

Gestão em saúde no município de Campina Grande - PB: uma análise sobre a execução no Plano Municipal De Saúde (2014-2017)

ANA MARIA VICENTE DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

GERALDO MEDEIROS JÚNIOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)

GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB: uma análise sobre a execução no Plano Municipal De Saúde (2014-2017)

1. Introdução

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, principal município do interior da Paraíba, para os anos de 2014-2017.

Diante de todo o 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.

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.

Base teórica

2. Base teórica

2.1 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 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) serão 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).

No Brasil isso é sentido, dentre outras medidas, com a aprovação em 1997 do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que substitui 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\$ 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 a 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).

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.

2.2 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).

2.3 O contexto da 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; ROSSI, 2018).

2.4 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, consequentemente, 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).

3. Procedimentos metodológicos

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; 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. Foi feito esse recorte temporal, devido o fato de esse quadriênio é o mais recente na execução plena do plano. Uma vez que, o plano mais recente ainda está em execução e o primeiro relatório ainda não foi disponibilizado.

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

A amostragem não probabilística se deu por uma escolha deliberada das metas, com percentual de 15,3%, que foram consideradas mais estruturantes pelos autores e utilizada o parâmetro de medição do Ministério da Saúde.

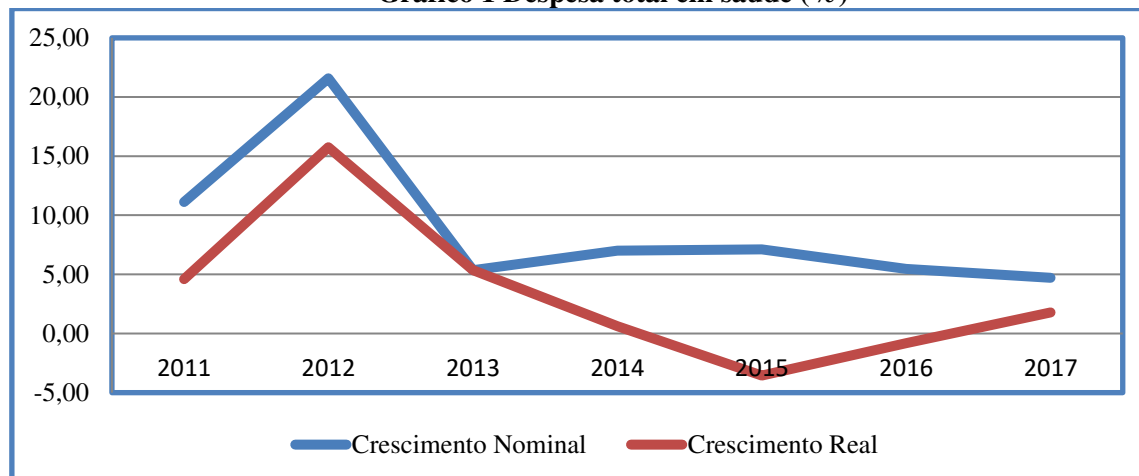
3.1 Caracterização da saúde pública em Campina Grande

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.

Os dados a seguir analisam 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 nominal, 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. Resultados

4.1 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).

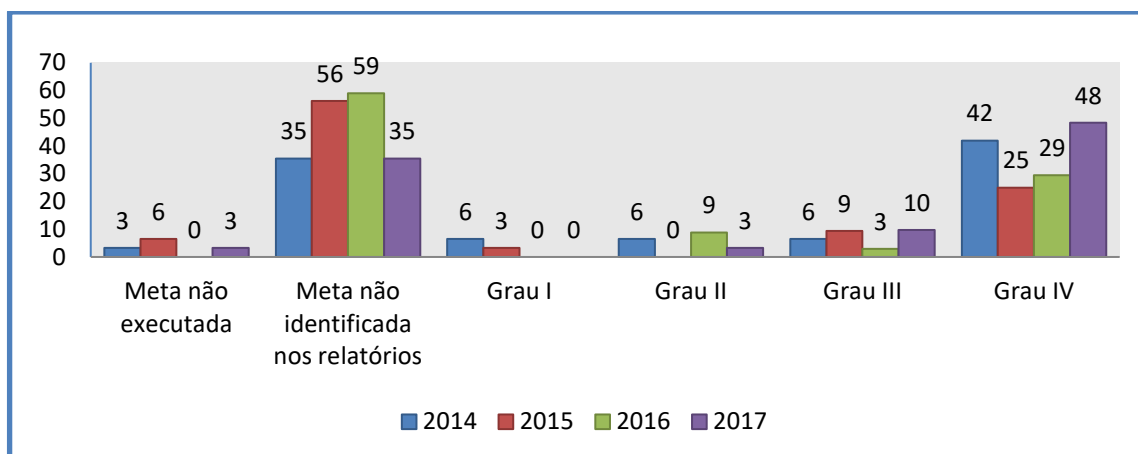
Do ponto de vista administrativo, a sistematização dos instrumentos que auxiliam no processo de planejamento e operacionalização, precisa ser elaborada de modo que facilite o fluxo de informações e execução das atividades. Entretanto, o que se observou nos instrumentos analisados foi a incoerência entre 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.

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.

O gráfico 2, abaixo, mostra 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.

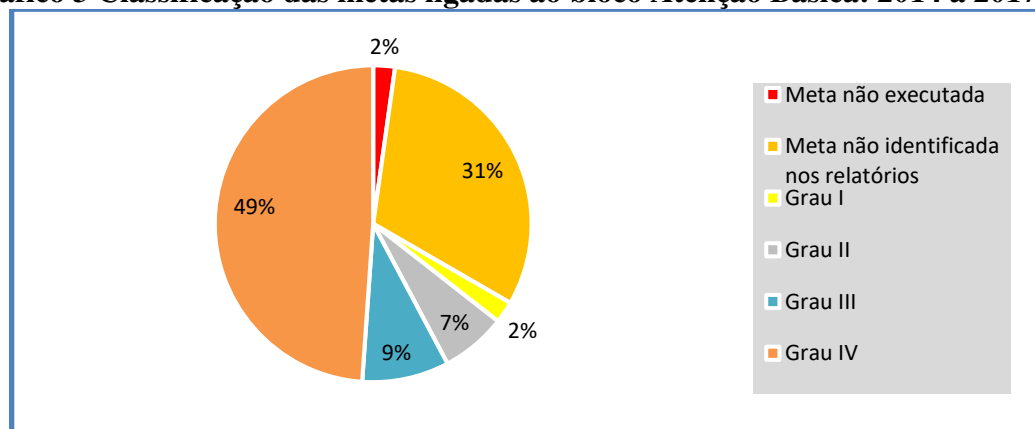
Isto sugere questionamentos quanto ao modelo e atenção a saúde do município, e como os instrumentos de gestão estão sendo efetivos. Sendo assim existe pouca consonância entre execução da gestão com os instrumentos, estabelecida pelo Ministério da Saúde para gestão das políticas de saúde no âmbito do 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.

4.2 Análise por blocos

4.2.1 Atenção Básica

Para mostrar em números percentuais, observa-se o gráfico 3 feito a partir de uma média percentual de 20% das metas estabelecidas para o bloco atenção básica.

Gráfico 3 Classificação das metas ligadas ao bloco Atenção Básica: 2014 a 2017 (%)



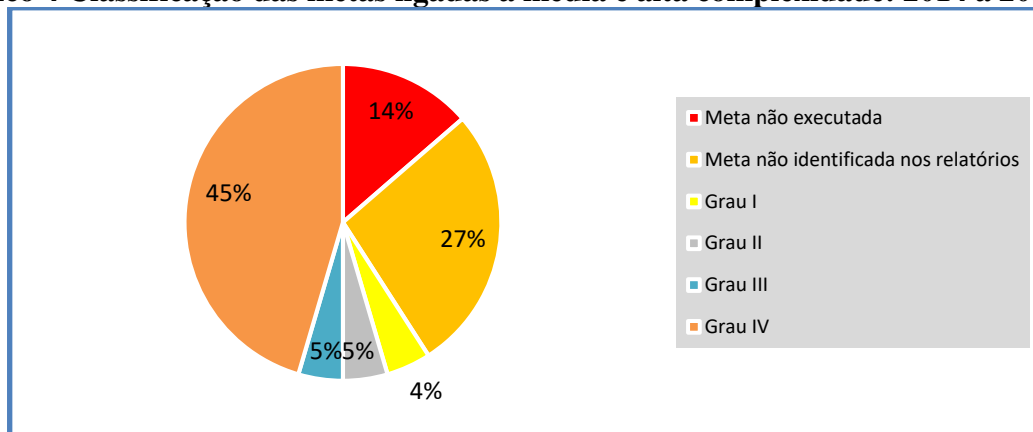
Fonte: elaboração própria a partir de Campina Grande (2014-2017)

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.

4.1.3 Média e alta complexidade

No que diz respeito ao cumprimento em número percentual pode-se observar no gráfico 4, a partir de uma média de 22% que:

Gráfico 4 Classificação das metas ligadas a média e alta complexidade: 2014 a 2017 (%)



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

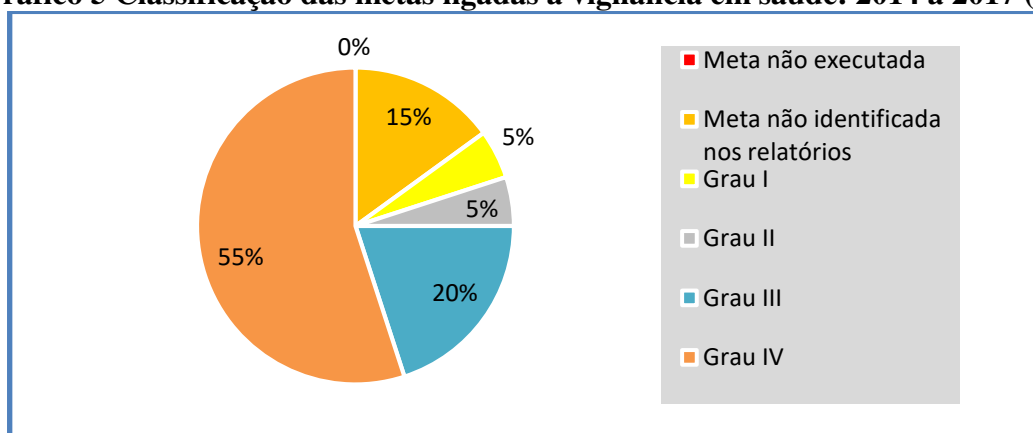
Dentre as metas não executadas observou-se 14%, metas não identificadas 27%, grau I 4%, grau II e III, ambos com 5 %, e metas com grau IV 45%.

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.

4.2.2 Vigilância em Saúde

Em números percentuais observa-se o comportamento da seguinte forma, presente no gráfico abaixo, para um percentual de 33%.

Gráfico 5 Classificação das metas ligadas a vigilância em saúde: 2014 a 2017 (%)



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

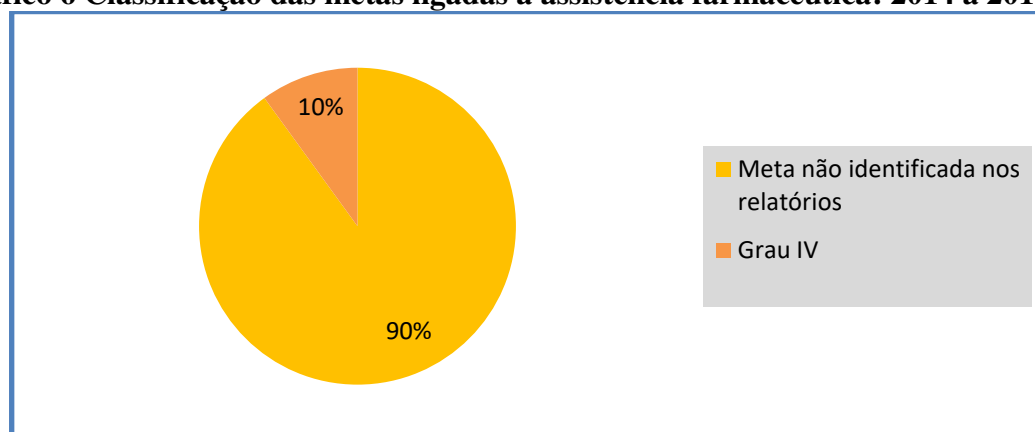
Assim, 55% das metas se concretizaram entre 75% e 100%. De acordo com Medeiros Júnior, (2017), apesar desse número de concretização, a forma como o plano estabelece metas pontuais dificulta

a vinculação delas com uma estratégia claramente definida. A análise das informações demonstra quem mesmo às metas pontuais não foram alcançadas.

4.2.4 Assistências farmacêutica

O gráfico abaixo traz o percentual de metas com base numa média de 41,5% das metas.

Gráfico 6 Classificação das metas ligadas a assistência farmacêutica: 2014 a 2017 (%)



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

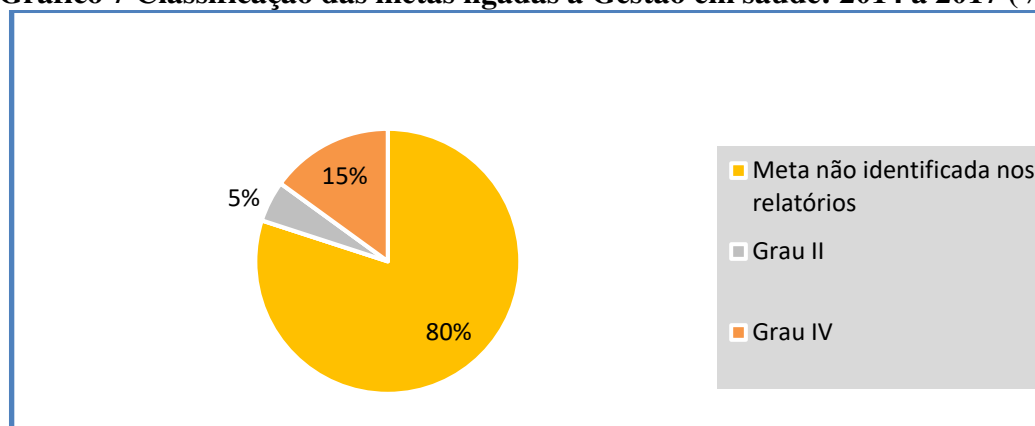
O gráfico 6 denota que, quanto a este bloco existe um completo abandono das metas estabelecidas, que, mesmo em meio à crise, não se justifica esse acontecimento.

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.

4.2.5 Gestão em saúde

O gráfico 7 abaixo traz esses dados em percentual:

Gráfico 7 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 7 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.

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.

Na observação do caso do município de Campina Grande foram observados falta de coerência, sistematização e cuidados com a consolidação dos instrumentos, dificultando a análise sobre os mesmos. Sobre a própria execução das políticas de saúde estabelecidas no próprio plano, apenas 36 % das metas se enquadraram como executadas entre 75% e 100%. As metas classificadas 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. 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, parte-se da perspectiva de que 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.

Referências

ALVES, R. A. S. **Gestão da Saúde nas Macrorregiões da Paraíba: uma análise à 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.

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.

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.

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.