

## POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: UMA ANÁLISE DO PLANO ANUAL DE SAÚDE A PARTIR DO CONSELHO GESTOR DE POLÍTICA PÚBLICA.

Maria Carolina Gonçalves Oliveira  
Mestrado Profissional em Planejamento Regional e Gestão de Cidades; Universidade Candido Mendes  
- Campos dos Goytacazes  
mariacgo@yahoo.com.br

### Introdução

A Constituição de 1988 em seus artigos 196 ao 200 determinou que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A partir do artigo 18 da Constituição “Cidadã”, concedeu aos municípios brasileiros *status* de ente federativo (descentralização). Com a descentralização surge também a participação popular e formas controle social. As leis infraconstitucionais (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) definiram a participação social e o financiamento. Contudo, pesquisas realizadas no município de Campos dos Goytacazes tem apontado falta de planejamento na gestão, nas ações e serviços de saúde, comprometendo o acesso conforme normatizado na Constituição (VIDAL, 2006; SILVA, 2012 e ALVES, 2013). Este artigo objetiva analisar o Plano Anual de Saúde de Campos dos Goytacazes (2013), considerando que esse município é credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal, o que lhe confere maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde. Tem-se como hipótese que a participação dos conselheiros interfere na formulação do Plano Anual de Saúde que, por sua vez, interferiria na qualidade dos serviços prestados. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica da temática e uma análise do Plano Anual de Saúde.

A relevância do trabalho está na análise do Plano Anual de Saúde de Campos dos Goytacazes (2013), pois o mesmo é vinculado à Gestão Plena do Sistema Municipal (DO município de 16/09/09), o que significa que o mesmo assumiu a responsabilidade de gerir e executar os serviços públicos de saúde de acordo com os princípios doutrinários do SUS de forma: integral, equânime e universal.

É importante destacarmos que para que tais princípios doutrinários sejam materializados é importante que todas as ações municipais de saúde estejam descritas no Plano Anual de Saúde e para

que este seja de fato efetivado deverá ser apreciado, analisado, consultado, fiscalizado, aprovado e deliberado pelo Conselho gestor municipal de sua política pública.

O trabalho aprofundou a análise do objeto, tendo como particularidade o Plano Anual de Saúde (PAS 2013) em Campos dos Goytacazes. Objetivamos investigar e verificar se o PAS foi implementado parcial ou integralmente e se o Conselho Municipal de Saúde vem exercendo o seu papel de controlar e fiscalizar a implementação do PAS.

Desta forma, a partir de uma abordagem qualitativa, desenvolvemos duas unidades de análises, uma documental e outra nos discursos e práticas dos conselheiros e do gestor (presidente do CMS).

Análise documental partiu dos dados coletados das atas das reuniões do CMS no período março de 2013 a outubro de 2014, documentos oficiais e normativos, como: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPI) e Plano Anual da Saúde (PAS).

A segunda unidade de análise da pesquisa centrou-se no discurso e nas práticas dos conselheiros e do gestor (presidente do conselho) durante as entrevistas e reuniões, as quais as pesquisadoras participaram. As participações totalizaram um conjunto de oito reuniões ordinárias e duas reuniões extraordinária.

Sempre com objetivo de analisarmos a correlação de forças e o posicionamento dos conselheiros, por isso optamos pela dialética como método de investigação, compreendendo o objeto imerso em um contexto sociohistórico estando permeado por contradições e complexidades sempre considerando a dinâmica da realidade social.

Sendo assim, buscamos também dois tipos das técnicas de análise, são elas: entrevistas (semi-estruturada) a quatro conselheiros membros das comissões permanentes e ao gestor/presidente do conselho de saúde.

Além das entrevistas nosso trabalho centrou-se na observação participante, com a participação das pesquisadoras nas reuniões do conselho municipal de saúde, permitindo uma melhor compreensão do objeto em estudo.

## **O Município de Campos dos Goytacazes**

É importante ressaltarmos que o Município de Campos dos Goytacazes encontra-se situado na Região Norte Fluminense com mais oito municípios, são eles: Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

Campos dos Goytacazes destaca-se por ser o maior município fluminense e tem uma área total de 4.040,6 quilômetros quadrados, correspondentes a 41,4% da área da Região Norte Fluminense.

De acordo com os dados do IBGE (2010), a população de Campos dos Goytacazes é de aproximadamente 463.731 habitantes e possui 303.065 eleitores.

Sendo considerada a capital nacional do petróleo, Campos dos Goytacazes, aliás, a Bacia de Campos é responsável por mais de oitenta por cento da produção nacional de petróleo (LIRA, 2012).

Campos possui o maior PIB (Produto Interno Bruto) do estado, ficando atrás somente da capital fluminense. Este PIB é devido ao pagamento de *royalties* e participações especiais oriundos do petróleo (Lei 9.748/97) que em 2013 recebeu R\$ 1.375.983.824,37 (INFOROYALTIES, 2014<sup>1</sup>).

Então, é imperioso ressaltarmos que mesmo com abundância de recursos financeiros, o Município de Campos dos Goytacazes, possui outro tipo de PIB, um “Produto Ilusório Bruto” (BOLETIM PETRÓLEO, ROYALTIES E REGIÃO, 2005), onde “têm mantido bolsões de pobreza, excluindo contingentes populacionais significativos dos investimentos em capital humano que os capacitaria a participar de novas atividades” (LIRA, 2012, p.64 apud GIVISIEZ e OLIVEIRA, 2007).

Também destacamos que indicadores socioeconômicos

revelam a persistência de um quadro marcado pelas grandes desigualdades na distribuição da renda, alta concentração da propriedade da terra, e por índices precários de qualidade da vida e bem-estar da maioria da população. Apesar do expressivo volume de recursos financeiros recebidos, “os empregos e renda gerados pela atividade petrolífera não estão alterando qualitativamente o quadro de desigualdades, tanto sociais quanto espaciais” (LIRA, 2012, p.64 apud CRUZ, 2000).

Então podemos afirmar que a abundância de recursos não é sinônimo de desenvolvimento social e também não é sinônimo de investimentos necessários em políticas públicas, como educação, habitação, saneamento básico, assistência social, saúde entre outras.

### **Normatização, Controle Social e Conselho gestor de política pública**

A Constituição Federal de 1988, dita como “Constituição Cidadã”, considerada um marco histórico para a democracia brasileira. Em seu artigo 18 deixa claro que o município passa a ser um ente federativo com autonomia em sua gestão (descentralização). Os artigos 182 e 183 trazem o plano diretor municipal, onde cabe ao planejamento de suas ações.

Com a descentralização, o município, o poder local, ganha autonomia de um ente federativo, e com ela surge a participação popular e mecanismos de controle social, como: orçamento participativo, as consultas públicas, o plebiscito, o referendo, audiências públicas, conselhos gestores de políticas públicas.

---

<sup>1</sup> INFOROYALTIES. Boletim Petróleo, Royalties e Região. (2014) Disponível em <<http://inforoyalties.u-cam-campos.br/>> Acesso em 13 maio de 2014.

A Constituição de 1988 e suas leis infraconstitucionais, conhecidas como leis orgânicas da saúde 8080/90 e lei 8142/90 normatizaram a política pública de saúde que concedeu aos gestores autonomia e formas de financiamento, assim como a gestão democrática da saúde. Atualmente verifica-se um déficit de gestão e planejamento de saúde, o que requer uma análise dessa gestão, principalmente do Plano Anual de Saúde dos municípios aprovados. Por isso, como objeto de pesquisa, a proposta é o estudo do Plano Anual de Saúde, sua aplicabilidade e fiscalização feita pelo Conselho gestor de política pública a partir da correlação de forças e o posicionamento nas decisões dos conselheiros e do secretário municipal da saúde.

Ressaltamos que nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, a qual confere o direito à saúde, sendo este

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

No que tange a política de saúde, a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 deixa claro que a participação comunitária é uma diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é uma das formas de controle social que

está vinculado às relações políticas, e pode ser caracterizado como um controle ascendente e associado à responsividade e à responsabilização do governo numa relação constante e não eleitoral com a sociedade. Isto implica para a sociedade, como nas eleições, o direito de exigir a prestação de contas no uso dos recursos, influenciar ou decidir sobre escolha das políticas públicas, fiscalizar o cumprimento de suas deliberações e sancionar, dentre outras prerrogativas, sendo que tal controle é empreendido de forma direta ou por meio de instâncias de representação distintas da representação parlamentar (LIRA, p. 37, 2012).

Conceitualmente os conselhos municipais “são órgãos públicos do Poder Executivo local (...) de natureza ‘sui generis’, uma vez que, apesar de as atividades dos conselhos darem-se em um contexto sócio-político de descentralização” (LIRA; AZEVEDO FILHO; SILVA, p. 09, 2013 APUD BUCCI, 2002).

Os conselhos municipais possuem caráter interinstitucional, são instrumentos mediadores na relação sociedade/Estado estão inscritos na Constituição de 1988 (GONH, 2001).

No que cabe a natureza dos Conselhos os mesmos são órgãos autônomos, colegiados, consultivos, paritários, mobilizadores, deliberativos e fiscalizadores das políticas ao qual representam.

Em 1996, os Conselhos Municipais, através da criação da lei

foram tornados obrigatórios em vários níveis de definição das políticas, foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para Estados e municípios, constituindo-se como peças centrais no processo de

descentralização e democratização das políticas sociais” (LIRA, 2012, p. 45 apud TATAGIBA, 2002),

“isso explica porque a maioria dos conselhos surgiu após essa data” (GONH, p. 178, 2001).

Anos antes especificamente na área da política pública de saúde, para que legitimasse a participação comunitária, no mesmo ano foi editada a Lei 8.142/90, que dá materialidade a criação dos Conselhos e suas respectivas Conferências. E define em seu artigo 1º inciso II que Conselho de Saúde, possui caráter permanente e deliberativo, sendo um

órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº333, para que a autonomia de gestão dos conselhos municipais fosse plena. Em 2012, a Resolução nº333 é substituída pela Resolução nº453 com o intuito de atualizar e adequar-se as mudanças na conjuntura do controle social. Esta última resolução ampliou ainda mais a autonomia do Conselho e criou diretrizes para reformulação, estruturação e funcionamento dos mesmos.

O Conselho Municipal de Saúde tem por finalidade atuar na formulação e no controle da política de saúde, ou seja, na proposição da política de saúde, no qual toda e qualquer ação desenvolvida no âmbito municipal deverá ser consultada pelo conselho de saúde.

Para desenvolver as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são necessárias as criações de leis<sup>2</sup> pelo Poder Executivo para o planejamento governamental que deverá ser efetivado por meio de três instrumentos: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Plurianual (PPA)<sup>3</sup>. Já o Plano Municipal de Saúde (PMS) e Plano Anual de Saúde deverão estar afinados com esses três instrumentos.

Objetivou-se na pesquisa analisar o Plano Anual de Saúde (PAS), já que esse contém elementos que demonstram a utilização da capacidade instalada, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas qualitativas e quantitativas na gestão do município de Campos dos Goytacazes. Ressalta-se que esse município é credenciado ao SUS à Gestão Plena do Sistema Municipal (DO município de 16/09/09), o que lhe confere maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde, assim sendo visualizamos a verdadeira importância do Conselho gestor

---

<sup>2</sup>Artigo 165 da Constituição Federal.

<sup>3</sup> Cada município deverá estar de acordo com esses instrumentos de gestão e de planejamento da política de saúde, e para tal deverá elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS) e Plano Plurianual de Ações (PPA). Anualmente, o PMS deverá ser trabalhando como o Plano Anual da Saúde (PAS) que deverá estar de acordo com o PPA e o PMS, devendo expressar a LDO e a LOA.

municipal de política pública de saúde que deverá ser fiscalizar a gestão e execução de tais serviços, pois seus rebatimentos estão aparentes na qualidade dos serviços prestados pela saúde.

A partir da pesquisa exploratória realizada no Conselho Municipal de Saúde identificou-se que o referido Plano Anual de Saúde (PAS) está desatualizado e com déficit orçamentário de vinte e cinco por cento, o que tem implicado no comprometimento da gestão e planejamento da saúde pública e complementar do município de Campos dos Goytacazes. Como exposto, na fala de um membro do conselho:

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

Acrescenta ainda o conselheiro a.: “não há interesse político em atualizar o PAS e o Plano Operacional Anual (POA), pois a política de saúde é a que mais dá prejuízo à prefeitura municipal”.

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

Observamos que o local onde ocorrem as reuniões não possui acessibilidade para os deficientes físicos, onde a mesma foi reinaugurada pela atual gestão em 01 de outubro de 2013. Também foi constatado que não há placas indicando a localização nem da sala de reuniões nem da sala de administração e que os funcionários da secretaria de saúde desconhecem o local. Com esta constatação, podemos afirmar que o local é de difícil acesso, o que compromete a participação da sociedade nas reuniões do conselho.

Por haver número diminuto de conselheiros nas reuniões observadas na pesquisa exploratória, uma questão se coloca inicialmente: tem havido participação paritária nos Conselhos Municipais de Saúde? Considerando que metade dos votos seria dos representantes dos usuários e metade dos profissionais e gestores, conforme a Lei 8.142/90 e a Resolução nº453 e a partir da constatação que o *quorum* dos conselheiros representantes dos usuário nem sempre é preenchido durante as reuniões, podemos dizer que o princípio da paridade não está sendo atendido.

Outros importantes trabalhos têm sido realizados sobre a saúde em Campos dos Goytacazes, como os desenvolvidos por Silva (2012) e Alves (2013). Em sua dissertação Silva (2012), analisou a atenção básica da saúde do município de Campos dos Goytacazes e observou que há a “instalação de políticas ‘substitutivas e compensatórias’ em virtude da ausência do Programa de Saúde da Família” (SILVA, 2012, p.83); para tal utilizou da análise documental das atas das reuniões realizadas pelo CMS no período 2007-2011. As fragilidades no nível da atenção básica, no planejamento e gestão da política de saúde municipal, causam um aumento nos gastos públicos com serviços de média e alta complexidade.

Já, na dissertação de Alves (2013), “A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes” constatou que o município enfrenta problemas com relação ao planejamento e gestão na política de saúde, em que a falta de uma correta alocação de recursos orçamentários compromete todo atendimento, implicando, inclusive na judicialização da saúde (SILVA; ALVES, 2013). As autoras constataram também a deficiência do Planejamento e Gestão da Política de Saúde do Município e que o poder judiciário tem garantido a universalidade e integralidade na obtenção dos medicamentos, mas poderá estar agravando as iniquidades no acesso à saúde por não se utilizar da obtenção de dados socioeconômicos para a sua tomada de decisão.

Outro trabalho de dissertação, Vidal (2006) realizado neste município, “Demanda reprimida: estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de Campos dos Goytacazes-RJ”, destaca que, esse fenômeno observado em sua pesquisa “ratifica a não efetivação, na prática, do direito à saúde, apregoado na Constituição Federal de 1988, como um direito universal”, e para além do financiamento temos a organização e gestão do sistema (VIDAL, 2006, p.190). A pesquisadora de forma propositiva afirma que para que possa ser modificado tal fenômeno, uma das proposições se ancora no fortalecimento e no incentivo de discussão em diferentes instâncias, como os “Conselhos de políticas e de direitos (...) a fim de publicizar e enfrentar esta expressão cada vez mais significativa da questão social” (VIDAL, 2006, p.192).

Influenciados pelo ideário neoliberal, interferindo na operacionalidade da Lei 8080/90, fez-se necessário criar a Lei 8.142/90 que acresce a participação social e o financiamento, ou seja, houve a “legitimação através da via democrática” (FUHRMANN, 2004, p.113). A política de saúde se consolida como um sistema dual, o *mix* público e privado<sup>4</sup>, e a correlação de grupos de interesse representantes de planos de saúde e empresários e gestores públicos, o que tem comprometido os princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade (MENICUCCI, 2006). Os gestores públicos, por sua vez, estão se afastando dos princípios da administração pública e distorcendo o direito à saúde nos termos constitucionais (FLEURY, 2012).

Sendo os efeitos contraditórios em relação às diretrizes constitucionais do SUS, nitidamente visualizados quando refere

à regulação (ausência de planejamento), ao financiamento (elevação dos custos com a duplicação de procedimentos médico-hospitalares, renúncia de arrecadação fiscal, boicote ao ressarcimento, socialização de custos a partir de bens públicos como o banco de sangue, programa de imunização etc.), à organização dos profissionais de saúde (dupla ou tripla militância), à regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial privado) e à equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada) (OCKÉ-REIS, 2010, p. 104).

---

<sup>4</sup>“A introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, seja por meio da contratação de Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSICs) ou de Parceria Público-Privada (PPP)” (FLEURY, 2012, p.161).

Há consenso na literatura especializada na qual objetiva avaliar a Seguridade Social, que tal como inscrita na Constituição de 1988, não foi ainda, de fato, implementada (FLEURY, 2004 e VIANNA, 2001). O CMS está à frente de inúmeras questões, com sua gestão que possui caráter participativo e deliberativo e tendo por finalidade atuar na formulação e controle da política de saúde.

Os instrumentos de gestão e de planejamento da política de saúde municipais já supracitados, ao final de cada ano, deverão ser avaliados. Assim como as metas do desempenho físico e financeiro, essas farão parte do Relatório Anual de Gestão (RAG), o mesmo deverá ser aprovado e fiscalizado pelo Conselho gestor de política pública de saúde no âmbito municipal.

### **Alguns pontos de análise**

Nessa parte do trabalho fizemos a análise dos documentos oficiais e normativos do município, como: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPI) e Plano Anual da Saúde (PAS).

Também, para compreender melhor a Política Pública de Saúde foi necessário perpassar pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.80/90, 8.142/90, Resolução 333/2003 e Resolução 453/2012, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias também foram analisadas no período determinado nessa pesquisa.

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

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

Outra mudança de extrema importância que concedeu mais legitimidade ao CMS é o *quorum*, é a

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

De acordo com a Resolução 453/2012, o CMS deverá ser composto por 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área

de saúde; e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Seu número de conselheiros será definido pelo próprio conselho, como também a escolha de seu presidente.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Campos dos Goytacazes é composto por quarenta Conselheiros titulares divididos em: representantes do governo (5), representantes dos prestadores de serviço (5), representantes de RH da área da saúde (5), representantes dos profissionais de saúde (5) e representantes de entidades de usuários (20). Para cada titular existe um suplente. Assim, são oitenta conselheiros municipais de saúde em Campos dos Goytacazes.

O Conselho é formado por Comissões Permanentes do Conselho Municipal de Saúde, são elas: Controle e Avaliação, Orçamento e Finanças, Contratos e Convênios, onde estes conselheiros são voluntários quanto ao trabalho nestas comissões.

A segunda unidade de análise tange o discurso e as práticas dos conselheiros e do gestor (presidente do conselho) durante as entrevistas e reuniões que são os registros feitos pela pesquisadora.

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

A hipótese principal que norteia esse artigo foi confirmada, pois a participação dos conselheiros interfere na formulação, fiscalização e deliberação do Plano Anual de Saúde que, por sua vez, também interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados, o que tem ocorrido durante o período pesquisado, ano de março de 2013 a fevereiro de 2014, não há uma participação paritária nos Conselho Municipal de Saúde do município de Campos, como preconizado pela Lei 8.142/90 e a Resolução nº453. Por vários motivos, aos quais podemos citar:

O primeiro ponto de análise confirma que a paridade não deve ser vista apenas como forma numérica. O que para Gohn (2007) a paridade é feita de condições de

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

Já para Aguillar (1999), mesmo o conselho sendo paritário, existe pouca representatividade da sociedade civil. Isto ocorre, quando o conselho é utilizado para interesses particulares de determinados grupos hegemônicos. “Quando no conselho faz parte apenas uma das categorias interessadas, as deliberações geralmente serão objeto de vícios corporativistas” (AGUILLAR, 1999, p.219).

Outro fato importante constatado durante a participação nas reuniões é que a pauta de discussão é apresentada em linguagem técnica e rebuscada, o que compromete o entendimento de muitos conselheiros, que não são da área técnica. Entretanto, quando a votação é aberta, muitos, simplesmente aprovam as propostas sobre assuntos que desconhecem. Acreditamos que essas ações (utilização de linguagem técnica e rebuscada) são estratégias dos gestores e seus representantes para dificultar a tomada de decisões. Ponderamos, assim, que isto é um desafio a ser superado, conforme aponta Vianna (2013) isso é um entrave “encontrado na sua dinâmica representativa marcada pela discussão técnica na definição das políticas sociais” (VIANNA, 2013, p.6). Concordando com Vianna (2013), Ferraz (2006) afirma,

que o que ocorre nessas discussões é que as diretrizes e programas transformam-se em problemas essencialmente técnicos com linguagem rebuscada e muitas vezes incompreensíveis aos leigos, produzindo um efeito negativo de incompetência dos representantes da sociedade civil, atribuindo uma valorização dos técnicos (FERRAZ, 2006, p.66).

Quando analisado o perfil dos Relatores das Comissões Permanentes de Contratos e Convênios e Orçamento e Finanças (formulários semi-estruturados) e do Gestor Municipal de Saúde, pode-se constatar que todos possuem curso superior e cursos de especialização nível pós-graduação *lato sensu*, são profissionais liberais com nível socioeconômico elevado. Residem no município de Campos dos Goytacazes, apesar do Relator da Comissão Permanente de Orçamento e Finanças não ser natural da cidade. Nenhum dos entrevistados possui cargo público de qualquer natureza, a não ser o Gestor Municipal de Saúde (Secretário Municipal de Saúde, Presidente do CMS e vice-prefeito da cidade de Campos dos Goytacazes).

Os Relatores quando perguntados sobre a questão do Planejamento da Política Pública de Saúde de Campos, foram unânimes ao dizer que falta planejamento, falta pessoas capacitadas para ocupar tais cargos de real importância, e que são cercados por assessores despreparados para tais funções, não há um planejamento, mas sim uma gestão com projetos e programas pontuais, fragmentados e não como uma política social.

Já o Secretário Municipal de Saúde “acredita estar no caminho certo”, pois era o primeiro ano dele como gestor em saúde e ele estava “arrumando a casa” (2013). Ao ser questionado sobre o Planejamento e a Gestão da Política de Saúde do município e sobre a questão do Plano Anual de

Saúde estar desatualizado desde 2011, o mesmo demonstrou interesse em atualizá-lo, pois para ele seria uma de suas prioridades.

Durante a observação participante das reuniões ordinárias e extraordinária, pôde-se perceber seguimentos segregados entre os seus conselheiros, observamos através da correlação de forças que muitos que ali encontravam-se estavam cooptados pelo seguimento governamental nas tomadas de decisões colocadas como prioridades na ata para serem aprovadas durante as reuniões.

Na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia quatro de fevereiro de 2014, seu presidente, o atual secretário municipal de saúde e vice-prefeito, fez a leitura e votação, entre os conselheiros presentes a aprovação da Ata da reunião anterior, (ocorrida no mês de dezembro de 2013) leu os relatórios das Comissões Permanentes do Conselho Municipal de Saúde; Comissão Permanente de Contratos e Convênios; Comissão Permanente de Controle e Avaliação; Comissão Permanente de Orçamentos e Finanças; Relatório das Comissões Especiais do Conselho Municipal de Saúde.

E mais uma vez a prorrogação da validade do Plano Municipal de Saúde 2010/2013 até outubro de 2014, quando será apresentado o novo plano de 2014/2017; e outros assuntos foram debatidos.

Isto está corroborando com as dissertações e pesquisas de Silva (2012), Alves (2013), e os artigos de Silva & Alves (2013), que há uma falta de planejamento e gestão eficiente da política de saúde em Campos dos Goytacazes, o que fragiliza todos os níveis de atenção: primário, secundário, terciário. O que está acontecendo como um fenômeno muito corriqueiro é a judicialização do acesso aos serviços de saúde e assistência farmacêutica.

## Conclusões

O município de Campos dos Goytacazes recebe anualmente significativa receita oriunda de *royalties* e participações especiais (em 2013 recebeu R\$ 1.375.983.824,37 (INFOROYALTIES, 2014<sup>5</sup>)), o que o torna um dos municípios mais ricos do Estado do Rio de Janeiro. Esse município além da adesão ao Sistema Único de Saúde é credenciado a Gestão Plena do Sistema Municipal o que o coloca com mais autonomia no que tange ao Planejamento e a Gestão de sua Política de Saúde, inclusive no que diz respeito ao financiamento (SILVA & ALVES, 2013) aumentando os gastos públicos nos serviços de média e alta complexidade (SILVA, 2012).

Dessa forma, foi de extrema relevância científica e social analisar o Plano Anual de Saúde de Campos dos Goytacazes, pois a não operacionalidade, e sua não efetiva fiscalização realizada pelo Conselho gestor de política pública tem impactado diretamente a qualidade dos serviços

---

<sup>5</sup> INFOROYALTIES. Boletim Petróleo, Royalties e Região. (2014) Disponível em <<http://inforoyalties.u-cam-campos.br/>> Acesso em 13 maio de 2014.

prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde, pois não há uma correta alocação de recursos orçamentários comprometendo a Política e Serviços de Saúde.

A partir de nossas análises constatamos que há um adiamento na proposta de um novo Plano Anual de Saúde, apesar de o gestor afirmar em entrevista que tem interesse de trazê-lo para a pauta de votação, o mesmo adiou por diversas vezes a votação. O que tem ocorrido em função da fragilidade do Conselho Municipal de Saúde de impor a votação do mesmo, como os conselheiros estão cooptados pelos interesses governamentais representados na figura do presidente do conselho, eles não conseguem impor uma pauta de votação. Outro fato constatado é a baixa participação popular de membros da sociedade civil, vários fatores foram observados para impedir a participação popular, como: a não divulgação dos dias e horários das reuniões; local, sinalização desses locais e acessibilidade.

Concluimos que os princípios doutrinários de ‘universalidade/ equidade /integralidade’ e a diretriz organizativa ‘participação comunitária’, não estão sendo respeitados, fortalecendo assim um tipo de Estado liberal dos “salvem-se quem puder, privilegiando os direitos individuais e assistencialistas” em contraposição ao preconizado pela Constituição Federal de 1988 e de suas leis infraconstitucionais aos direitos universais e coletivos ocasionando a erosão do Estado de Bem-Estar Social.

## **Referências Bibliográficas**

AGUILLAR, F. (1999). **Controle Social de Serviços Públicos**. São Paulo: Max Limonade.

ALVES, M. M. **A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes**. Campos dos Goytacazes, 2013. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

BUCCI, M.P.D. **Gestão democrática da cidade**. In: DALLARI, A.A.; FERRAZ, S. (orgs.). Estatuto da Cidade. São Paulo Malheiros, p.322-341. 2002.

CAMPOS, E. B.. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Serviço Social & Sociedade**, nº 88, 2006, p.101-121.

FERRAZ, A. T. R. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, nº88, 2006, p.59-74.

FLEURY, S. A judicialização pode salvar a saúde. In: **Revista Saúde em Debate**. vol. 36 nº93 abr./jun. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.p. 159-162.

GONH, M. G. **Papel dos conselhos gestores na gestão pública**. São Paulo: Informativo CEPAM, ano I, n.3, p.07-17. 2001.

\_\_\_\_\_. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

LIRA, R.A.; AZEVEDO FILHO, E.T.; SILVA, M.B. **Representação, participação e cooptação no conselho municipal do meio ambiente em Campos dos Goytacazes/RJ**. Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas. p, 09, 2013.

LIRA, R.A. **Representação, participação e cooptação nos conselhos municipais em Campos dos Goytacazes/RJ**. Tese Doutorado UENF.2012.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: **Saúde e Sociedade**. v.15, nº 2, maio-ago. Belo Horizonte, 2006. p.72-87.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.p.101-114

SERRA,R.; TERRA, D.; PONTES,C. Os municípios petro-rentistas fluminenses: gênese e ameaças. **Revista Rio de Janeiro**, n. 18-19, jan.-dez. 2006.

SILVA, A. T. M. F. **A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso a atenção básica (2007-2011)**. Campos dos Goytacazes, 2012. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

SILVA, V. L. M.; ALVES, M. M. **Judicialização e Gestão Pública: uma análise a partir da assistência farmacêutica**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde: Belo Horizonte, 2013.

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. de S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.p.173-

VIANNA, S. S. Neoliberalismo, Controle Social e Conselhos no Brasil. In: Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile; Asociación latinoamericana de sociologia - ALAS. (Org.). Neoliberalismo, Controle Social e Conselhos no Brasil. 1ed. Santiago: Universidad de Chile, 2013, v. 1, p. 1-7.

VIDAL, D. L. C. **Demanda reprimida: estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de Campos dos Goytacazes-RJ**. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social, UERJ.

### Fontes específicas da internet

BOLETIM PETRÓLEO, ROYALTIES E REGIÃO – UCAM. Produto Ilusório Bruto. Ano III, nº 10. Dezembro / 2005

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado; 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 17 out. 2013.

\_\_\_\_\_, **Lei Orgânica da Saúde**, Lei nº. 8.080. Brasília, 19 de setembro de 1990 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/18080.htm>>. Acesso em: 17 out. 2013.

\_\_\_\_\_, **Lei 8.142, Brasília, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº333, 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, 10 de maio de 2012**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2012/12\\_jun\\_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2012/12_jun_resolucao453.html)>. Acesso em: 15 out. 2013.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Diário Oficial do município. **Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ**. Disponível em: <<http://www.camposrj.gov/diariooficial.php>>. Acesso em: 17 out. 2013.

FLEURY, S. A seguridade social inconclusa. In: FLEURY, S. **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: Inesc, 2004. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. p107-121. Acesso em 19 jul. de 2013.

FUHRMANN, N.L. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. In: Movimentos Sociais e Democracia vol.4 nº1 jan-jun 2004. **Civitas Revista de Ciências Sociais**. p.111-131 Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/49/1732>> Acesso em 12 nov. de 2013.