

INDICADORES DE SAÚDE E A REALIDADE EM NÚMEROS: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES ATRAVÉS DE SEUS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO.

Maria Carolina Gonçalves Oliveira¹

Ludmila Gonçalves da Mata²

Resumo

Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados encontrados durante a pesquisa do trabalho dissertativo do Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade. O presente trabalho tem como objeto a operacionalização dos instrumentos do planejamento na política de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes. Os resultados encontrados nos mostram que seus instrumentos não estão dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde, e seus rebatimentos estão presentes nos indicadores de saúde CAOP, nos quais tais indicadores não alcançam as metas estabelecidas pelos entes federativos.

PALAVRAS-CHAVES: Política de Saúde. Instrumentos do Planejamento. Instrumentos do Planejamento em Saúde. Indicadores de Saúde.

Introdução

Entendemos a política de saúde como uma política pública de caráter universal sendo fruto dos movimentos sociais urbanos que lutaram para que a política de saúde fizesse parte de uma política maior, a política de Seguridade Social.

¹ Mestranda em Planejamento Regional e Gestão da Cidade (UCAM). Graduada em Serviço Social (UFF-Campos dos Goytacazes). Assistente Social Prefeitura Municipal de Muriaé (MG). E-mail: mariacgo@yahoo.com.br. **Grupo de Trabalho: Análise de Experiências de Gestão do Planejamento do Desenvolvimento Regional**

² Doutora em Ciência Política. Professora do Mestrado e Doutorado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade (UCAM). E-mail: ludmatta@yahoo.com.br. **Grupo de Trabalho: Análise de Experiências de Gestão do Planejamento do Desenvolvimento Regional**

Para tanto, como em toda e qualquer política pública, é de suma importância o planejamento da política e de suas ações. No Planejamento em Saúde não é diferente, pois seus instrumentos são resultantes de um processo que culmina com a elaboração de planos e relatórios. Assim, “sendo o objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento indica processos e métodos de formulação e requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, 2009, p. 17).

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

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

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

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

Objetivamos analisar a implementação dos Instrumentos do Planejamento em Saúde tendo como rebatimento os resultados encontrados no rol único de Indicadores de Saúde, sendo estes utilizados pelos gestores no planejamento de cada ente federativo, sempre estando em consonância com o planejamento regional integrado, e na formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (CAOP). “Visando auxiliar os entes federados na definição das metas, este caderno apresenta orientações relativas ao processo de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015” (BRASIL, 2013, p.9).

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

2. Metodologia

Para tal, em princípio realizamos uma pesquisa empírica composta por: pesquisa documental, subdividida em análise dos Instrumentos do Planejamento em Saúde (PMS 2010-2013, PAS e RAG 2010, 2011, 2012 e 2013), tendo como parâmetro o Manual do Planejamento em Saúde, atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, levantamento de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; e durante a observação participante nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, realizamos algumas abordagens aos conselheiros questionando sobre a política de saúde e seu planejamento utilizando da técnica de pesquisa conhecida como relato verbal oral e escrito.

3. A Política e o Planejamento em Saúde

A Carta Magna, considerada um marco para a cidadania brasileira, estabeleceu uma importante reforma do sistema de proteção social, que, por sua vez, compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos

e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art. 194).

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

Por sua importância e volumosos orçamentos, a política de saúde acaba se tornando uma “vitrine” para futuros candidatos a gestor municipal, tanto para uma imagem positiva quanto negativa. Dessa forma, assumir a gestão da Secretaria Municipal de Saúde é considerado uma porta para pleitear vaga tanto no legislativo quanto no executivo. Analisando a ocupação do cargo de Secretário de Saúde, observamos o Quadro 1:

ANO	GESTOR E PRESIDENTE DO CMS	PERÍODO
2009	Paulo Roberto Hirano	jan./dez.
2010	Paulo Roberto Hirano	jan./dez.
2011	Paulo Roberto Hirano	jan./dez.
2012	Paulo Roberto Hirano	jan./mar.
2012	Geraldo A. P. Venâncio	abr./dez.
2013	Geraldo A. P. Venâncio	jan./jun.
2013	Francisco A. S. Oliveira	jul./dez.

Quadro 1. Mudança na gestão da política de saúde
Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

A partir do Quadro 1, podemos constatar que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde acompanha os mandatos executivos com certa estabilidade, ocorrendo a mudança apenas no último ano do mandato.

Com a mudança de gestor, também ocorre a mudança de alguns cargos indicados por ele. Isso atrapalha a continuidade do trabalho realizado pela equipe

que deixou a gestão. Podemos ilustrar a situação descrita pela fala do conselheiro 4: *“Existem no mesmo governo grupos diferentes, grupos de poder que brigam entre si, quando um gestor sai outro gestor entra e uma nova turma também”*.

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

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

Os conselheiros afirmaram que o orçamento para a política de saúde foi elaborado e aprovado pela Câmara Legislativa, mas só depois foi apresentado ao CMS. *“A secretaria de orçamento e finanças diz à saúde como ela tem que gastar”* (fala do conselheiro 1).

Sobre essa temática, ao indagar um dos conselheiros sobre essas questões, o conselheiro 2 disse: *“O que acontece é que o pé é maior do que o sapato. Nada é feito seguindo um planejamento, tudo é feito para apagar incêndio”*.

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

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

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

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

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

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

Um dos Instrumentos do Planejamento em Saúde é o Plano de Saúde em nível municipal (PMS 2010-2013), que foi apresentado aos conselheiros municipais de saúde na reunião ordinária de 13 de julho de 2010, estando em descompasso com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, descrito no Manual de Planejamento no SUS, no qual:

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

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

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

Também observamos, nas atas, que não há registro nem sequer cobranças de nenhum tipo, do CMS, quanto às Programações Anuais (PAS 2010, 2011, 2012 e

2013). Para o funcionário ligado à elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde, a PAS não foi elaborada e aprovada pelo CMS. Mas, no RAG, encontramos descrita a PAS.

Quanto ao RAG, notamos que foi apresentado ao Conselho todos os anos, porém, todos com atrasos, como descrito na Tabela 1:

Tabela 1. RAG (2009, 2010, 2011, 2012, 2013), ano de aprovação e recursos orçamentários.

RAG/ANO	ANO DE APROVAÇÃO NO CMS	RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	
		PROGRAMADO	EXECUTADO
RAG 2009 ³	Julho de 2010	Não está disponível no RAG	Não está disponível no RAG
RAG 2010	Junho de 2011	Não está disponível no RAG	Não está disponível no RAG
RAG 2011	Agosto de 2012	209.000.000,00	202.520.703,26
RAG 2012	Setembro de 2013	199.503.500,00	240.054.023,83
RAG 2013	Não aprovado CMS	626.915.251,66 ⁴	611.037.636,22

Fonte: Elaborado pelas autoras

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

³Como descrito no trabalho, o RAG 2009 não é objeto deste estudo, porém, destacamos que, no ano de 2009, o município foi credenciado à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

⁴O conselheiro 3, ao ser questionado sobre os valores programados e valores executados de 2013 estarem superiores aos dos anos anteriores, disse “esses valores dos anos anteriores não são menores, pois os valores programados e executados não incluem os valores destinados para a Fundação Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde”.

Ao analisar os Instrumentos do Planejamento em Saúde, observamos que os Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2010, 2011, 2012 e 2013) possuem algumas particularidades. Vejamos nos Quadro 2 e 3 tais particularidades:

RELATÓRIOS DE GESTÃO 2010-2013 (1)	
RAG 2010	<p>Constituído não só por indicadores de saúde mas também por informações de todas as ações de saúde executadas no período de 2010, nas seguintes áreas: Atenção básica; Atenção especializada; Vigilância em saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental); e Gestão de recursos financeiros. Principais pontos: todas as ações desenvolvidas pela política de saúde; número de pessoas atendidas pelos serviços de saúde; número de novas unidades de saúde implantadas; número de procedimentos realizados especificando cada um deles; informações dos programas municipais, o que fazem e como executam suas ações, de forma resumida; tipos de exames, especificando cada um e mostrando quantitativamente quantos foram realizados; descrição em números de dispensa de medicamentos mensal por paciente; descrição das campanhas realizadas pelos profissionais de saúde do município; dispensa de leite, descrevendo o tipo e o número de pessoas atendidas; descrição de cursos de capacitação e número de funcionários que participaram dos cursos; número de internações, cirurgias, especificando cada uma delas; procedimentos realizados pelos hospitais, especificando o hospital, o tipo de procedimento e quantas pessoas; descrição em números dos casos notificados por agravo; descrição mensal do controle de qualidade da água; descrição mensal do controle de roedores, animais peçonhentos e sinantrópicos e criação irregular; descrição em números dos imóveis pertencentes à Secretaria de Saúde; descrição dos materiais recolhidos para reaproveitamento; descrição e discriminação: da receita municipal, pagamento de recursos humanos em saúde, valores pagos em medicamentos, receita federal para a saúde, valores pagos na contratualização; e comparativo dos indicadores de metas e resultados alcançados e resultados a serem alcançados para o ano seguinte.</p>
RAG 2010	<p>Destacamos as informações de: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS. Outra informação relevante que consta no RAG 2011 é a descrição da PAS com as metas anuais (programadas e realizadas) e os Recursos Orçamentários (programados e o executados); Ressaltamos que, no RAG 2011, os indicadores de saúde são apresentados como “Pacto pela Vida: Prioridades, Objetivos e Resultados alcançados”. Também percebemos que o RAG 2011 é feito de forma sucinta, como estabelece a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Como o RAG 2011 foi formulado em atraso, ele seguiu o parâmetro dessa Lei Complementar. Por isso está no formato sucinto, no qual o Relatório Anual de Gestão poderá ser um Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e não mais detalhado como no RAG 2010. O RAG 2011 encontramos nos indicadores de saúde; e indicadores de gestão apresentam os objetivos e os resultados alcançados nas onze prioridades do Pacto pela Vida..</p>

Quadro 2. Comparação dos RAGs 2010-2013 (1)
Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

RELATÓRIOS DE GESTÃO 2010-2013 (2)	
RAG 2010	<p>Ressaltamos as informações de: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS. O RAG 2012 também possui descrito a PAS, as metas anuais (programadas e realizadas) e os Recursos Orçamentários (programado e o executado), e este também foi feito de forma sucinta, no modelo RREO. No RAG 2012, estão descritos os indicadores de saúde como “Indicadores da transição PACTO-COAP-2012”, de acordo com a operacionalização do Pacto pela Vida, que foi regulamentado por meio da Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a “pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)”. No RAG 2012, temos os indicadores e treze diretrizes com seus respectivos objetivos e resultados, conforme estabelecido no PACTO-COAP-2012.</p>
RAG 2010	<p>Assim como foi feito nas análises anteriores, selecionamos as informações sobre: morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária; rede física de saúde, pública e privada, prestadora de serviço ao SUS; e profissionais do SUS. Destacamos que, no RAG 2013, a PAS não está com informações detalhadas, contendo apenas informações sobre a execução orçamentária, valor programado e o valor executado. No RAG 2013, estão descritas as treze diretrizes com seus respectivos objetivos, metas e indicadores de saúde, porém, em números percentuais só estão representadas as metas, e não os resultados de cada indicador, ficando comprometida a comparação e análise. Também observamos no RAG 2013 há várias perguntas com respostas em branco, o que também comprometeu a análise da pesquisadora.</p>

Quadro 3. Comparação dos RAGs 2010-2013 (2)
Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

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

Ao analisarmos o RAG 2010 e os demais Relatórios Anuais de Gestão (2011, 2012 e 2013), percebemos também que os relatórios não possuem informações sobre as metas pactuadas e as metas alcançadas (ou valores observados). Dessa forma, recorreremos ao site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado Rio de

Janeiro, que disponibiliza a tabela com dados sobre as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde.

4. Indicadores de Saúde: uma análise dos rebatimentos na qualidade dos serviços de saúde referente ao período 2010-2013.

Utilizamos de dados secundários oficiais encontrados no portal da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Esses dados secundários são os 67 indicadores que compõem o rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Esses Indicadores de Saúde “estão presentes no Pacto pela Saúde, entre 2008 e 2011, e da transição Pacto-COAP, em 2012” (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2015).

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

De acordo com o Pacto pela Saúde, seus Indicadores de Saúde estão divididos em diretrizes, objetivos e Indicadores de Saúde.

A primeira diretriz “Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da Atenção Básica e da atenção especializada” é apresentada na Tabela 2:

Tabela 2: Indicadores de Qualidade da Atenção Básica

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

Fonte: Elaborada pelas autoras (Com dados fornecidos na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016).

Para interpretação dos dados, na Tabela 2, 3, 4 e 5 constam as seguintes informações como legenda: as metas e/ou valores observados na cor verde conseguiram ultrapassar a meta pactuada. Já a meta ou valores observados na cor vermelha não conseguiram alcançar a meta pactuada. As metas e/ou valores observados na cor azul, indicador não pactuado. As metas e/ou valores observados na cor roxa, igual à meta pactuada. Indicador não se aplica **n/a**. A **s/i** para informação não disponível para o cálculo do indicador. E, finalmente, **s/v** para sem valores apresentados.

A partir da Tabela 2, no item que apresenta os indicadores de qualidade de acesso à Atenção Básica⁵, observamos que os indicadores de saúde “cobertura de

⁵ A Atenção Básica caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Nos orientamos pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...). A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007, p.16). A Atenção Básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos” (PENSESUS, 2016).

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

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

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

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

Tabela 3: Fortalecimento da rede de saúde mental

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Coberturas de Centros de Atenção Psicossocial	0,65	0,64	0,64	0,63

Fonte: Elaborada pelas autoras (Com dados fornecidos na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016).

Ao analisarmos a Tabela 3, observamos que, no papel das ações em Saúde Mental, está inserido, nessa perspectiva, o enfrentamento ao álcool e a outras drogas, mas principalmente o enfrentamento ao crack, que, em Campos dos Goytacazes, parece estar sendo, de certa forma, ignorado. O crack é uma droga com consequências nefastas, tanto para seus consumidores quanto para a sociedade. Essa substância causa dependência química com poucas vezes de uso, debilitando a saúde mental e física de seus usuários. Ademais, traz consequências graves também para as relações sociais desses usuários, rompendo seus laços familiares e sociais. Estudos fazem uma relação do aumento de usuários de crack ao aumento das taxas de criminalidade, violências, entre outros problemas sociais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2011).

O próximo ponto de análise está ancorado na Terceira Diretriz, “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade”, seus objetivos e indicadores estão descritos na Tabela 4:

Tabela 4: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança

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

Fonte: Elaborada pelas autoras (Com dados fornecidos na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016).

A Tabela 4 apresenta os indicadores de “Atenção integral à Saúde da Mulher”. Nesse item, destacamos os indicadores de exames citopatológicos para detecção do câncer, mediante exame de mamografia para detecção de câncer de mama em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, que, mesmo alcançando as metas para exames de mamografia em 2012, podem ser considerados valores baixos se comparados com outros países. O câncer de colo do útero e o câncer de mama são os que mais levam mulheres a óbito no Brasil, sendo o câncer de mama com maior índice de cura para a mulher, quando detectado em estágios iniciais⁶ (INCA, 2016).

Outro dado que chama atenção diz respeito aos indicadores que abordam a gestação, puerpério, mortalidade infantil. Quase todos os valores descritos estão abaixo das metas pactuadas. Os indicadores referentes a investigações de mortes materno-fetal alcançaram a meta devido à implantação de um comitê⁷ em nível municipal, que realiza investigação caso a caso.

Ao observarmos o Indicador de Saúde “taxa de mortalidade infantil”⁸ definido como o “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado” (DATASUS, 2012, p. 108), no Município de Campos dos Goytacazes, encontramos acima da média nacional, com 16,57% contra 15,02 % (IBGE, 2013).

Suponhamos que tal fato se deva em razão da “precariedade da atenção à mãe e ao recém-nascido” (UNICEF, 2005, p. 1), uma vez que os indicadores de

⁶Podemos afirmar que a detecção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero “é fundamental para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos” (INCA, 2016). É possível realizar essa detecção através dos níveis primário e secundário, promoção da saúde e “detecção do surgimento da doença nos estágios iniciais” respectivamente, sendo possível detecção precoce através de ações integradas (INCA, 2016).

⁷O Comitê municipal de prevenção do óbito materno, infantil e fetal, no âmbito da Direção de Vigilância em Saúde, foi implantado no ano de 2011.

⁸De acordo com a Nota Técnica dos Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP – 2012, é calculada a taxa de mortalidade através do numerador com o número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência (tendo como fonte o SIM); e o denominador com os números de nascidos vivos nesse mesmo local e ano (tendo como fonte o SINASC).

saúde “proporção de parto normal” e “proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal” não alcançaram a meta estabelecida.

Outro ponto de análise está relacionado ao fato de municípios em que a Atenção Básica realiza um trabalho de acompanhamento efetivo, mesmo não tendo água tratada⁹, os índices baixaram. Foi o que aconteceu com a implantação dos antigos Programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Nordeste brasileira, que ocasionou queda considerável da taxa de mortalidade infantil.

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

Tabela 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa de DCNTs

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

Fonte: Elaborada pelas autoras (Com dados fornecidos na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2016).

⁹ Temos vários tipos de diarreias, mas principalmente a diarreia aguda é considerada uma doença com altos índices de mortalidade infantil. A diarreia aguda está relacionada à falta ou ao precário serviço de saneamento básico (água tratada); também está relacionada às condições socioeconômicas de vulnerabilidade social representando um problema de saúde pública de grande relevância.

Observamos, na Tabela 5, na “Diretriz Atenção Integral à pessoa idosa”, que a “taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro doenças principais (DCNTs)¹⁰ “não foi alcançada de acordo com a meta pactuada.

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

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

Tendo em vista a real importância da Atenção Básica acima descrita, no Município de Campos dos Goytacazes, se isso estivesse funcionando por meio da Estratégia de Saúde da Família¹¹, poder-se-iam acompanhar esses idosos de forma atuante, evitando assim várias complicações e sequelas dessas doenças.

Destacamos ainda que um município com uma Atenção Básica que prime pela prevenção, promoção e proteção da saúde da população de sua área de cobertura diminui consideravelmente os gastos na Média Complexidade¹² e Alta Complexidade. As fragilidades na Atenção Básica, na gestão e no planejamento da política de saúde de Campos dos Goytacazes resultam em um aumento

¹⁰ As DCNTs são as Doenças Crônicas não Transmissíveis, e as quatro principais DCNTs são as doenças circulatórias, o câncer, o diabetes e as respiratórias crônicas.

¹¹ Em 2006, o Programa de Saúde da Família é substituído por Estratégia de Saúde da Família. Porém mesmo Campos tendo suspenso o Programa de Saúde da Família, o município não incorporou esta nomenclatura.

¹² A média complexidade é “composta por ações e serviços que visam a atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia” (BRASIL, 2007, p. 17-18).

considerável nos gastos públicos com os serviços de média e alta complexidade (SILVA, 2012).

Exemplos aplicáveis com uma Atenção Básica eficiente na Média Complexidade e Alta Complexidade¹³ seriam: a redução do tempo de espera para consulta com especialista na Média Complexidade; a redução do número de internações em leitos de hospitais, internações em unidades de terapia intensiva (UTIs) e os procedimentos cirúrgicos caros, na alta complexidade.

Conclusões

Tendo em vista a Política de Saúde, esta deverá planejar suas ações mediante os Instrumentos do Planejamento em Saúde, os quais deverão estar em consonância com o Manual de Planejamento do SUS.

Ressaltamos que, no Município de Campos dos Goytacazes, ocorre um descompasso nesses Instrumentos quanto aos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os descompassos encontram-se nos prazos da aprovação, pelo CMS, do Plano Municipal de Saúde e dos RAGs 2010, 2011 e 2012. Já o RAG 2013 não foi apreciado e aprovado pelo CMS.

Percebemos que nas atas não estão presentes discussões a respeito da PAS, nem reclamações e debates a respeito dos Instrumentos. Somente estão citadas 133 nas atas a aprovação do PMS 2010-2013 e as aprovações dos RAGs 2010, 2011 e 2012.

¹³ Alta Complexidade é um conjunto de “procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; e genética clínica”. (BRASIL, 2007, p. 18).

Verificamos que, durante a análise dos RAGs, não se encontraram as metas pactuadas pelos entes federativos e as metas alcançadas (ou valores observados). Para tal, fizemos uma complementação das informações do RAG de cada ano, analisado com as informações levantadas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Os dados encontrados mostram que alguns indicadores de saúde não alcançam ou superam a meta pactuada. Por diversas vezes atentamos para o não acesso de uma grande parcela da população campista aos serviços da Atenção Básica de forma a estar em consonância com a prevenção e promoção da saúde. De certa forma, isso estaria influenciando no aumento com gastos e sobrecarregando os Serviços de Média e alta Complexidade.

Sugerimos uma mudança nesse panorama ancorada na ideia de novas formas organizativas para as práticas de saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde com um corpo técnico competente e que possa elaborar e seguir o planejamento.

Referências Bibliográficas

BAPTISTA, T.W.F. *et al.* Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n.3. p.829-839, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. _____. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016.

_____. _____. **Diretrizes operacionais para o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. _____. **Manual de planejamento no SUS.** Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/03/Manual_planejamento_sus.pdf>. Acesso em: 12 mar.2016.

_____. _____. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil.>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. _____. **Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013:** estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/9AVilY5Vnsz7Zo/58111108612036020880.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. _____. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006:** divulga o pacto pela saúde: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=48>>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. _____. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Acesso à informação:** sistema de gestão. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. _____. **Taxa de mortalidade infantil:** C.1. (coeficiente de mortalidade infantil). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c01.pdf>>. Acesso em: 20 fev. de 2016.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. (Município).PODER EXECUTIVO. Portaria SMS n. 033/2015, edital de Chamamento n. 001/2015. **Diário Oficial do município**, n.7-117, - Poder Executivo - Campos dos Goytacazes, 25 set. 2015. Disponível em: <www.campos.rj.gov.br/up/diario_oficial.php?id_arquivo=1857>. Acesso em: 12 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cartilha sobre o crack**. Disponível: <http://www.tjdft.jus.br/publicacoes/manuais-e-cartilhas/cartilha_crack.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**: situação da infância brasileira: 2006. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_inf_brasil_2006_completo.pdf>. Acesso em 10 de mar de 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do censo 2010 referente ao Município de Campos dos Goytacazes**: 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330100&search=||infogr%E1ficos:informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 14 de fev. 2016.

_____. **Dados sobre o ensino-matricula**: docentes e rede escolar referente ao Município de Campos dos Goytacazes: 2012. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/grafico_cidades.php?codmun=330100&idtema=117>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. **Dados sobre a taxa de mortalidade Infantil por mil nascidos vivos** : Brasil: 2000 a 2015. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidadeinfantil.html>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

PENSE SUS. **Atenção Básica**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>> Acesso em: 15 mar.2016.

SILVA, Vera Lucia Marques da; ALVES, Manoela Magalhães. Judicialização e gestão pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 2, 2013, 01-03 out, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 2014. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/032.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

STEVANIM, M.A.P. **Judicialização da saúde**: acesso à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes. 2015. 157 f. . Dissertação (Mestrado. Em

Políticas Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2015. Disponível em: <<http://uenf.br/pos-graduacao/politicassociais/files/2015/10/MARLEY-APARECIDA-DE-PAULA-STEVANIM.pdf>>. Acesso em: 10 out, 2015
