãe Lúcia
por todo esforço e dedicação para que eu chegasse até
aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, centro e sentido da minha vida, pela graça de concluir mais uma etapa da minha vida.

A minha mãe Lucia por todo amor e dedicação, que mesmo na sua simplicidade compreendeu a importância da formação profissional, fazendo tudo para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu pai Paulo (*in memoriam*) por todos ensinamentos e amor. Por seu caráter e honestidade, me ensinando que as conquistas satisfatórias da vida são as oriundas de muito trabalho e perseverança, no qual levarei para toda minha vida.

À minha irmã Ana Paula, minha primeira professora e referência, sempre me apoiando em tudo. Ao meu irmão Rivelino, por todo amor e apoio, sempre disposto e presente.

Ao meu orientador, mestre e amigo Geraldo Medeiros, por todo empenho e paciência. Agradeço por sempre confiar em mim e me ajudar a lutar pelos meus sonhos, me ensinando a nunca desistir.

Aos professores Brunno e Geuda pela participação na banca e pela importância efetiva para a minha formação.

Às minhas amigas queridas. A Solange, por toda amizade e apoio, sendo muito importante em todos os momentos. A Michele, cuja amizade levarei para o resto da vida. A Moniele, por todo companheirismo nas tardes solitárias na UEPB e o apoio, sempre sendo solícita a me ajudar. A Brena e Mikaelly por sua amizade e companheirismo.

Ao PET Administração UEPB, nas pessoas dos tutores Geraldo e Sandra. Aos colegas petianos. O PET foi minha primeira casa na Universidade, onde pude crescer e despertar meu apreço pela academia.

Ao grupo Miaêro, nas pessoas do Prof. Geraldo, Michele, Kleiton e Ananda, onde despertei mais ainda meu desejo pela academia e estive até o fim do curso.

A todos professores e funcionários do DAEC, que transferiram seus conhecimentos com toda dedicação, em especial aos professores Geuda e Geraldo, com quem tive a experiência de ser monitora.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e aprendizado.

Por fim, a todos que fizeram parte desse processo, que apesar dos nomes não estarem aqui, levo pra sempre no meu coração.

“Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de
diversas maneiras; o que importa é modificá-lo
(Karl Marx)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA COMO NOVO CAMPO DO CONHECIMENTO ...	10
2.2 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DO SUS NO CONTEXTO DO MOVIMENTO DO CAPITAL.....	12
2.3 TRAJETÓRIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.4 CONTEXTO DE APROVAÇÃO DA EC 95 E O DESFINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	14
2.5 SOBRE O PLANEJAMENTO DO SUS	15
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
4. RESULTADOS.....	21
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.....	21
4.2 ANÁLISE SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE.....	23
4.3 BLOCO ATENÇÃO BÁSICA	25
4.4 BLOCO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	27
4.5 BLOCO VIGILÂNCIA EM SAÚDE	29
4.6 BLOCO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	31
4.7 BLOCO GESTÃO EM SAÚDE.....	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -
PB: UMA ANÁLISE SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(2014-2017)

Ana Maria Vicente da Silva ¹

RESUMO

Com a criação do Planeja SUS em 2008, o Ministério da Saúde consolidou o seu processo de planejamento através de normatizações e procedimentos. Para o seu acompanhamento, foram lançados os cadernos de planejamentos, que orientam os gestores dos três entes federados a utilizarem os instrumentos de gestão que contribuem para a efetivação de suas ações. Dentre os mais básicos instrumentos estão: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. Neles estão contidos, respectivamente, diretrizes, objetivos e metas para a saúde por quatro anos. O presente trabalho buscou analisar o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Campina Grande Pb para o período 2014-2017, à luz da administração política. Caracteriza-se como pesquisa exploratória-descritiva e documental, realizada por meio da coleta de dados aos instrumentos de gestão. A partir de uma amostragem não probabilística, de uma média de 15,3% das metas contidas no Plano Municipal (2014-2017). Observou-se um cumprimento de 49% das metas da atenção básica, 45% do bloco média e alta complexidade, 55% na vigilância em saúde, 10% da assistência farmacêutica e 15% da gestão em saúde. Observa-se uma incoerência entre os instrumentos de gestão, com a carência de sistematização ou padronização. Em suma, 36% das metas apenas tiveram êxito, incluindo metas inexistentes, incompletas e não presentes nos três documentos. ou que não possuíam uma nota explicando o porquê de terem sido abandonadas. Os resultados demonstram a falta de um projeto de administração política.

Palavras-Chave: Administração política, Sistema Único de Saúde – SUS, plano municipal, Campina Grande, política de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A administração política tem como objeto de estudo a gestão, responsável por responder questões cruciais no âmbito das organizações. É apenas quando trata da gestão, que a esta ciência rompe o estado de arte, ao se dedicar a um objeto único e original: a gestão.

Para Souza Filho e Gurgel, (2016) a administração em seu sentido mais amplo trata-se da utilização racional de recursos para realização de fins determinados. Para isto, utiliza-se da razão como ferramenta para alcançar os objetivos propostos, assim como de uma melhor adequação dos recursos disponíveis.

¹ Aluna de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: annavicenteadm@gmail.com

Para Santos (2009) a administração política enfatiza a necessidade do planejamento para desenvolvimentos das políticas, entendido como uma ferramenta fundamental para o estabelecimento das mesmas. Assim, se faz necessária a estruturação de políticas de longo prazo, em detrimento de políticas de curto prazo.

A respeito do planejamento, Drucker (1977) defende que este é um processo contínuo, sistematizado e especializado, que auxilia a tomada de decisão, minimizando erros. Não se tratando de uma adivinhação do futuro, pelo contrário, tendo em vista esta incerteza quanto ao futuro, é que o planejamento desenha suas estratégias, visando o alcance dos objetivos e metas propostos. Os instrumentos de gestão, a exemplo dos planos, surgem para auxiliarem a implementação do planejamento, esboçando as intenções do mesmo, para reforçarem sua capacidade de efetivação.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, buscando potencializar suas ações de promoção a saúde, percebe no planejamento uma importante ferramenta que auxilia na operacionalização do sistema. Esta preocupação corroborou para a implementação do Planeja SUS, que possui um arcabouço de normatização e procedimentos, possibilitando o estabelecimento do planejamento de ações em saúde nos três entes federados.

Para o acompanhamento dessa política, foram lançados cadernos de planejamentos que orientam os gestores dos três entes federados a utilização de instrumentos de gestão que contribuem para a efetivação de suas ações. Dentre os mais básicos instrumentos estão o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. Neles estão contidos respectivamente as diretrizes, objetivos e metas para a saúde por quatro anos, categorizando ano após ano, dando feedback do que foi executado (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua origem a partir de intensos debates do movimento sanitário que se contrapunha ao modelo de saúde individual e hospitalar. Esse movimento de redemocratização da saúde deu origem a um sistema que tem como pilares a Universalização, Equidade e Integralidade, sustentado por três princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Caracterizando-se como um dos mais avançados sistemas de saúde do mundo, o SUS possui um sofisticado arcabouço legal e administrativo. Contudo, desde o início de sua trajetória, este sistema vem sofrendo embates que, através de fortes restrições financeiras, impossibilitam a execução de uma política de saúde efetiva. A este fato, Mendes (2012), denominou como subfinanciamento crônico do SUS.

É inquestionável que o subfinanciamento é um dos maiores problemas enfrentados pelo sistema. Com a mesma importância, destacam-se os problemas referentes à gestão do sistema. Dentre as muitas questões que envolvem a gestão, faz parte das preocupações da sociedade organizada a coerência entre as ações traçadas de no âmbito do planejamento e o processo de execução das mesmas.

É com este intuito que há grande importância na compreensão do comportamento da gestão no âmbito da execução do Plano Municipal de Saúde de Campina Grande para os anos de 2014-2017.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Campina Grande para os anos de 2014 a 2017 à luz da administração política.

Para alcance do objetivo proposto, a presente pesquisa é do tipo documental, tendo o Plano Municipal de Campina Grande, as programações anuais de gestão e os relatórios anuais de gestão como documentos consultados. Para o embasamento teórico, autores a exemplo de Reginaldo Souza Santos, Geraldo Medeiros Junior, Áquilas Mendes, Ocké Reis, Jairnilson Paim, são as principais referências.

A análise sobre o Plano Municipal de Saúde de Campina Grande torna-se relevante na medida em que esta cidade é o maior município do interior da Paraíba e importante referência econômica para o estado, com população estimada em 407. 472 habitantes. Além disso, é uma das macroregiões de saúde, no qual cerca de 70 municípios são beneficiados por suas ações de saúde, com população referenciada em cerca um milhão de pessoas.

O Plano Municipal de Saúde contém objetivos, diretrizes e metas, estabelecidos pela Secretaria de Saúde da Paraíba para a consolidação da política de saúde para os quatro anos de sua execução. Trata-se de um panorama da política de saúde pensada para a esfera municipal.

As questões relativas à administração política como novo campo do conhecimento são pertinentes na medida em que enquadra a ciência da administração nas discussões sobre as relações de produção, distribuição de riqueza e garantia do bem-estar social. Entende-se que esta ciência tem importância relativa nas discussões de políticas sociais, não servindo como um mero instrumento de dominação e extração da mais valia (SOUZA FILHO E GURGEL, 2016).

O estudo permitirá uma análise sobre o comportamento da gestão da saúde de Campina Grande no que diz respeito ao cumprimento do planejamento, com possibilidades de nortear importantes discussões no âmbito do controle social.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

No presente trabalho a análise do Plano Municipal de Saúde está relacionada a compreensão da administração como a ciência que estuda a gestão e que, por isso, é chamada de administração política. A aplicação da administração política ao SUS é importante no sentido de se construir uma análise crítica a respeito do comportamento da gestão do sistema. Por esta razão, o presente referencial teórico é dividido cinco partes: na primeira parte foi feita uma análise sobre a administração política como novo campo do conhecimento, trazendo essa abordagem para as questões relativas ao SUS. Na segunda parte foi feita uma discussão sobre a gestão do SUS e sua trajetória diante do movimento do capital. Na terceira parte buscou-se debater sobre a trajetória do financiamento da saúde brasileira. Na quarta parte trabalha-se como conceito de desfinanciamento da saúde, enfatizando-se os efeitos da EC-95. Por fim, na quinta parte, trabalha com a necessidade de um planejamento, abordando o planejamento dentro do Sistema Único de Saúde.

2.1 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA COMO NOVO CAMPO DO CONHECIMENTO

Para Medeiros Júnior, (2017) a administração política é a ciência que tem a capacidade de investigar as questões que envolvem a gestão. Neste aspecto, concorda com Santos (2009), para quem o objeto desta ciência seria a gestão e não a organização. Desta forma, a administração surgiria como um novo campo do conhecimento capaz de responder questões de “COMO” produzir, já que a economia política se encarregaria de responder “O QUE” e “PARA QUEM” produzir.

Uma administração capaz de responder essa questão crucial da sociedade e das organizações deve ir muito além de uma administração profissional, que utiliza de técnicas e manuais para executar os processos nas organizações ou, em outras palavras, gerenciar. A dimensão de gestar é assim compreendida como sendo o ato de conceber, desenvolver, envolvendo a capacidade de pensar as questões sociais de produção e distribuição (SANTOS; RIBEIRO; CHAGAS, 2009). Entende-se este conjunto como administração política.

Assim, a administração política seria a forma de pensar as relações sociais no âmbito social e do Estado, preocupações não presentes na economia e na administração profissional.

Os meios para alcançar o desenvolvimento representam o conteúdo próprio da administração política, que nada mais é senão a gestão feita pelo Estado, nas suas relações com a sociedade, para edificar uma certa materialidade, visando alcançar as finalidades, expressas no bem-estar de uma sociedade ou da humanidade (SANTOS, 2009, p.37)

A partir disto, seria capacidade do Estado, em sintonia coma sociedade, de estruturar um projeto de nação condizente com as necessidades da mesma, executando sua função de

gestor, capaz de pensar a política a longo prazo. Assim para (SANTOS, 2009, p.47) “a administração política é a expressão das interações do Estado com a sociedade na formação do projeto de nação, logo o modelo de gestão (bases institucionais e organizacionais) constitui o objeto da administração”.

De acordo com Santos e Gomes, (2017) a construção de um projeto de nação deve ser fundamentada em quatro pilares: saúde, educação, segurança e infraestrutura. Os autores destacam que o Brasil, por ser um país possui estrutura precária dos serviços públicos e por ser subdesenvolvido precisa adotar urgentemente medidas de longo prazo, ou seja, estruturar um projeto de nação para o país, em detrimento de políticas de curto prazo, alterando o status na escala do desenvolvimento.

Ao discorrer sobre a administração política no âmbito do SUS, Medeiros Júnior, (2017) aponta algumas particularidades e avanços deste sistema, afirmando ser um dos mais avançados do mundo, ao menos em sua concepção.

O SUS possui um amplo e definido arcabouço administrativo, institucional e legal. Alguns instrumentos de gestão possibilitam a sua execução, a exemplo das Normas Operacionais Básicas (NOBs) em suas reedições nos anos de 1991, 1993, 1996 e 1998, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, de 2001), o Pacto pela Saúde (2006) e o Decreto N. 7.508 de 2011, que regulamenta a lei 8.080/90. Além deles, destacam-se os planos municipais de saúde, as programações anuais de saúde e os relatórios anuais de gestão (RAG), entre outros (PAIM, 2013).

A sua estruturação foi pensada de forma estratégica e negociada de forma paulatina com diferentes agentes na sociedade, o que para Santos, (2009) é um passo para uma administração política. Alguns avanços apontados por Ocké Reis (2012) marcam a trajetória do SUS, como o processo de descentralização, municipalização, regionalização e hierarquização.

Apesar do SUS representar um sistema de saúde público bem elaborado e demonstrar características de uma administração política, não se pode pensar no SUS como um projeto de nação. Por ser um projeto de longo prazo, e uma conquista da sociedade organizada, o SUS é considerado uma política de Estado, uma vez que não foi extinto ou modificado radicalmente pelos diversos governos que passaram.

Alguns avanços ainda precisam ser alcançados pelos SUS, como a utilização do cartão SUS, a universalização da Estratégia Saúde da Família e algumas incoerências, dentre as quais, o hiato entre o que foi pensando e o que está sendo executado.

O subfinanciamento é um dos principais problemas, que denota a falta de prioridade e incapacidade de pensar em um projeto de nação para o Brasil. Os retrocessos e resistências quanto ao seu financiamento, com descasos nas receitas e despesas destinados ao pagamento de juros da dívida, como apontado por Medeiros Júnior e Silva, (2018) demonstram isso.

2.2 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DO SUS NO CONTEXTO DO MOVIMENTO DO CAPITAL

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizou-se por ser um sistema avançado do ponto de vista do seu arcabouço administrativo. Suas bases legais primaram por uma política de acesso universal, cujos princípios doutrinários e organizativos foram, ao longo dos anos, a base para a implantação do sistema, destacando-se os processos de gerência e gestão do mesmo em todo o território nacional (MARQUES, 2016).

Inequivocamente, o SUS é ainda inconcluso, por diversos fatores, dentre os quais, o subfinanciamento é o mais relevante, conforme atestam Mendes e Funcia (2016) e Piola e Barros (2016). Além disto, algumas das políticas priorizadas não obtiveram o êxito esperado pela resistência de setores da própria sociedade.

É dos tributos provenientes da sociedade que se originam os recursos para o financiamento do SUS, arrecadados pelo Estado, em suas esferas federal, estadual e municipal. O orçamento do SUS é parte do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que prevê três políticas: saúde, assistência social e previdência. Está previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88) que 30% dos recursos da Seguridade Social (SS) seriam destinados ao SUS. Apesar de previsto em lei, isso nunca foi concretizado (MENDES, 2012).

A crise do Estado do bem-estar social e das políticas de inspiração keynesianas na economia levaram a uma nova fase do capitalismo, de domínio do capital especulativo, em que a riqueza fictícia, desassociada da atividade produtiva, tem importante papel. Como parte deste movimento, o capital financeiro observa no fundo público uma importante fonte de dominação e realização. A ofensiva deste capital, se materializa nas rodadas neoliberalizantes (BRANDÃO, 2017).

Para entender este processo é que Peck, Theodore e Brenner (2012) propõem uma redefinição processual de neoliberalização, por entender ser um processo mais amplo que a literatura tradicional abordou, de modo a romper com uma visão estática e de coordenadas fixas. Para os autores existem dois momentos de neoliberalização, compostas por duas rodadas (fases/faces) de reestruturação regulatória: a Roll-back, de ataque ofensivo e a Roll-out, de caráter mais brando.

No Brasil isso é sentido, dentre outras medidas, com a aprovação em 1997 do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que substituiu o Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, e que tinham como objetivo retirar gastos da área social para possibilitar o pagamento de juros da dívida pública (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

A subtração de recursos realizada pelo FSE e, posteriormente, pelo FEF, é renovada a partir da criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000. A EC 93/2016 reafirma o compromisso do governo brasileiro como o capital portador de juros, a partir da revogação da DRU. Com ela, passou a desvincular 30% dos recursos do OSS para pagamento de juros da dívida (exceto da contribuição previdenciária), uma vez que antes o percentual de desvinculação era de 20%. De acordo com a ANFIP foram desviados do OSS os seguintes montantes: 2010, R\$ 45,9 bilhões; em 2012, R\$ 58,1 bilhões; em 2014, R\$ 63,4 bilhões; em 2016 R\$ 99,4 bilhões e R\$ 113,468 bilhões em 2017 (ANFIP, 2018).

Além disso, OSS sofre problemas quanto ao estabelecimento de critérios para suas receitas e despesas. No lado das receitas o governo utilizando-se da prática de renúncia fiscal, deixou de arrecadar em 2017 R\$ 270,3 bilhões. Do lado das despesas assume compromisso que elevam seus gastos como é o caso de gastos com militares (ANFIP, 2018).

Com tudo isso fica fácil criar um discurso de que as contas públicas estão desequilibradas e que a necessidade de cortes é indispensável para saúde fiscal do Estado. Há a necessidade de quitar com o compromisso firmado com o capital financeiro para o pagamento de juros de forma abusiva. O Estado perde sua capacidade de fazer investimentos nessas políticas, as decisões de privatização se tornam mais evidentes, o setor privado passa assumir esse compromisso, fato que na saúde não é diferente.

Para Mendes e Carnut, (2018) o Estado brasileiro no momento que corrobora para as relações capitalistas produção, acaba por contribuir com a dinâmica do capital, através do orçamento público, sendo responsável por emitir grandes montantes para pagamento de juros de dívida e sendo o mais fiel comprometido.

2.3 TRAJETÓRIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As incertezas quanto ao financiamento da saúde fizeram com que este seja um debate travado desde o início do SUS, sem um desfecho definitivo como apontado anteriormente. Sendo assim, um importante instrumento para garantir o compromisso dos gestores foi a Emenda Constitucional Número 29 (EC-29). Pela emenda aprovada em 2000 houve a definição de como se dariam as responsabilidades nos gastos de saúde por parte das três esferas de governo (MENDES, 2012).

A esfera municipal aumentou o percentual de recursos próprios utilizados no setor, até chegar em 15% no ano de 2005. Para a esfera estadual, a utilização de 12% dos recursos próprios em 2005. Como resultado, se viu que, de fato, foram investidos mais recursos na saúde pública no país (MENDES, 2012).

Uma importante discussão, não deixada suficientemente clara na EC-29, dizia respeito às responsabilidades do governo federal. Pela emenda, os gastos tomariam como parâmetro o crescimento do PIB real, significando que além da reposição da inflação seriam aumentados gastos a partir do crescimento real da economia, o que possibilitaria novos recursos a cada ano. As divergências, que se arrastaram por uma década, residiam sobre qual seria o ano base para calcular o crescimento. Seria uma base móvel, sendo reajustada ano a ano ou uma base fixa? Tais divergências fizeram o Ministério da Fazenda adotar uma base conservadora, de modo que o crescimento dos gastos com saúde tenha sido inferior ao esperado (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

Esta dúvida é resolvida com a aprovação da EC-86, em 2015, que define a aplicação mínima da União. É abandonado o critério do crescimento da economia e adotado o percentual de uma participação na Receita Corrente Líquida da União. Como transição, haveria um aumento paulatino no percentual a ser aplicado, sendo de 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% em 2020. A partir deste último ano o percentual se estabilizará. (VIEIRA e BENEVIDES, 2016)

É importante salientar que a EC-29 só foi regulamentada em 2012, com a aprovação da Lei Complementar Nº 141. Durante o período de mais de uma década permaneceu a dúvida sobre o que seriam serviços e ações com saúde (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

2.4 CONTEXTO DE APROVAÇÃO DA EC 95 E O DESFINANCIAMENTO DA SAÚDE

O governo brasileiro no ano de 2016 adota o que chama de Novo Regime Fiscal (NRF). Como parte desta estratégia, consegue aprovar no Congresso Nacional a EC-95 que congela os gastos públicos reais por vinte anos, iniciando por 2018. Pela medida, os gastos do governo terão como parâmetro de reajuste a inflação, impossibilitando aumentos reais dos mesmos. Na prática, isso significará congelar a aplicação de recursos pelo prazo de vinte anos (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

Esses autores afirmam que o valor empenhado em 2015 é superior ao realizado no ano seguinte em virtude da profunda recessão gerada no país a partir de 2015. Após diversas discussões estabeleceu-se o ano de 2017 como base de cálculo, com a EC-95 iniciando a sua aplicação a partir de 2018. Isso não resolve o problema, porque o ano de 2017 representa

também uma continuidade do período recessivo (ANFIP, 2017). “No caso da saúde, R\$ 109,1 bilhões, equivalente a 15% da Receita Corrente Líquida de 2017 (R\$ 727,3 bilhões), foi o valor de referência para correção pela variação anual do IPCA de modo a calcular os novos “pisos/tetos” de 2018 a 2036” (FUNCIA, 2018)

Tanto a EC 86 quanto a EC 95 representam retrocessos para o financiamento das políticas públicas brasileira e uma reafirmação do compromisso com o capital financeiro e portador de juros. Com a EC 86 calculou-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde só no ano 2016. Já com a EC 95, afirmada pelos autores como uma das maiores medidas de austeridade fiscal, o SUS passará por um processo de desfinanciamento. Serão congelados os investimentos reais por 20 anos e as perdas deverão ser de aproximadamente R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. Dessa forma os recursos destinados a políticas públicas inclusive o SUS irão diminuir (MENDES e CARNUT, 2018).

O prazo de vinte anos é por demais longo, especialmente porque o novo modelo de administração política que se desenha para o país é completamente subordinado a etapa Roll-back das rodadas neoliberalizantes. O custo social em um país com uma dívida social histórica poderá ser alto demais, ao ponto de condenar mais de uma geração que virá pela frente.

Assim, a EC 95 não é somente uma medida de ajuste fiscal, mas uma desconstrução social do que foi garantido na CF- 88. Além de ser uma perda para sociedade, é um equívoco por parte do governo, pois a mesma significa o retrocesso tanto social como macroeconômico. Estima-se uma redução do tamanho dos gastos do governo, que poderão passar de 19,8% em 2017 para 12,4% em 2037, gerando uma ineficiência econômica e perda de investimentos em infraestruturas e políticas sociais (DWECK, OLIVEIRA e ROSSI, 2018).

2.5 SOBRE O PLANEJAMENTO DO SUS

De acordo com Kotler (1992) o planejamento é o processo gerencial pelo qual se busca desenvolver uma coerência significativa entre os objetivos e os recursos existentes na organização e as mudanças e oportunidades de mercado. Assim, objetiva nortear os negócios das empresas, visando à maximização dos lucros. Já Drucker (1977) define Planejamento Estratégico como um processo continuado, padronizado e capaz de se antecipar para cenários futuros a partir da análise da conjuntura atual, de modo que permita a gestão tomar decisões e minimizar perdas.

Desta forma o planejamento estratégico (PE) não pode ser confundido com os demais planejamentos da empresa, o tático (nível funcional) e operacional (nível operacional). O PE se encontra na alta gerência da empresa, onde os gestores são responsáveis por pensar as ações de longo prazo, visando o desenvolvimento da empresa.

Drucker (1977) enfatiza alguns pontos que não devem ser adicionados na temática sobre o PE, mas que é muito confundido pelas pessoas, são eles:

- Planejamento estratégico não é uma caixa de mágicas nem um amontoado de técnicas – quantificar não é planejar;
- Não é previsão – ele se faz necessário por não se ter a capacidade de prever;
- Não opera com decisões futuras. Ele opera com o que há de futuro nas decisões presentes;
- Ele não é uma tentativa de eliminar o risco. É fundamental que os riscos assumidos sejam os riscos certos.

Assim, o PE não pode ser confundido com o plano. Pois o mesmo estabelece os objetivos, metas e ações, para que sejam alcançadas dentro das organizações. Já o plano é o esboço que especifica a execução das medidas para alcance dos objetivos estabelecidos pelos PE. Em outras palavras o plano é um instrumento que viabiliza a execução do planejamento, para a efetivação das políticas pensadas na organização.

Diante disso, os instrumentos de gestão utilizados pelo Sistema de Saúde se propõem a reforçar a capacidade de planejamento e operacionalidade da promoção a saúde. A política de planejamento do Ministério da Saúde, materializada no Planeja SUS, reforça este propósito. Em seu arcabouço legal, o PlanejaSUS se baseia nas leis 8.080/90 e 8.142/90.

A Lei 8.080/90 é responsável por definir que cabe ao SUS ter seu próprio planejamento estratégico, em nível nacional, mas que tenham correlação com o planejamento dos demais entes federados (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde o PlanejaSUS tem por objetivo geral

Coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde (BRASIL, 2009, P.23)

Os conceitos básicos dos instrumentos de gestão em saúde estão contidos na Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que se deve iniciar com o plano de saúde.

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL, 2009, p.55).

O Plano de Saúde que contém as diretrizes, objetivos e metas pensados para os quatro anos de sua execução. Expressa as intenções de atividades que serão executadas para a política de saúde do determinado ente, desta forma as previsões financeiras não são constatadas nesse documento.

O Plano de Saúde, mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. De fato, tal instrumento torna-se cada vez mais uma necessidade à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Representa, enfim, meio importante de se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo. Apesar da inviabilidade de se definir um modelo acabado, aplicável às diversificadas realidades sanitárias e de gestão do SUS, é necessário e possível a construção de processo e estrutura básica, passíveis de serem utilizados e adaptados segundo as diferentes esferas de gestão (BRASIL, 2009, p. 56).

O segundo instrumento básico é a Programação Anual de Saúde (PAS) que define a operacionalização das metas pensadas no plano, porém delimitadas para cada ano. O detalhamento das metas é mais específico, sendo expresso em ações, assim como o delineamento de recursos financeiros para a devida execução do plano. Assim de forma sistematizada, agrega as programações de áreas específicas, sua implementação resulta na composição do Relatório Anual de Gestão. (BRASIL, 2011).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o documento, que expressa às atividades que foram realizadas ou não, diante do que foi pensado para cada ano.

Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados (BRASIL, 2009, p.56)

Entretanto o Plano de Saúde, para que possa ser feita a construção das suas diretrizes, objetivos e metas, faz-se necessário uma análise conjuntural da localidade, expresso no próprio plano. Para a elaboração do plano é necessário de acordo com (BRASIL, 2011, p.02)

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições sócio sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g)

ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; II – definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação

A partir disso são estruturadas as diretrizes do plano, categorizadas em seis blocos distintos: atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão em saúde e investimentos.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No presente trabalho, utilizou-se o método crítico-dialético. Entende-se que tal método é adequado para compreender as relações históricas existentes entre Estado e sociedade. Busca-se a investigação da essência dos fenômenos, a partir da análise das relações sociais e condicionamentos da realidade em estudo. A separação entre aparência e essência é fundamental para a compreensão das leis que regem o funcionamento dos fenômenos e sua existência detalhada (MARCONI e LAKATOS, 2011).

A presente pesquisa se configura como pesquisa exploratória. Na visão de Severino (2007), tal tipo de pesquisa busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto. Do ponto de vista da coleta de materiais, a pesquisa é documental e bibliográfica, uma vez que fez uso de documentos a exemplo do Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017), programações anuais e relatórios de gestão. Apresenta também uma abordagem quali-quantitativa, através da análise mais detalhadas dos fatores e proporcionando reflexões mais profundas sobre o tema, como também através da preocupação com quantificação e tratamentos dos dados (MARCONI e LAKATOS, 2011).

Como *locus* da pesquisa, o estudo foi realizado no município de Campina Grande. Os procedimentos de coletas foram redimensionados a uma análise do Plano Municipal de Saúde para o período 2014-2017. Sendo feita a análise do Plano Municipal de Saúde à luz da Administração Política e em a seguida comparação entre o previsto no Plano e a execução do mesmo.

As referidas informações foram colhidas junto à Secretaria de Saúde do Município, Ministério da Saúde (a partir do site eletrônico).

O levantamento de dados trabalhou com o período completo de vigência do Plano Municipal de Saúde, de 2014 a 2017. Foram trabalhadas as informações relacionadas às metas estabelecidas para as dimensões: atenção básica, média e alta complexidade, assistência

farmacêutica, vigilância em saúde, gestão em saúde, para cada ano, no sentido de observar, se o que foi planejado foi de fato sendo executado.

Para mensurar a execução do Plano Municipal de Saúde (PMS) foram utilizadas as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Não se buscou neste estudo se deter ao bloco de investimento de forma isoladamente, defendendo a ideia de que os investimentos estavam contidos em todos os demais blocos, uma vez que no próprio plano eles se encontram aleatória e não em um bloco específico.

A amostragem não probabilística se deu por uma escolha deliberada das metas, com percentual de 15,3%, que foram consideradas mais estruturantes para a política de saúde, embasadas em Medeiros Júnior (2017). O quadro abaixo contém a quantificação da população e da amostra para cada bloco e ano, selecionadas para análise, pois se acredita que a análise se daria de forma mais justa, considerando as particularidades de cada ano e cada bloco, uma vez que se comportam de forma diferenciada.

Tabela 1- População e amostra bloco atenção básica

ANO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	(%)
2014	57	11	19,30
2015	80	11	13,75
2016	57	13	22,81
2017	47	10	21,28
Total	241	45	19%

Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

Tabela 2- População e amostra bloco média e alta complexidade

ANO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	(%)
2014	25	5	20%
2015	31	6	19%
2016	22	5	22,7%
2017	24	6	25%
Total	102	22	22%

Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

Tabela 3- População e amostra bloco vigilância em saúde

ANO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	(%)
2014	64	5	8%
2015	65	5	8%
2016	47	5	11%
2017	82	5	6%
Total	258	20	33%

Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

Tabela 4- População e amostra bloco assistência farmacêutica

ANO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	(%)
2014	9	5	55%
2015	14	5	36%
2016	11	5	45%
2017	17	5	30%
Total	51	20	41,5 %

Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

Tabela 5- População e amostra bloco gestão em saúde

ANO	POPULAÇÃO	AMOSTRA	(%)
2014	41	5	12%
2015	55	5	9%
2016	33	5	15%
2017	47	5	11%
Total	176	20	12%

Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

Para análise de dados seguiu a metodologia realizada pelo Planeja SUS em sua análise sobre os resultados do Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2007). Foram utilizadas as escalas de cumprimentos das metas, utilizando-se os níveis:

Tabela 6 Níveis

Níveis	Cumprimento
1	Até 25%
2	Entre 25% e 50%
3	Entre 51% e 75%
4	Maior que 75%

Fonte: elaboração própria a partir do Brasil, (2007)

Dessa forma, a partir das referidas informações, foi realizada uma interpretação das informações, buscando correlacionar as constatações obtidas com a bibliografia consultada, nos instrumentos de gestão. Com o intuito de levar as discussões resultantes desse trabalho, tanto para o corpo universitário, quanto a sociedade organizada.

4. RESULTADOS

Esta seção busca fazer uma caracterização do município de Campina Grande, destacando alguns pontos sobre a gestão do SUS do mesmo. Em seguida buscou-se analisar o Plano Municipal, pensado para o período 2014-2017, enfatizando sua função na política de saúde do município.

Por fim, o seção se propõe analisar as metas estabelecidas no PMS relativas aos blocos atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão em saúde, na tentativa de observar o seu cumprimento diante de tudo que se foi planejado para esse quadriênio, correlacionado com a bibliografia estudada.

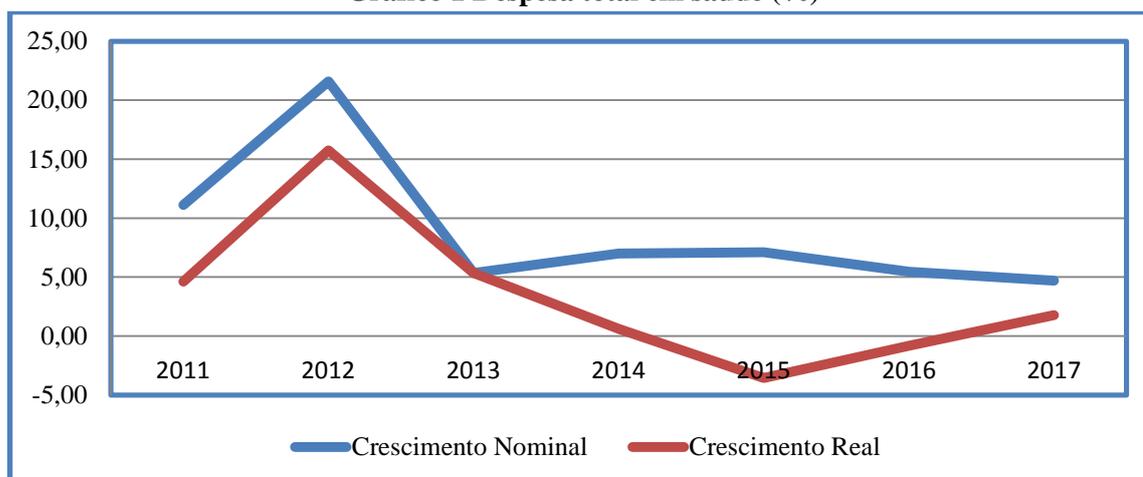
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Campina Grande é a segunda maior cidade do Estado da Paraíba. Está localizada no agreste do estado, mais pontualmente no planalto da Borborema. De acordo com o IBGE, (2018), estima-se uma população de 407. 472 pessoas. É influência econômica para o estado e principalmente as cidades circunvizinhas. Grande parte dos municípios depende de seus serviços de educação superior, saúde, transportes, entre outros. De acordo com o Atlas Brasil (2013), Campina Grande possui um IDHM de 0, 720 sendo considerado bom.

É uma das macrorregiões de saúde, na qual cerca de 70 municípios são acobertados por suas regiões de saúde. Entretanto o município sofre com a falta de planejamento na gestão da saúde, a qual deve ser uma preocupação para o profissional de administração (ALVES, 2014). Além da falta de planejamento, os embates quanto à gestão dos recursos constituem grandes entraves para a gestão, aumentando desperdícios, custo e causando a ineficiência do sistema.

Nos dados a seguir são analisados o comportamento dos gastos em saúde no município de Campina Grande e sua evolução para os anos de 2011-2017. Desta forma pode-se constatar a evolução anual dos gastos nominais e dos gastos reais em saúde para o recorte escolhido, acompanhando a inflação ano após ano, calculado pelo IPCA.

Gráfico 1 Despesa total em saúde (%)



Fonte: elaboração própria a partir do SIOPS

Em 2011 o crescimento nominal era de 11,11% já o real foi de 4,61% somente. O gráfico mostra um aumento gritante no ano de 2012 chegando a 21,58% dos gastos nominais. Apesar desse aumento dos gastos nominais, pode-se constatar através da análise dos valores reais que nesse mesmo ano a evolução não foi tão grande, chegando a 15,75%, apesar disso esse ano foi o que mais apresentou um percentual elevado tanto em gasto real com nominal. Em 2013 o gasto real pode ser equiparado ao gasto real, com um percentual de 5,36%. Os demais anos seguem uma redução chegando em 2015 como o ano de menor percentual. O que se pode constatar é que nesse ano o gasto real com saúde foi negativo, mantendo um gasto nominal de -3,55%. Em 2016 esse cenário permanece e o gasto real chega a -0,82%. Fechando a sequência com percentual de gasto real de 1,77% em 2017.

É importante salientar que o ano de 2012 como já visto o município passou por alguns momentos no seu cenário, com o concurso público, e os anos de 2015 e 2016 foram anos de crise, onde a tendência é diminuição das receitas e, conseqüentemente, redução de gastos. No entanto, a análise do gráfico permite visualizar que o município passa por um processo de desfinanciamento há sete anos,

Como já visto por Medeiros Júnior (2017) o município trava uma luta em relação à gestão de seus recursos. Seu caráter hospitalocêntrico privado é estudado por Rotta desde 1997. Alguns avanços em relação mudança desse cenário ocorreram. O aumento de Estratégias Saúde da Família, projetos como o PMAQ entre outros, contribuem para mudança desse cenário. Entretanto resta saber se as evoluções foram necessárias para mudança de tal quadro e desenvolvimento da política de saúde no município.

A saúde, sendo um direito constitucional, precisa ser bem gerida, visto que inúmeros problemas enfrentados atualmente na saúde pública do Brasil é antes de tudo um problema de

gestão. Para isso são desenvolvidos instrumentos de gestão nos três entes federados, para que auxiliem no processo de realização das atividades de promoção a saúde.

4.2 ANÁLISE SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE

O Plano Municipal de Saúde de Campina Grande para o período 2014-2017 foi elaborado a partir de um grupo condutor, composto por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representações da sociedade civil organizada e membros do Conselho Municipal de Saúde. O PMS 2014-2017 contém 13 diretrizes e estabelece a definição de metas e indicadores, o enquadramento para programas prioritários de saúde (regionais, locais e setoriais), facilitando a integração e articulação de esforços e criação de sinergias entre as diversas políticas do universo da saúde pública, em sintonia com os PASs e RAGs.

Para a condução do processo de criação do PMS, foi criado no dia 4 de novembro de 2013 a Portaria nº 40/2013 criando o Grupo Condutor, fazendo parte do grupo além das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Campina Grande, representações da sociedade civil organizada e membros do Conselho Municipal de Saúde (CAMPINA GRANDE, 2014). Diante disso o PMS tem como visão:

Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores, na garantia da assistência com equidade e acesso; e da utilização de estratégias, onde o cidadão é o centro do sistema e das políticas saudáveis (CAMPINA GRANDE, 2014, p. 12).

Do ponto de vista administrativo, a sistematização dos instrumentos que auxiliam no processo de planejamento e operacionalização, precisa ser elaborada de modo que facilite o fluxo de informações e execução das atividades. Entretanto, o que se observou nos instrumentos analisados foi a incoerência entre os diversos instrumentos, nos quatro anos de execução, com metas que pouco conversavam, ou mesmo não se enquadraram dentro de uma padronização, dificultando o processo de análise e tornando a leitura cansativa.

Perceberam-se outros problemas referentes às metas existentes no plano, onde as mesmas não se encontravam nos relatórios ou mesmo nas programações, ou vice e versa, impossibilitando saber se foram ou não cumpridas. Também muitos casos em que as metas não foram cumpridas com a mesma proporção do que foi planejado, não havendo nota explicando se houve desistência da meta ou qualquer outra justificativa. Assim, há um número significativo de metas que não voltam a ser trabalhadas pelos documentos de gestão.

O quadro abaixo traz as diretrizes contidas no PMS de Campina Grande para o período de 2014- 2017.

Quadro 1 Diretrizes do Plano Municipal de Saúde

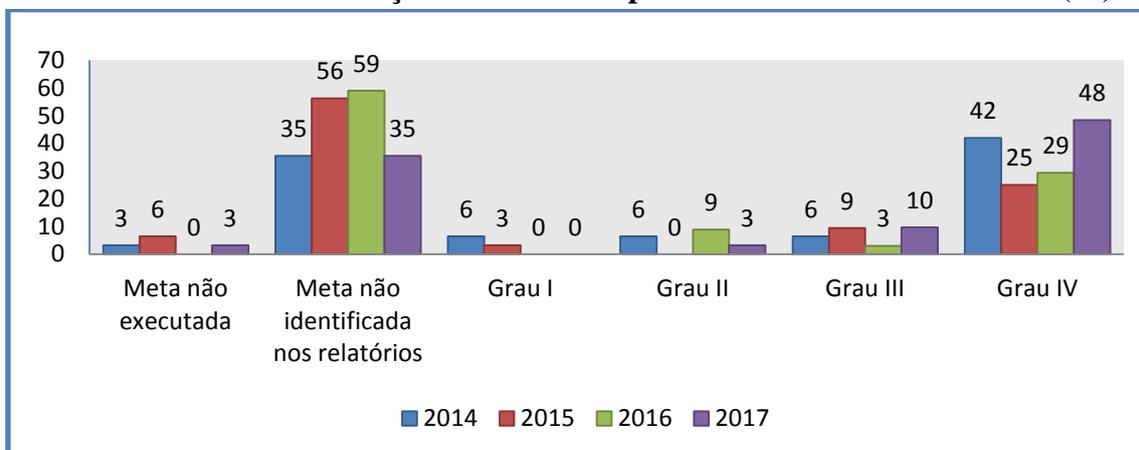
DIRETRIZ 1
Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.
DIRETRIZ 2
Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
DIRETRIZ 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.
DIRETRIZ 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.
DIRETRIZ 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.
DIRETRIZ 6
Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.
DIRETRIZ 7
Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
DIRETRIZ
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
DIRETRIZ 8
Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS
DIRETRIZ 12
Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável
DIRETRIZ 13
Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS

Fonte: Elaboração própria com base em Campina Grande, 2014

No que diz respeito às diretrizes estabelecidas no PMS, observou que, o mesmo delimita um limite de 13 diretrizes, no entanto, quando verificadas, apenas 11 foram encontradas apenas, sendo uma repetida. A meta três se encontrou novamente, após a diretriz 7. Em seguida, depois da diretriz 8 encontra-se a diretriz 12, não havendo nenhuma nota justificando sobre a inexistência das demais. Assim cada diretriz contém seus respectivos objetivos, que foram traçadas metas, que dão corpo ao PMS.

No gráfico 2 abaixo, é mostrado a partir da análise feita neste projeto, o cumprimento das metas estabelecidas no PMS de Campina Grande, para um percentual de 15, 3%.

Gráfico 2 Classificação das metas no período analisado: 2014 a 2017 (%)



Fonte: elaboração própria a partir dos instrumentos (2014-2017)

A partir da análise do gráfico, pode ser verificado que, ocorre uma concentração de metas que não foram identificadas e metas de grau IV. As metas não identificadas tiveram uma média de 46%, enquanto que as de grau IV, de 36%.

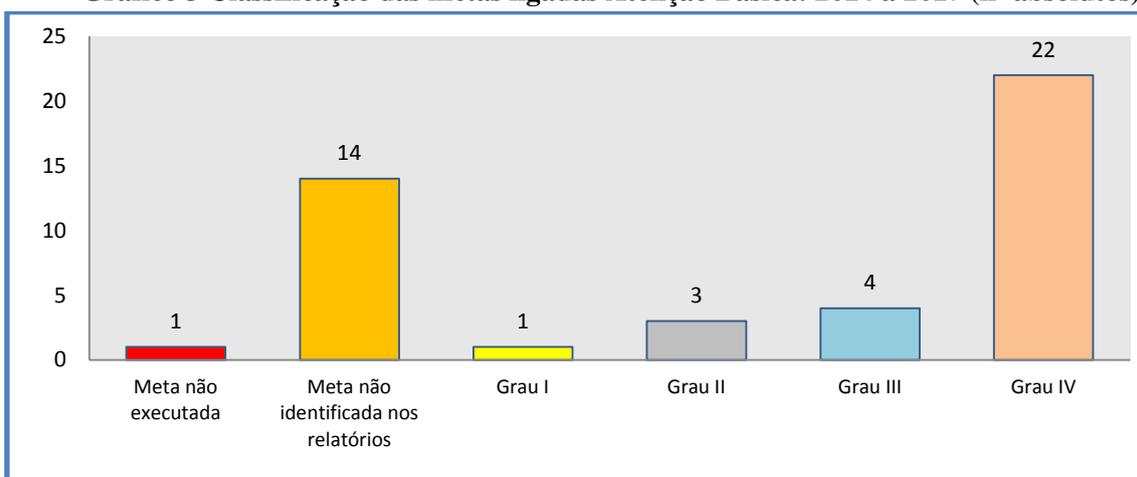
Quando somadas as metas não realizadas com as de grau entre I e III, chega-se a 64% em média. Em outras palavras, 64% das metas ou não foram atingidas, ou foram por alguma razão abandonadas pela gestão.

Isto sugere questionamentos quanto ao modelo e atenção a saúde do município, e como os instrumentos de gestão estão sendo efetivos. Sendo assim existe pouca consonância entre execução da gestão com os instrumentos, estabelecida pelo Ministério da Saúde para gestão das políticas de saúde no âmbito do SUS. Para Medeiros Júnior, (2017) as medidas têm uma importância estratégica significativa, com isso, seria necessário justificar o abandono e quais seriam as perspectivas de implantação num futuro próximo. A elaboração de um novo Plano deveria contemplar as insuficiências do atual Plano.

A seguir serão apresentadas as análises sobre a execução das metas de acordo com cada bloco de saúde, e seu comportamento em valores absolutos e percentuais ao longo dos quatro anos de execução do plano.

4.3 BLOCO ATENÇÃO BÁSICA

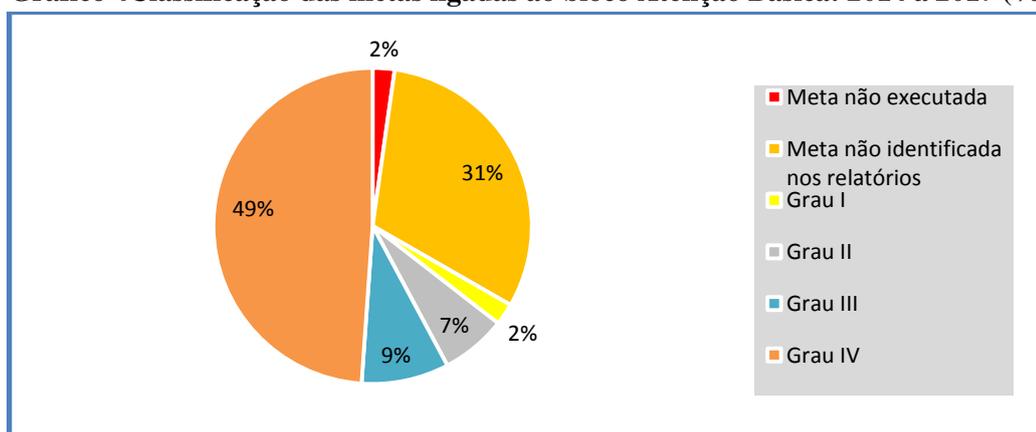
O gráfico3 abaixo mostra a em números absolutos o cumprimento das metas estabelecidas para atenção básica para os anos de 2014-2017, para uma média de 45 metas, pode-se observar:

Gráfico 3 Classificação das metas ligadas Atenção Básica: 2014 a 2017 (nº absolutos)

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir da análise permite-se constatar que as metas não executadas totalizaram 1, metas não identificadas 14, grau I: 1, grau II: 3, grau III 4 e grau IV 22 metas. Dessa forma, um número significativo de metas passa a ser abandonado, sem que haja uma explicação para isto. Um exemplo é a meta de ampliar para 73% a cobertura de Equipes de Saúde Bucal, que passa a ser abandonada sem que haja uma justificativa.

Para mostrar em números percentuais, observa-se o gráfico 4 feito a partir de uma média percentual de 20% das metas estabelecidas para o bloco atenção básica.

Gráfico 4 Classificação das metas ligadas ao bloco Atenção Básica: 2014 a 2017 (%)

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

É possível analisar que, dentre as metas, 2% foram metas não executadas. As metas não identificadas totalizaram 31%. As de grau IV significaram 49%. Assim, 51% das metas ou foram abandonadas ou não foram executadas a contento.

Na tabela 7, é feito o acompanhamento percentual da execução das metas para os quatros anos em estudo:

Tabela 7 Metas selecionadas referentes ao bloco de Atenção Básica (%)

ATENÇÃO BÁSICA (%)					
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Meta não executada	0	9	0	0	2
Meta não identificadas nos relatórios	18	36	23	50	31
Grau I	9	0	0	0	2
Grau II	9	0	8	10	7
Grau III	9	9	8	10	9
Grau IV	55	45	62	30	49
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir da análise da tabela 7, observa-se que para as metas identificadas como não executadas, são evidenciadas apenas no ano de 2015. Houve uma evolução das metas não identificadas nos relatórios, passando de 18% em 2014 para 50% em 2017. É plausível observar que o ano de 2017 metade das metas não foram identificadas, não havendo nenhuma consideração sobre as mesmas.

Uma meta que merece destaque é o Monitoramento e avaliação em 100% das Equipes que aderiram ao PMAQ, que apesar de não constar no RAG de 2015, aparece nos outros anos com percentual de 100% de conclusão. A meta de adesão às equipes do PMAQ aparece nos dois primeiros anos como concluída totalmente, no entanto para os dois últimos anos, não se encontra nos relatórios.

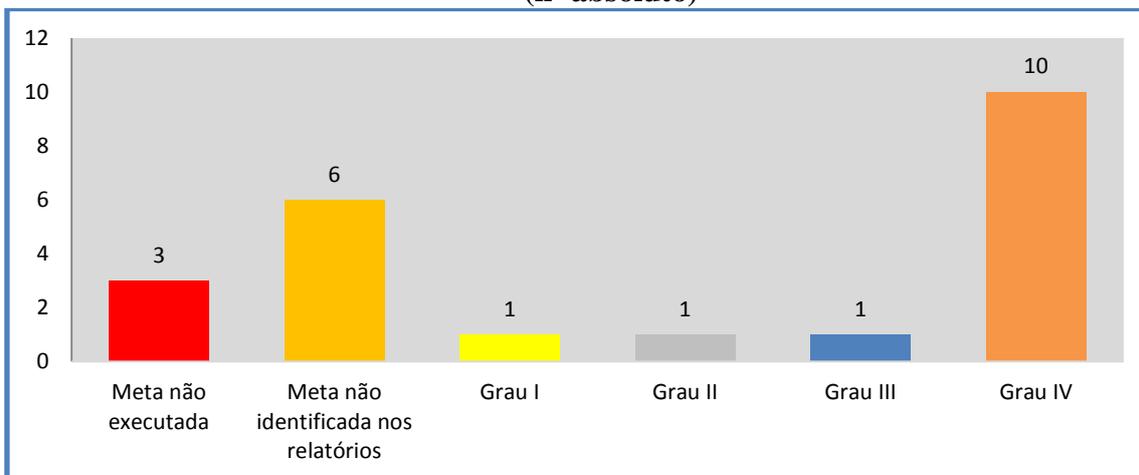
O Ministério da Saúde acredita que a atenção básica é o eixo estruturante para o sistema. Uma vez que solucionando os problemas em sua origem, seria estratégico para a promoção à saúde, e não apenas a cobertura à doença. O que percebe em Campina Grande é que, mesmo a cidade sendo umas das primeiras aderirem ao ESF, aderirem ao PMAQ, e alcançarem um percentual considerável de equipes da atenção básica. Apresentam baixos percentuais de execução de suas metas para atenção básica e baixos índices de gastos. Restando o questionamento acerca do modelo de atenção à saúde que o município defende.

Em suma, fica-se ao questionamento sobre o abandono das metas, ou se as mesmas já tinham alcançado a totalidade nos primeiros anos de execução do plano, se sim, não houve nenhuma justificativa com esse argumento. Observando isso, interessa saber também quais as prioridades para a gestão do município.

4.4 BLOCO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O gráfico 5 abaixo mostra a em números absolutos o cumprimento das metas estabelecidas para média e alta complexidade para os anos de 2014-2017, para uma média de 22 metas, pode-se observar:

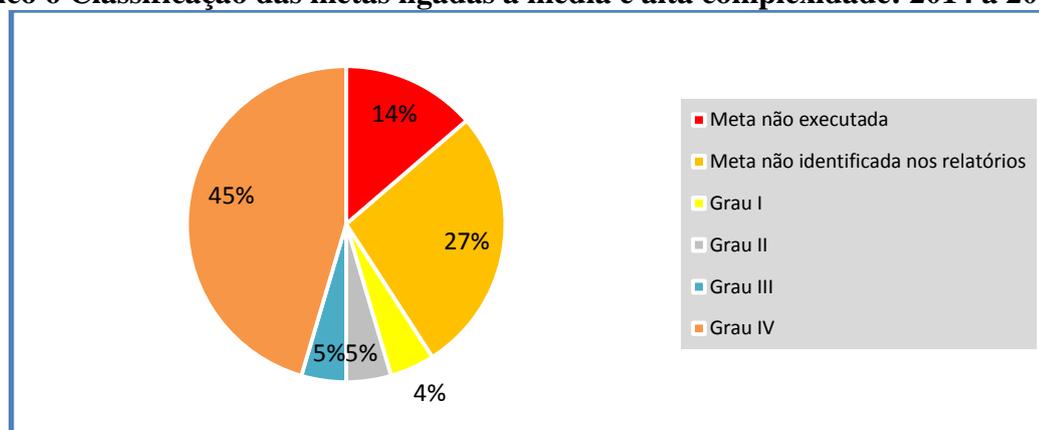
Gráfico 5 Classificação das metas ligadas a média e alta complexidade: 2014 a 2017 (n° absoluto)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir da análise permite-se constatar que as metas não executadas totalizaram 3, metas não identificadas 6, grau I: 1, grau II:1, grau III 1 e grau IV 11 metas. Dessa forma. No que diz respeito ao cumprimento em número percentual pode-se observar no gráfico5, a partir de uma média de 22% que:

Gráfico 6 Classificação das metas ligadas a média e alta complexidade: 2014 a 2017 (%)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

Dentre as metas não executadas observou-se 14%, metas não identificadas 27%, grau I 4%, grau II e III, ambos com 5 %, e metas com grau IV 45%.

De acordo com Medeiros Júnior, (2017), o alcance de um número significativo de metas foi possível porque uma das metas era de ampliar em 3% o percentual de consultas ambulatoriais, ampliarem a rede própria em análises clínicas e fazer monitoramento de contratos e convênios. Ainda segundo o autor, uma segunda implicação foi possível pelo fato de já existir uma significativa rede de análises clínicas, sendo demandado pouco esforço para este intuito.

Na tabela a seguir, observa-se o percentual de metas a partir de uma sequência temporal.

Tabela 8 Metas selecionadas referentes ao bloco de média e alta complexidade (%)

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (%)					
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Meta não executada	20	17	0	17	14
Meta não identificada nos relatórios	0	67	40	0	27
Grau I	20	0	0	0	5
Grau II	0	0	20	0	5
Grau III	0	17	0	0	5
Grau IV	60	0	40	83	45
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir disso percebe-se que o ano de 2015 não possuiu nenhuma meta de grau IV, no entanto chega em 2017 com um percentual de 83% de realização. Totalizando ao final do período 45% nesse grau. Ainda neste mesmo ano, 67% das metas não foram identificadas no relatório, não havendo nenhuma explicação de sua inexistência.

Esse número significativo de metas não concretizadas neste bloco pode ser explicado pelo fato de que, apesar de ter ocorrido um aumento real de gastos com média e alta complexidade, ocorreu um aumento da transferência de recursos para os prestadores de serviços, sem que isso tenha significado um avanço na construção do modelo, previsto a partir do Plano (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

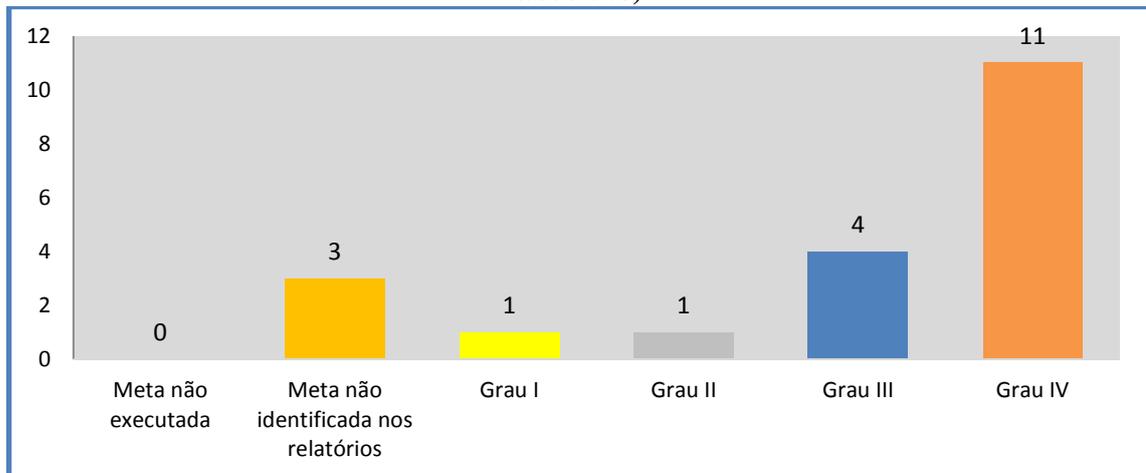
Para o referido autor, as implicações quanto aos recursos dos prestadores de serviços, dar-se devido a concentração entre 5 grandes prestadores do SUS, no qual no ano de 2016 ficavam com dos recursos, sobrando menos de 20% para todos os outros prestadores, que são cerca de 25.

Desta forma, destaca-se a concretização do que Rotta, 1997; Medeiros Júnior, 2017, já enfatizavam sobre o modelo de saúde hospitalocêntrico- privado de Campina Grande, no qual, pequena parte de prestadores de serviços de média e alta complexidade detém grande parte dos recursos.

4.5 BLOCOVIGILÂNCIA EM SAÚDE

O gráfico 7 abaixo mostra a em números absolutos o cumprimento das metas estabelecidas para vigilância em saúde para os anos de 2014-2017, para uma média de 20 metas, pode-se observar:

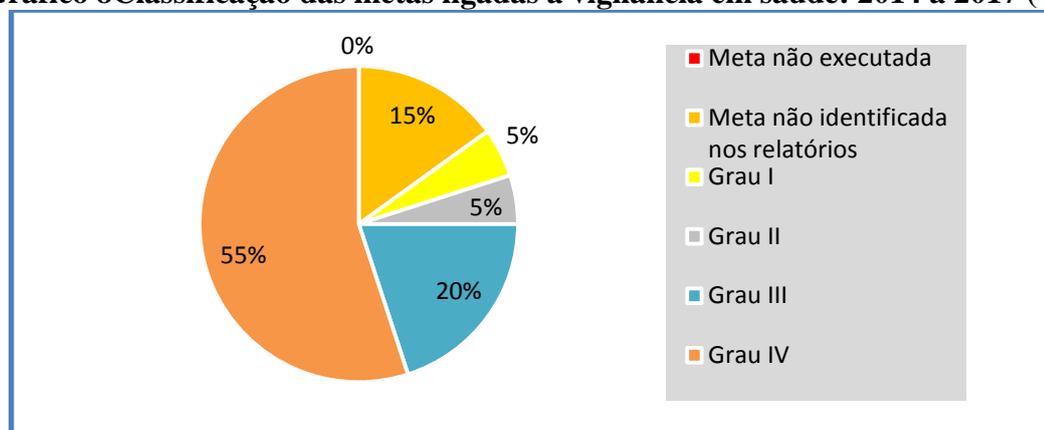
Gráfico 7 Classificação das metas ligadas a vigilância em saúde: 2014 a 2017 (nº absoluto)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

Pode se destacar que quanto ao cumprimento das metas estabelecidas para esse bloco, nenhuma meta se encontrava dentro da classificação de não executada, 3 metas não identificadas, grau I e II com 1 meta cada, para o grau II, quatro metas, sendo 11 metas para o grau IV. Em números percentuais observa-se o comportamento da seguinte forma, presente no gráfico abaixo, para um percentual de 33%.

Gráfico 8 Classificação das metas ligadas a vigilância em saúde: 2014 a 2017 (%)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

Assim, 55% das metas se concretizaram entre 75% e 100%. De acordo com Medeiros Júnior, (2017), apesar desse número de concretização, a forma como o plano estabelece metas pontuais dificulta a vinculação das mesmas com uma estratégia claramente definida. A análise das informações demonstra quem mesmo às metas pontuais não foram alcançadas.

Tabela 9 Metas selecionadas referentes ao bloco vigilância em saúde (%)

VIGILÂNCIA EM SAÚDE (%)					
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Meta não executada	0	0	0	0	0
Meta não identificada nos relatórios	0	20	40	0	15
Grau I	0	20	0	0	5
Grau II	0	0	20	0	5
Grau III	20	20	0	40	20
Grau IV	80	40	40	60	55
TOTAL	100	100	100	100	100

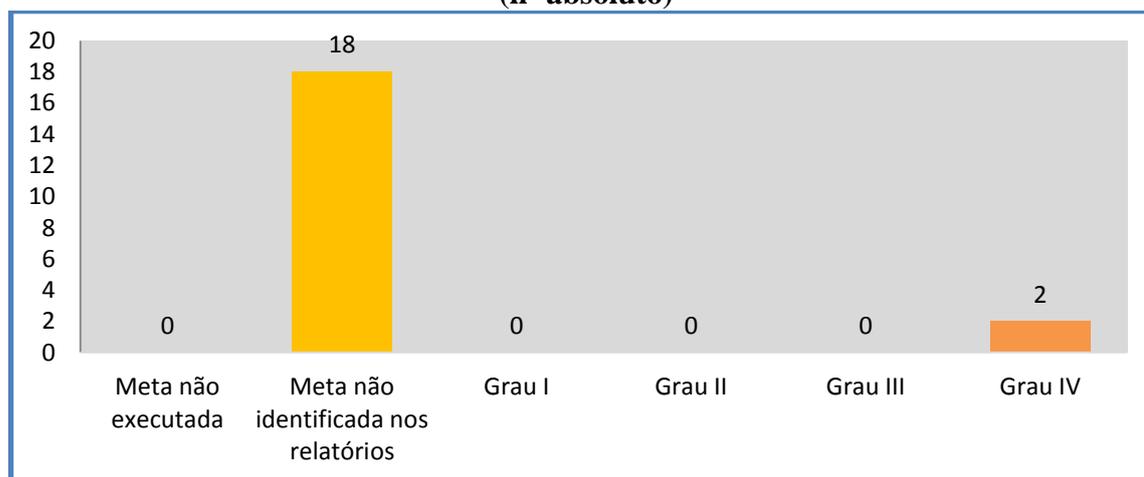
Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A tabela 9 acima demonstra o ano de 2014 como mais positivo em relação a efetivação desse bloco, no entanto passa-se 205 e 2016, com baixo desempenho, tendo em 2017 um avanço.

4.6 BLOCO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

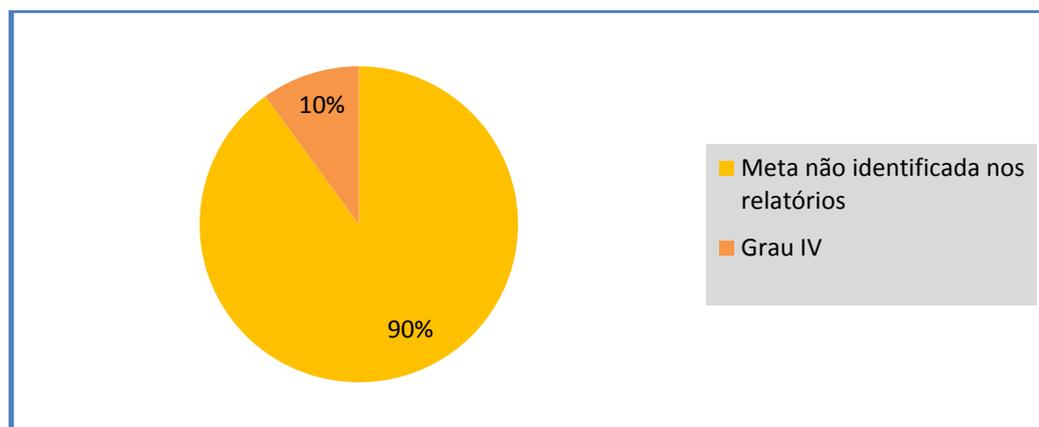
O gráfico 9, abaixo mostra a em números absolutos o cumprimento das metas estabelecidas para assistência farmacêutica para os anos de 2014-2017, para uma média de 20 metas, pode-se observar:

Gráfico 9 Classificação das metas ligadas a Assistência Farmacêutica : 2014 a 2017 (n° absoluto)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

No que tange o bloco de assistência farmacêutica, os dados são preocupantes. Das 20 metas, 18 não foram encontradas nos relatórios, sendo apenas duas executadas no grau IV. O gráfico abaixo traz o percentual de metas com base numa média de 41,5% das metas.

Gráfico 10 Classificação das metas ligadas a assistência farmacêutica: 2014 a 2017 (%)

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

O gráfico 10 denota que, quanto a este bloco existe um completo abandono das metas estabelecidas, que, mesmo em meio à crise, não se justifica esse acontecimento.

O bloco de assistência farmacêutica é muito importante na medida em que atende grande parte da população mais carente. Muitos casos as pessoas conseguem uma consulta ou exames pelo sistema público, mas não possuem condições financeiras para adquirir os medicamentos, e quando adquire, o peso desses produtos nos rendimentos dessas pessoas é significativo, diminuindo assim a capacidade de consumo, com os demais bens de sobrevivência. A tabela abaixo mostra o comportamento desse bloco, pontuando ano a ano.

Tabela 10 Metas selecionadas referentes ao bloco assistência farmacêutica(%)

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (%)					
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Meta não executada	0	0	0	0	0
Meta não identificada nos relatórios	100	100	100	60	90
Grau I	0	0	0	0	0
Grau II	0	0	0	0	0
Grau III	0	0	0	0	0
Grau IV	0	0	0	40	10
TOTAL	100	100	100	100	100

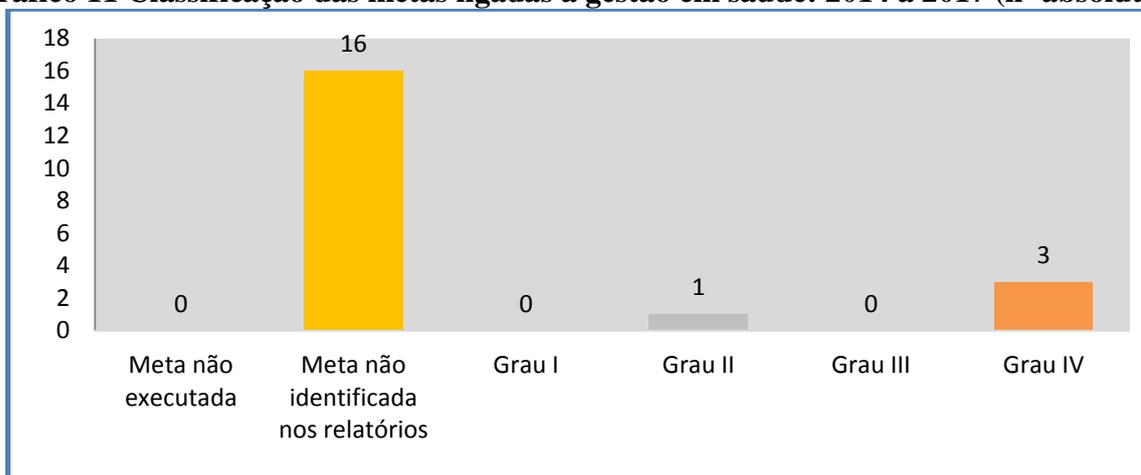
Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir da tabela observa-se que apenas no ano de 2017 ocorreu uma preocupação com este bloco, chegando a ser esquecido nos demais anos.

4.7 BLOCO GESTÃO EM SAÚDE

O gráfico 11 abaixo mostra a em números absolutos o cumprimento das metas estabelecidas para gestão em saúde para os anos de 2014-2017, para uma média de 20 metas, pode-se observar:

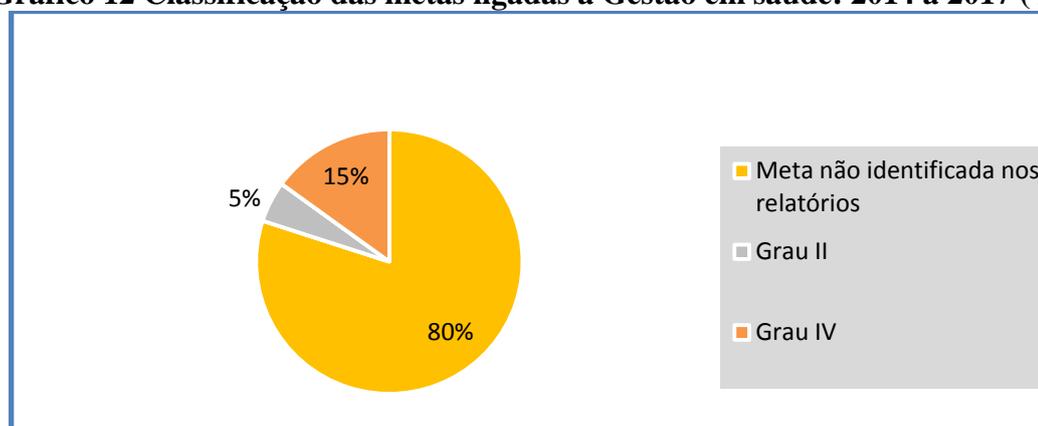
Gráfico 11 Classificação das metas ligadas a gestão em saúde: 2014 a 2017 (nº absoluto)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

Mais uma vez os dados são preocupantes, no caso da gestão em saúde cerca de 16 metas não encontradas nos relatórios, tendo 1 com grau II e 3 com grau IV. O gráfico 12 abaixo traz esses dados em percentual:

Gráfico 12 Classificação das metas ligadas a Gestão em saúde: 2014 a 2017 (%)



Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

Pode-se ver no gráfico 12 que 80% das metas foram esquecidas. Dentre elas, a implantação de um complexo regulador, estratégias de descentralização da gestão e do controle social (o que incluía a implantação de conselhos distritais) e informação em saúde.

Tabela 11 Metas selecionadas referentes ao bloco gestão em saúde (%)

GESTÃO EM SAÚDE (%)					
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Meta não executada	0	0	0	0	0
Meta não identificada nos relatórios	80	80	100	60	80
Grau I	0	0	0	0	0
Grau II	20	0	0	0	5
Grau III	0	0	0	0	0
Grau IV	0	20	0	40	15
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

A partir da tabela 11 ver-se que novamente o ano de 2017 é o que mais tem pontos positivos em relação a este bloco, com 40% das metas no grau IV, mas apresenta 60% como não encontradas nos relatórios. Para os demais anos a situação foi mais alarmante.

Dessa forma, é possível observar que ainda falta muito que planejar na gestão da saúde de Campina Grande, de modo que a população não venha a deixar de ter seus direitos fundamentais atendidos. Buscar estratégias e ferramentas para garantir a eficiência e a garantia do bem-estar das pessoas é de fundamental importância para a gestão de uma cidade do porte de Campina Grande, servindo de exemplo para as demais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação, por parte do Ministério da Saúde, do PlanejaSUS significa um importante passo como uma ferramenta que auxilia no processo de gestão no âmbito das políticas de saúde e no controle social. Assim, através de um planejamento articulado, entende-se que a gestão tende a uma maior efetivação. Com isso os instrumentos básicos: Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão são ferramentas importantes para o alcance dos objetivos proposto, não servindo apenas como necessária medida burocrática e de negociação política.

No entanto, se observou ao analisar a execução desses instrumentos no município de Campina Grande, falta de coerência, sistematização e cuidados com a consolidação dos instrumentos, dificultando a análise sobre os mesmos. Sobre a própria execução do das políticas de saúde estabelecidas no próprio plano, apenas 36 % das metas se enquadraram como executadas entre 75% e 100%. As metas classificação pelo Ministério da Saúde como: não executadas, não identificadas no relatório, grau I, II e III atingiram um percentual de 64%.

Mais da metade das metas pensadas no PMS para o quadriênio não chegaram a se concretizar e não havendo justificativas sobre o porquê de tal fato.

Outro problema enfrentado, é um claro processo de desfinanciamento da saúde nos últimos sete anos da análise. Observou-se baixos desempenhos indicadores de financiamento, antes mesmo do período anterior à crise recente, inclusive com perda de importância da atenção básica e um favorecimento a alta e média complexidade. A esse respeito a isso, Rotta, (1997) já alertava para o modelo de financiamento hospitalocêntrico- privado da cidade, comparando-a com as cidades de mesmo porte.

A problemática do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde é uma questão que vem sendo discutida desde o início do sistema, e que merece considerável destaque. No entanto, as análises sobre a execução dos instrumentos de gestão questionam saber, se as únicas implicações do sistema são referentes somente a economia política do SUS. Destarte, observou-se que o SUS possui arcabouço administrativo do ponto de vista teórico sofisticado, também conta com uma ampla base tecnológica e diversos outros mecanismos de apoios gerenciais.

O que pouco se discute é sobre aspectos políticos e sociais presentes no sistema, que impossibilitam a concretização das políticas de promoção à saúde. Sobre as dificuldades no âmbito da gestão, principalmente em nível local, no qual os gestores e demais interessados travam disputas políticas, no que tange os diversos conflitos de interesses dos agentes interessados, em suma, a administração política do SUS.

A partir da administração política, buscou-se uma análise crítica da situação do Sistema Único de Saúde o município de Campina Grande-PB. Esta que não desconsidera os aspectos gerenciais, mas pelo contrário, potencializa-os, dando grande enfoque no planejamento estratégico e primordialmente na análise política.

Sendo assim, os instrumentos são ferramentas que auxiliam na concretização dos objetivos, sendo necessária uma considerada adequação entre o planejado e o executado. Percebe-se pouca sintonia da gestão com estes mecanismos de apoio no município de Campina Grande. Questiona-se se o modelo de administração política de saúde posto em prática é o necessário sob o ponto de vista do bem-estar social. Espera-se que a presente análise possa subsidiar a sociedade organizada no estabelecimento do debate necessário sobre os instrumentos de planejamento e sua execução.

A pesquisa possui algumas limitações, por exemplo no que diz respeito a escolha a verificação das metas uma vez que, os instrumentos não havendo sistematização e demais problemas já mencionados, dificultou a análise, podendo gerar variações nos dados. Devido o

curto tempo para efetivação da pesquisa, apenas 15, 3% das metas estabelecidas no PMS foram analisadas, esta podendo ser desenvolvida posteriormente utilizando um percentual maior ou até mesmo todas as metas estabelecidas no plano e demais planos.

**HEALTH POLICY ADMINISTRATION IN THE CITY OF CAMPINA GRANDE-PB: AN
ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE MUNICIPAL HEALTH PLAN
(2014-2017)**

ABSTRACT

With the creation of the plan SUS in 2008, the Ministry of Health consolidated its planning process through standardization and procedures. For its follow-up, the planning notebooks were launched, which guide the managers of the three federated entities to use the management tools that contribute to the realization of their actions. Among the most basic instruments are: the health plan, the annual schedules and the management reports. These are contained, respectively, guidelines, objectives and goals for health for four years. This study aimed to analyze the achievement of the goals established in the Municipal Health Plan of Campina Grande for the period 2014-2017, in the light of the political administration. It is characterized as an exploratory-descriptive and documental research, carried out through the collection of data from the instruments. From a non-probabilistic sample, an average of 15.3% of the goals contained in the Municipal plan (2014-2017). It was observed compliance with 49% of the primary care goals, 45% of the medium block and high complexity, 55% in health surveillance, 10% of pharmaceutical care and 15% of health management. There is an incoherence between the management tools, with the lack of systematization or standardization. In short, 36% of the goals were only successful, including non-existent, incomplete and not present targets in the three documents. Or who did not have a note explaining why they were abandoned. The results demonstrate the lack of a political administration project.

Keywords: Political administration, Unified Health System - SUS, Campina Grande, municipal plan, health policy.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. A. S. **Gestão da Saúde nas Macrorregiões da Paraíba: uma análise á luz da administração política.** 2014. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Administração de Empresas) - Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande, 2014.

ANFIP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL. **Análise da Seguridade Social,** Brasília, (2017; 2018).

ATLAS BRASIL. ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Consulta das cidades,** 2013.

BRANDÃO, C. **Crise e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil.** Cadernos Metrópole, São Paulo, v. 19, n. 38, pp. 77-98, 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7508, 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 República Federativa do Brasil]. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007:** Um pacto pela saúde no Brasil Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento.** 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS),** 2018.

CAMPINA GRANDE. **Plano Municipal de Saúde.** Secretaria Municipal de Saúde: 2014.

CAMPINA GRANDE. **Programação Anual de Saúde.** Secretaria Municipal de Saúde: (2014; 2015; 2016; 2017).

CAMPINA GRANDE. **Relatório Anual de Gestão.** Secretaria Municipal de Saúde: (2014; 2015; 2016; 2017).

DRUCKER, P. F. **Administração lucrativa.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A.L.M. de; ROSSI, P. **Austeridade e Retrocesso: Impactos sociais da política fiscal.** São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich, agosto, 2018.

FUNCIA, F.R. **Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016.** Análise da seguridade social- ANFIP. Brasília, 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influências das cidades,** 2018.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MARCONI, M. A de; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, R. M. **O direito à saúde no mundo.** In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MEDEIROS JUNIOR, G. **Economia e Administração Política da Saúde: uma análise das dinâmicas do Capital e do Estado na gestão do SUS no Brasil e em Campina Grande.** 2017. Tese. (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional- IPPUR, UFRJ, Rio de Janeiro, 2017.

MEDEIROS JUNIOR, G; SILVA, A, V. da. Saúde e Seguridade em tempos de EC-95: um análise sobre o comportamento dos gastos com saúde à luz da economia e administração política In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, n.23, Niterói-RJ **Anais...** Niterói-RJ, SEP, 2018. Disponível em: <http://www.sep.org.br/trabalhos_aprovados/#NOME5>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

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

MENDES, A; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, n.23, Niterói-RJ **Anais...** Niterói-RJ, SEP, 2018. Disponível em: <http://www.sep.org.br/trabalhos_aprovados/#NOME5>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

MENDES, A; FUNCIA, F. R. **O SUS e seu financiamento.** In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS – o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. P. Reforma **Sanitária brasileira – contribuição para a compreensão crítica.** 2ª reimpressão. Salvador: EDUFBA; São Paulo: Fiocruz, 2013.

PECK, J.; THEODORE, N.; BRENNER, N. **Mal-estar no pósneoliberalismo.** Revista Novos Estudos. Março, 2012.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. **O financiamento dos serviços de saúde no Brasil.** MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, investimentos e desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

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. **A administração política como campo do conhecimento.** 2 ed. Salvador: FEAUFBA; São Paulo: Hucitec-Mandacaru, 2009.

SANTOS, R. S.; GOMES, F. G. **Outro modo de interpretar o Brasil: Ensaio de administração política.** São Paulo: Hucitec, 2017.

SANTOS, R. S.; RIBEIRO. E. M.; CHAGAS, T. Bases teórico-metodológicas da administração política. **Revista Brasileira de Administração Política**, Salvador, v. 2, n. 1, abril, 2009.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA FILHO, R.; GURGEL C. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para intervenção crítica.** São Paulo: v.7, Cortez, 2016.

VIEIRA, F.; BENEVIDES, R. P. de S. O direito à saúde no Brasil à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e pesquisas sobre as Américas.** V. 10. N.3, 2016.