

# A gestão da saúde em Campos dos Goytacazes, RJ, nos governos Rosinha Garotinho e Rafael Diniz: uma análise comparativa

Samuel Ribeiro Martins<sup>1</sup>

Lia Hasenclever<sup>2</sup>

## GT 2. Políticas públicas, pandemia e sociedade

### Resumo

Os serviços de saúde de Campos dos Goytacazes são marcados por uma série de dificuldades e problemas de gestão para alcançar a desejada condição de saúde e bem-estar da população. O artigo analisa as diferenças de gestão de dois governos municipais na área de saúde entre 2012 e 2020. A pesquisa é de natureza descritiva e adota instrumentos qualitativos para compreender as diferentes formas de gerir a saúde campista segundo os prefeitos eleitos em 2012 e 2016. A pesquisa constatou que a gestão da saúde da cidade variou de acordo com a proposta de programa da liderança local. Esses resultados enfatizam a relevância desse componente para entender os fatores que interferem na provisão de uma política pública em um ambiente democrático. A alternância administrativa por meio do voto influencia a complexa rede de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde para a população.

**Palavras Chave:** Sistema Único de Saúde; Gestão municipal da saúde; Campos dos Goytacazes; Políticas Públicas.

---

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de pós-graduação em Planejamento Regional e Gestão de cidades – UCAM. Bacharel em Direito, Administração Pública, Ciências Contábeis e Licenciatura em Pedagogia. Possui pós-graduação lato sensu em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela UFF; MBA em Gestão Escolar pela USP; MBA em Saúde; Direito Sanitário; Direito Constitucional; Saúde Pública; Vigilância Sanitária; Auditoria em Saúde; Gestão, Governança e Tecnologia em Saúde; Docência do Ensino Superior. Trabalha a 24 anos na indústria de Petróleo, gás e energia, sendo 16 anos como funcionário de uma grande estatal, no qual ocupou função gerencial. Atuou também como Professor e Coordenador acadêmico de Graduação e Pós-Graduação. samuelmartinseduca@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Engenharia de Produção e Professora do Programa de pós-graduação em Planejamento Regional e Gestão de cidades e Professora Aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade Cândido Mendes - Campos. Rua Anita Peçanha 100, Parque São Caetano. 28040-320 Campos dos Goytacazes RJ Brasil. lia@ie.ufrj.br

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, conhecida como constituição cidadã, foi um divisor de águas em relação às políticas públicas, e trouxe em seu arcabouço uma série de expectativas e ideais da sociedade em várias áreas, como na educação, meio ambiente e saúde. No que tange às políticas de saúde, na década de 1980, em meio ao movimento sanitário e debates ocorridos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposto o Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, pela lei complementar (Lei 8.080/90), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, veio a se estabelecer as diretrizes e a organização desse novo sistema. Foram dadas novas atribuições à União, Estados, Municípios, fundações mantidas pelo poder público, através de convênios, e também à iniciativa privada de maneira complementar.

Os mecanismos de provisão dos serviços de saúde propostos fizeram com que as prefeituras ocupassem um papel de protagonistas para pôr em prática o SUS. A prefeitura de Campos, entretanto, adquiriu autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde locais apenas em 2009, algo que já havia ocorrido muito antes em municípios com características semelhantes. A cidade foi credenciada para Gestão Plena do Sistema Municipal<sup>3</sup>, situação que fez com que passasse a receber o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Esse atraso na gestão plena da saúde impactou significativamente no desempenho da saúde do Município. Recentes pesquisas realizadas (VIDAL, 2006; SANTOS, 2008; SILVA, 2001; ALVES, 2013; OLIVEIRA, 2016) indicam que diversos fatores, de cunho demográfico, político e econômico, afetaram a qualidade e o acesso aos serviços de saúde do município. Situação que viola expressamente a prerrogativa do direito universal sustentada na constituição brasileira.

Outro aspecto relevante, além do destacado acima para explicar as deficiências de saúde no município, é aquele relacionado às possíveis implicações de mudanças no modelo de gestão da saúde à medida em que diferentes governos assumem a prefeitura municipal entre 2009 e 2020. Nesse período, a prefeitura contou com duas gestões: os dois mandatos da prefeita Rosinha Garotinho, ou seja, de 2009 a 2016; e

---

<sup>3</sup> Diário Oficial do município de 16 de setembro de 2009.

a mudança governamental, em 2017 até 2020, comandada então pelo prefeito Rafael Diniz.

A alteração do mandatário local, em teoria, tende a fazer com que haja mudanças de prioridades do ponto de vista da ação do estado, o que não se espera quando se observa uma recondução do prefeito. Principalmente, quando o novo governo eleito em 2017 se posicionava na oposição, como foi o caso campista. Era de se esperar que o novo mandatário faria, em tese, escolhas administrativas diferentes daquelas que vinham sendo adotadas pelo antigo governo. Essa suposição é sustentada pela hipótese de que o eleitor que elegeu o novo governo, assim o fez para renovar e alterar o que estava estabelecido. É interessante, então, investigar se essas supostas mudanças trouxeram implicações no campo da saúde campista, ou seja, se os serviços prestados para a população na área da saúde foram modificados.

É nesse contexto que se faz a seguinte pergunta de pesquisa quais foram os efeitos da alternância de lideranças locais na prestação de serviços de saúde no município de Campos dos Goytacazes?

O objetivo deste artigo é analisar comparativamente os dois programas de governo e os seus possíveis efeitos sobre a prestação de serviços de saúde em Campos dos Goytacazes, entre 2012 e 2020. A pesquisa é de natureza descritiva e adota instrumentos qualitativos para compreender as diferentes formas de gerir a saúde campista segundo os dois últimos prefeitos eleitos nesse período. A principal contribuição esperada é demonstrar que a estrutura organizacional do SUS de Campos sofreu impactos das alterações advindas das mudanças de grupos políticos na cadeira do executivo municipal.

O artigo está estruturado duas seções além da Introdução e da Conclusão. Na primeira seção contextualiza-se a descentralização da saúde para o estado do Rio de Janeiro e para o município de Campos dos Goytacazes. Na segunda seção analisa-se as diferenças dos programas de governo eleitos em 2012 e 2016.

### **Políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes**

A política de saúde no ERJ foi impactada por vários fatos históricos decorrentes da condição de perda de *status* de capital do Brasil da cidade do Rio de Janeiro, que

antecederam a CF e a criação do SUS. Parada (2001) explica que, na década de 1960, ocorreu a transferência da capital federal para Brasília, com um grande debate político a respeito dos efeitos dessa mudança no território do Rio de Janeiro e também como foram os impactos dessas mudanças em áreas como a saúde que, segundo o autor, inicia o processo de decadência do sistema estadual de saúde.

A gravidade da crise da saúde pública do ERJ se complexifica com a fusão, e a este processo se somam outras crises posteriores na esfera política<sup>4</sup>, na esfera da segurança pública, e na esfera financeira<sup>5</sup>. Gerschman e Santos (2016) abordam os desafios de se pôr em prática uma rede de proteção social em um Estado que, desde a redemocratização a partir de 1986, com poucos momentos de estabilidade, encontra-se em crise. Os autores reúnem resultados de pesquisas que tiveram por objetivo o Rio de Janeiro a partir da primeira década do século XXI. A perspectiva adotada por eles, analisa as políticas de saúde segundo a abordagem da gestão política, do papel do Poder Legislativo e da regionalização estadual e também apresentam os desafios da gestão das políticas territoriais na ótica federativa com foco no papel do governo estadual.

Sobre as políticas de saúde Gerschman e Santos (2016) se debruçam em legislaturas de dois governadores diferentes (Rosinha Garotinho - 2003-2007, e Sérgio Cabral - 2007-2012) com objetivo de identificar diferenças e semelhanças entre os dois governos. Como resultado, apontaram que no primeiro ciclo político citado, nota-se que a política de incorporação dos médicos, aprovados em concurso público no governo anterior, foi mantida, ainda que tenha havido grandes dificuldades para efetivá-los. Já no segundo governo, houve incentivos de diversas modalidades direcionados a estimular e facilitar a contratação de médicos via terceirização, gerando um crescimento do setor privado no interior do público (GERSCHMAN; SANTOS, 2016).

Em uma análise voltada para a gestão de políticas públicas, Lima (2016) debate a regionalização da saúde no Estado do Rio, sobretudo, na atuação do Estado na

---

<sup>4</sup> Nos últimos quatro anos, todos os cinco ex-governadores que foram eleitos no Rio de Janeiro e estão vivos foram presos - Moreira Franco, Sérgio Cabral, Luiz Fernando Pezão, Rosinha Garotinho e Anthony Garotinho. Link: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/26/witzel-e-o-6governador-do-rj-investigado-em-menos-de-4-anos-5-foram-presos.ghtml>

<sup>5</sup> Desde 2015 o Estado do Rio de Janeiro encontra-se em uma das suas piores crises financeiras de sua história. Link: <https://extra.globo.com/economia/crise-economica-do-rio-buraco-bem-profundo-mas-ainda-existe-saida-23933357.html>

dinâmica das relações intergovernamentais estabelecidas no processo de regionalização do SUS. Como resultados apontaram uma realidade diversas entre as regiões. Para eles, regionalização do SUS no Rio poderá ter, de fato, uma viabilidade se articuladas estratégias de gestão com o objetivo de gerar políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazo.

Esses fatos que impactaram a regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro tiveram influências negativas no município de Campos dos Goytacazes. Até a década de 1990, a cidade de Campos dos Goytacazes possuía uma pequena rede de assistência médica, constituída por alguns serviços de pediatria, clínica médica e obstétrica e um posto de vacinação:

(...) a cidade contava com ambulatórios de especialidades, um hospital do Estado (que foi municipalizado), dois Postos de Assistência Médica (PAMs), dois Postos de Urgência (Pus – Saldanha Marinho e Guarus), um ambulatório central e alguns serviços de raios-x. (SANTOS, 2008, p. 61).

Em 1990, o município contava com 51 estabelecimentos de saúde pública. No final da década, em 1999, esse número era de 76, a maioria deles municipais. Foi também nesse período que a cidade começou a contar com mamógrafo, tomógrafo e outros equipamentos necessários para o diagnóstico de doenças, mas nenhum deles eram ofertados pelo serviço público de saúde.

A saúde pública oferecia somente serviços de ação curativa e preventiva, sem ações diagnósticas. Os estabelecimentos municipais de saúde ofereciam atendimento especializado, mas estavam mais focados para o atendimento clínico. Quanto à participação social, segundo Santos (2008):

...o Conselho Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes foi criado em 9 de setembro de 1991, pela Lei 5.195. Essa Lei determinou uma composição paritária de quarenta membros, com a seguinte distribuição: cinco representantes do poder público (poder central), cinco dos prestadores de serviços de saúde, cinco representantes dos profissionais de saúde, cinco das instituições formadoras de recursos humanos para a área de saúde e vinte representantes dos usuários. A cada titular corresponderia um suplente – portanto, quarenta suplentes, com direito à participação em todas as reuniões e direito à voz. O direito a voto seria em caso de substituição do titular da cadeira representada. Essa composição se mantém até o momento atual (SANTOS, 2008, p. 63).

Agora sobre uma perspectiva de desenvolvimento social e econômico, no início dos anos 1990, a cidade começou a experimentar crescimentos demográfico e

econômico exponenciais, em função da exploração de petróleo na Bacia de Campos. Entre os anos de 1994 e 2004, houve um crescimento de 16 vezes no orçamento destinado à saúde municipal. No entanto, tal crescimento não foi estável para os anos seguintes, interrompendo o ciclo de desenvolvimento da saúde municipal (SANTOS, 2008).

Um registro importante é perceber como o sistema de saúde campista sobre o ponto de vista dos processos de habilitação municipal ao SUS se desempenhou. Neste aspecto, segundo Venâncio (2001), Campos passou a maior parte da década de noventa e dos anos 2000 sem firmar todos os compromissos formais com o SUS, sobre o ponto de vista dos processos de municipalização. Especificamente, o município deu apenas os seus primeiros passos em 1998, quando habilitou-se na condição Plena da Atenção Básica, prevista na NOB do SUS, editada em 1996.

Porém, poderia ter-se habilitado já a NOB-SUS anterior, publicada em 1993, visto que possuía os requisitos exigidos para a condição parcial, necessitaria para organizar plano de saúde, situação que denotou baixo interesse do executivo em formalizar o tipo de vínculo municipal, assim como o de atuar em conjunto com as lideranças regionais do setor saúde. Em 2000, o município possuía a maioria dos requisitos necessários à habilitação na condição plena do sistema municipal, no entanto, manteve-se apenas na condição Plena da Atenção Básica (VENÂNCIO, 2001). Campos apenas aderiu a gestão de maior sofisticação no ano de 2009, momento muito posterior, comparado aos municípios com características semelhantes.

Objetivamente ao se adaptar à gestão plena, o município de Campos passou a ter uma série de responsabilidades, tal qual: elaboração do plano municipal de saúde; integrar e articular o sistema de saúde do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na Programação Pactuada e Integrada (PPI) do estado; gerência de unidades ambulatoriais próprias; desenvolvimento das atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no Piso da Atenção Básica (PAB); execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas; elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo conselho municipal de saúde; entre outros fatores (BRASIL, 2003).

A partir de 2010 até 2020, percebe-se que a realidade mudou. Campos conta com uma rede de proteção à saúde que está em um aparente processo de expansão. A referida cidade saiu de um total de 782 estabelecimentos de saúde em 2010 para 1.088 em 2020. Ou seja, um crescimento de quase 40 %, sendo que a maior quantidade de estabelecimentos se encontra na prestação de serviços ligados a atenção primária à saúde, pilar fundamental do SUS (DATASUS, 2021).

A prefeitura de Campos conta com uma rede pública, coordenada pela Fundação Municipal de Saúde, que administra três hospitais públicos, o Hospital Ferreira Machado, Hospital Geral de Guarus e Hospital São José; cinco Unidades Pré-Hospitalares (Guarus, Travessão, Ururáí, Santo Eduardo e Saldanha Marinho); uma Unidade de Emergência Psiquiátrica chamada Saldanha Marinho; 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 38 UBS que funcionam dez horas e três UBS que funcionam 24 horas (OLIVEIRA, 2016).

Além disso, conta com hospitais da rede privada que tem os seus serviços contratados pela secretaria municipal de saúde: Hospital Escola Álvaro Alvim, Santa Casa de Misericórdia de Campos, Hospital Plantadores de Cana, Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos e o Hospital Abrigo João Viana (GAMA, 2013).

Segundo Barros e Lima (2015), Campos dos Goytacazes pertence a uma região denominada Norte Fluminense, composta também pelos municípios Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São João da Barra, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana. Em 1974 foi descoberta uma região vasta em petróleo, localizada nas águas profundas da Bacia de Campos, constituindo-se em nova oportunidade de desenvolvimento da região. A cidade de Campos de Goytacazes pertence a zona de produção principal, junto com Carapebus, Macaé, Quissamã e São João da Barra. As cidades pertencentes a essa “zona” recebem uma quantidade maior de receitas extra orçamentárias advindas da exploração de petróleo, de modo a compensar os impactos socioambientais da produção:

Apesar disso, segundo Barros e Lima (2015) existem problemas associados a destinação de recursos municipais para a saúde na região e também outros, relacionados ao envio insuficiente de recursos do SUS para investimento em saúde. Há um baixo volume de participação do SUS na composição dos recursos de saúde

destas cidades, que são significativamente afetadas por um grande fluxo migratório de indivíduos que buscam emprego no setor petrolífero. Tais cidades beneficiam as demais com *royalties* do petróleo e podem ser foco de estratégias de desenvolvimento da saúde que alcancem toda a região.

Em relação a Campos, destaca-se que a cidade está localizada em uma via de acesso entre dois estados, de modo que não somente cidadãos do Norte Fluminense buscam atendimento na cidade. Muitas famílias do interior do Espírito Santo buscam atendimento especializado em Campos. Situação que deixa, ainda mais complexa, as estratégias dos órgãos públicos para prover o sistema de saúde da referida cidade. Neste aspecto, como polo regional, o sistema de saúde de Campos se fragiliza sem um aumento dos investimentos federais.

Oliveira (2016), em recente estudo sobre as condições de saúde no município de Campos dos Goytacazes, analisou a elaboração e implementação dos Instrumentos de Planejamento em Saúde e o papel do Conselho Municipal de Saúde nesse processo. Identificando que a Política de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes não é devidamente operacionalizada, identificou falhas técnicas tanto na elaboração dos Instrumentos do Planejamento em Saúde, como também quanto no controle social por parte do Conselho Municipal de Saúde.

### **Propostas dos governos locais nas eleições de 2012 e 2016 para a área de saúde**

A saúde é uma demanda expressivamente requisitada pelo eleitor médio brasileiro. É considerada um dos maiores problemas do país de acordo com pesquisas de opinião desde do processo de redemocratização. Historicamente a saúde pública encontra-se entre o top cinco dos assuntos mais importantes para o eleitor, a título de exemplificação, segundo pesquisa realizada pela Genial Quaest em julho de 2021 ao perguntar qual o principal problema do país, quarenta e um por cento dos respondentes disseram que é a saúde pública.

O eleitor médio brasileiro possui uma renda inferior ao salário mínimo, devido às regras eleitorais vigente esse eleitor é obrigado a votar, diferentemente de outras democracias como a norte americana em que, por exemplo, o eleitor não é obrigado a votar, inclusive o de baixa renda.



Se assumirmos que os partidos buscam eleger seus candidatos e estes candidatos são racionais e também almejam a reeleição, essa situação nos leva a admitir e a pressupor que esses partidos vão elaborar sofisticadas propostas na referida área porque nesta arena o candidato e o partido atendem à demanda do seu eleitor mediano que, majoritariamente, reivindica investimentos na referida política pública.

Menezes *et. al.* (2011) mostram que a educação fundamental tem muito menos visibilidade política do que a saúde. Então, é racional que políticos de qualquer partido independente de sua clivagem ideológica façam propostas robusta no campo da saúde, notadamente, em países com voto obrigatório e eleitores majoritariamente de baixa renda. Nesses locais, como é o caso de Campos dos Goytacazes, é racional que os candidatos adotem esse tipo de comportamento, no sentido que, supostamente, tal comportamento aumente as suas chances de permanecer no poder ou conquistar o poder.

O legislativo brasileiro afim de profissionalizar ainda mais as campanhas eleitorais e torná-las mais transparente, do ponto de vista do processo de *accountability*, tornou obrigatório para os candidatos aos pleitos do poder executivo (presidente, governador e prefeito) a apresentação de suas propostas de governo junto ao registro de suas candidaturas. Isso ficou estabelecido, em 2009, pela Lei nº 12.034, que alterou pontualmente a Lei nº 9.504 de 1997, a chamada lei das eleições.

Essa alteração facilitou o processo de análises das propostas realizadas por cada candidato. Neste sentido, a dissertação realizou um estudo de como os mandatários locais organizaram as suas respectivas proposições relacionadas à saúde campista. Mais especificamente, foram analisados os programas de governo para a área da saúde dos candidatos eleitos nos pleitos em 2012 e 2016 para gerir a prefeitura de Campos.

É importante deixar claro que escrever propostas não garante que essas se tornarão políticas públicas de fato, tais proposições servem, sobretudo, para apresentar aos eleitores os objetivos pretendidos para certas áreas, no caso em especial na área da saúde, ao longo dos quatro anos de governo.

De fato, o caminho para torna-las praticáveis apresentam inúmeros percalços, entre eles, o conjuntural. Ao longo dos quatro anos a economia do município ou até

mesmo do país pode sofrer contenções, a localidade pode se ver em um processo de mudanças radicais, inclusive no campo ambiental, além de demais fatores. Outro ponto, é o jogo político para gerar governabilidade. Quando estão no poder, prefeitos abrem mão de pontos e cedem outros para os demais partidos afins de tornar o seu governo viável. Nessa relação determinadas propostas iniciais podem ficar de fora. Não se pode excluir, também, a possibilidade da diminuição da vontade política, partidos quando estão na prática pública podem deixar de lado opções estratégicas pensadas enquanto estavam fora da máquina.

Agora, do ponto de vista dos efeitos políticos, para compreender a “visão de estado” de cada prefeito foi realizada uma análise documental dos programas de governo dos candidatos eleitos nos pleitos em 2012 e 2016. No final do seu segundo mandato, Rosinha Garotinho experimentou ao menos três situações negativas. A primeira delas era o ambiente de crise econômica grave que assolava o Brasil e, especialmente, os municípios dependentes das rendas petrolíferas. A segunda foi um esvaziamento político após adotar polêmicas medidas fiscais que foram chamadas pela mídia local de “venda do futuro” como uma saída para o momento financeiramente ruim do município. O terceiro fator foi a operação policial denominada de “Operação chequinho” que investigou um esquema de troca de votos envolvendo o programa social Cheque Cidadão na eleição municipal de 2016. Tal operação resultou na prisão de importantes aliados da família Garotinho: ex-secretários, ao menos três vereadores, além do próprio Anthony Garotinho (PEIXOTO; LEAL; MARQUES, 2022, p. 207).

Nas eleições de 2016, o candidato que representava o governo Rosinha Garotinho, Dr. Chicão (vice-prefeito) contava com baixa popularidade. A disputa de 2016 foi vencida pelo então vereador de oposição Rafael Diniz, muito crítico da gestão da Rosinha. Rafael nos primeiros meses de governo se respaldou de um discurso pautado na ruptura, onde o foco estava em mudanças administrativas significativas na gestão do orçamento público e das políticas públicas da prefeitura, inclusive as de saúde. Essa é uma postura esperada, segundo a teoria racional do voto que indica que o cidadão vota no candidato que ele acredita que vai trazer mais benefício individuais no futuro na comparação com os demais candidatos (FIGUEIREDO, 2008). Neste ponto de vista, o eleitor que elegeu o novo governo, assim o fez para renovar/melhorar e alterar o que estava estabelecido.

O Quadro 1 tem o objetivo de apresentar de forma resumida as propostas na área da saúde dos dois prefeitos eleitos: Rosinha Garotinho (2012), Rafael Diniz (2016). O programa do Rafael Diniz se apresentou mais organizado em comparação ao da candidata Rosinha, por ter sido formulado por áreas de atuação, a saber: gestão do sistema; planejamento, organização e avaliação do sistema municipal de saúde; financiamento; atenção básica de saúde; atenção ambulatorial especializada; e saúde bucal.

**Quadro 1.** Síntese das propostas direcionadas à Saúde nos programas de governo (quando candidatos) dos prefeitos eleitos Campos dos Goytacazes das gestões 2012 e 2016

Candidato	Síntese das ações direcionadas à Saúde
<p data-bbox="236 824 523 943"><b>Rosinha Garotinho (2013 – 2016)</b></p> <p data-bbox="236 1099 523 1218"><b>- Plano de governo nas eleições 2012</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="547 824 1428 884">- Ampliar o número de unidades de saúde que fazem a coleta de exames laboratoriais básicos.</li> <li data-bbox="547 898 1198 927">- Implantar os Distritos Sanitários do Município.</li> <li data-bbox="547 940 1390 969">- Implantar o Cartão Saúde, contendo o prontuário do paciente.</li> <li data-bbox="547 983 1428 1079">- Fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE), que atende os estudantes das escolas municipais com exames e cuidados para a prevenção de doenças.</li> <li data-bbox="547 1093 1428 1153">- Consolidar a Central de Regulação de Agendamento Eletrônico de Consultas, Exames e Internações.</li> <li data-bbox="547 1167 1428 1227">- Manter o Programa Emergência em Casa, pelo telefone 192, com ambulâncias UTI atendendo em todo o Município.</li> <li data-bbox="547 1240 1428 1301">- Ampliar o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no sistema 12 horas.</li> <li data-bbox="547 1314 1428 1375">- Ampliar o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em parceria com o Governo Federal.</li> <li data-bbox="547 1388 1326 1417">- Manter os serviços dos hospitais e clínicas conveniados.</li> <li data-bbox="547 1431 1278 1460">- Manter o Programa de Assistência Domiciliar (PAD).</li> <li data-bbox="547 1473 1428 1547">- Criar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), em parceria com o Governo Federal.</li> <li data-bbox="547 1561 1428 1635">- Criar o Programa de Reabilitação Oral, prioritariamente para a terceira idade, incluindo implantes para estabilizar as próteses.</li> <li data-bbox="547 1648 1428 1709">- Manter o Centro de Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais (Caope).</li> <li data-bbox="547 1722 1428 1751">- Consolidar a Clínica para Tratamento de Dependentes Químicos.</li> <li data-bbox="547 1765 1428 1861">- Ampliar o programa de imunização, considerado pelo Ministério da Saúde como o mais completo do país, e incluir a vacina contra Varicela (Catapora).</li> <li data-bbox="547 1874 1428 1935">- Descentralizar o atendimento de fisioterapia, com a implantação das Vilas Olímpicas, e criar equipes itinerantes de atendimento domiciliar.</li> <li data-bbox="547 1948 1428 2009">- Consolidar as obras de modernização do Hospital Ferreira Machado e do Hospital de Guarus, ampliando o número de leitos de UTI.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar o Hospital São José, em Goitacazes, como referência em atendimento na Baixada Campista.</li> <li>- Consolidar as obras dos Postos de Saúde 24 horas.</li> <li>- Realizar um novo concurso público para o ESF (Estratégia de Saúde da Família, antigo PSF), caso termine a validade do atual concurso sem o preenchimento das vagas.</li> <li>- Manter o programa de leites especiais e suplementos nutricionais.</li> <li>- Ampliar o programa Dentinho Saudável, que promove a saúde bucal nas escolas municipais.</li> <li>- Oferecer gratuitamente próteses de silicone para que as mulheres acometidas de câncer possam reconstruir a mama.</li> <li>- Garantir junto à Concessionária Águas do Paraíba a expansão da rede de saneamento básico.</li> <li>- Ampliar o acolhimento e a assistência especializada às crianças portadoras de paralisia cerebral, criando um departamento específico.</li> <li>- Consolidar o Setor de Oncologia, com a implantação do Acelerador Linear, no Hospital Escola Álvaro Alvim, e em demais hospitais credenciados.</li> <li>- Intensificar o acesso à realização de cirurgias especializadas, tais como a bariátrica e a de catarata, entre outras.</li> <li>- Consolidar a implantação da Política Integral da Saúde do Homem.</li> <li>- Expandir a entrega domiciliar dos medicamentos dos cadastrados no Programa Hiperdia.</li> </ul> <p>Observação: Todos os atuais programas do Governo serão mantidos.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Rafael Diniz</b> <b>(2017-2020)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>- Plano de governo nas eleições 2016</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Gestão do Sistema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganizar a gestão da saúde municipal, promovendo a descentralização através da implantação de 05 (cinco) Coordenadorias de Saúde, buscando unidades ágeis, com poder de ação e capacidade resolutiva para solucionar a imensa maioria das consultas médicas, atendimentos especializados, exames de pequena e média complexidades e suprimentos de UBS.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Planejamento, Organização e Avaliação do Sistema Municipal de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar as instâncias e as ações de controle, fiscalização e auditoria sobre os contratos de gestão de serviços, convênios e parcerias existentes.</li> <li>- Implantar o Prontuário Eletrônico de Pacientes, constando o histórico de atendimentos, doenças, exames e tratamentos realizados, na rede municipal de saúde e seus conveniados.</li> <li>- Eleger a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo prioritário nas práticas de saúde preventiva.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Financiamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeito ao Plano Municipal de Saúde, elaborado pelo Conselho Municipal, com garantia de recursos orçamentários do Fundo Municipal de</li> </ul>

	<p>Saúde para sua execução. Estruturação e Desenvolvimento dos Serviços em Rede de Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestruturação do Sistema de Saúde do município, com divulgação para toda a população, implantando uma rede regionalizada e hierarquizada, a partir das 05 (cinco) Regiões de Saúde. A rede será hierarquizada por Atenção Primária (UBS), Atenção Secundária (Hospital Dia e UPAs), Atenção Terciária (Hospital) e Serviço de Emergência (SAMU).</li> <li>- Instituir a Central de Abastecimento de Medicamentos, que estará interligada as Farmácias e UBS, garantindo nessas unidades os medicamentos para o controle e tratamento das principais doenças identificadas pelas equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF).</li> <li>- Ofertar atendimento básico de saúde bucal e farmacêutico, nas 05 (cinco) Coordenadorias de Saúde, através do ESF.</li> <li>- Garantir a pacientes do SUS que necessitem de tratamento ou de realização de exames fora de Campos, transporte, auxílio alimentação e hospedagem quando necessária.</li> <li>- Consolidar a Central de Ambulância para atendimento a rede municipal de saúde.</li> <li>- Instituir atendimento de Primeira Hora nas Unidades Básicas de Saúde.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Atenção Básica de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transformação gradual de algumas Unidades Básicas de Saúde em unidades Hospital Dia, que irá reunir no mesmo espaço uma Policlínica (consultas e exames especializados) e um Centro Cirúrgico Ambulatorial (cirurgias dia eletivas). Essas unidades irão realizar procedimentos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos eletivos que requeiram permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 (doze) horas.</li> <li>- Ampliar as ações de promoção a saúde com a comunidade, em articulação com as áreas de esporte, lazer, cultura, educação, assistência social e meio ambiente. - Implementar gradualmente nas UBS, o atendimento de saúde bucal de atenção primária e as ações de promoção da saúde bucal nas escolas e comunidades.</li> <li>- Implementar equipes e cuidados em saúde mental nas UBS apoiadas por matriciamento realizado pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).</li> <li>- Fortalecer a participação dos trabalhadores da saúde e dos Conselhos Gestores nos processos decisórios das Unidades Básicas de Saúde.</li> <li>- Recuperar e adequar a área física das atuais UBS, contemplando todas as atividades, incluindo a assistência ao não agendado e garantindo também ambiente humanizado.</li> <li>- Fortalecimento das ações do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PAC), do Programa de Assistência a Assentados e Quilombolas (PAAQ) e do Programa Saúde na Escola (PSE).</li> <li>- Garantia de coleta de material para exames de laboratório e um Eletrocardiógrafo em todas as UBS.</li> </ul>
--	---

- Ampliar e regularizar a distribuição domiciliar de medicamentos gratuitos, em especial de uso continuado, para pacientes idosos e deficientes, acompanhados pelas equipes do ESF.

- Reorganização do serviço de coleta do resíduo hospitalar, com garantia de pontualidade e periodicidade e destinação final adequada ao resíduo coletado.

- Implantação do Programa Farmácias Naturais, para orientar e estimular o uso de medicamentos fitoterápicos pela população, através das equipes do ESF. Atenção de Urgência e Emergência

- Firmar convênio com o Ministério da Saúde para implantação de equipes do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), em cada Região de Saúde.

#### **Atenção Ambulatorial Especializada**

- Implementar procedimentos para reduzir o tempo de espera na realização de exames, consultas e procedimentos especializados, incluindo as cirurgias eletivas.

- Reestruturar os atuais Centros de Referência para Tratamento de Doenças e implantar novas unidades para atendimento a Terceira Idade e no tratamento da Asma. - Criar condições de atendimento para o tratamento do Pé Diabético nas UBS.

- Rearticular e desenvolver Centros de Reabilitação, com equipe multiprofissional em unidades polivalentes articuladas e regionalizadas nas redes de atenção municipal e com os serviços existentes.

- Fortalecer os Centros de Atendimento Psicossocial, garantindo a capacitação permanente da equipe dessas unidades, articulando-as com as UBS.

- Ampliar a carga horária de atividades do CAPS Álcool e Drogas, atuando de forma articulada com as unidades de acolhimento transitório e os serviços de residência terapêutica. Atenção Hospitalar

- Estabelecer sistema de regulação que garanta agilidade no acesso aos leitos de internação, integrando rede básica e rede de urgência e emergência com a assistência hospitalar.

- Reformar, ampliar e reorganizar progressivamente as unidades de saúde, com situação precária de instalações e funcionamento.

- Garantir oferta adequada de leitos para desintoxicação na assistência aos dependentes de álcool, crack e outras drogas.

- Otimizar os leitos existentes, organizando a assistência domiciliar e possibilitando a internação, através do *Home Care* e Programa de Atenção Domiciliar do Idoso (PADI).

- Fortalecer os hospitais de referência, integrando-os a rede de saúde e buscando a implantação da unidade de referência no tratamento de doenças cardiovasculares.

- Criação de um Programa de Assistência ao Parto, onde a mãe saberá onde irá realizar o pré-natal, o parto e pós-parto.

- Incentivar e garantir a criação de serviços de média e alta complexidade na rede própria, filantrópica e conveniada.

- Implantar o Atendimento Integrado às Doenças Vasculares, Cerebrais, Cardíacas e Periféricas, com equipes de hemodinamicistas, cirurgões cardíacos, neurocirurgiões e vasculares periféricos.

#### **Saúde Bucal**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de um Centro de Especialidades Odontológicas, que irá oferecer os serviços de média e alta complexidade na atenção a saúde bucal. Serviços de Vigilância em Saúde</li> <li>- Elaborar e implantar estrutura de cargos gerenciais, técnicos e de apoio, na estrutura organizacional da vigilância em saúde.</li> <li>- Implantar o Sistema de Vigilância de Saúde Coletiva em cada Região de Saúde.</li> </ul>
--	--

**Fonte:** Elaboração Própria com base nos anexos 1 e 2 publicados no TRE.

Os serviços fornecidos pelo sistema de saúde são subdivididos, na grande maioria dos casos, em duas partes, quais sejam: atenção primária e atenção de média e alta complexidade. Para cada subárea os três entes federativos, principalmente a União, definem as metas, os programas, as formas de financiamento, as normas e determinações (SANTOS; RODRIGUES, 2014). Em suma, essa divisão é responsável por apresentar as diretrizes estruturante do sistema.

Vale apenas então, averiguar o comprometimento político na área da saúde de cada candidato eleito, segundo essas duas dimensões estruturante do SUS. Neste sentido, este trabalho se comprometeu em quantificar quantas propostas cada postulante vencedor fez em cada subárea citada. Além destas, também foram contabilizadas propostas destinadas a atenção a grupos populacionais específicos, cooperação entre município e a união, relação com a saúde suplementar, financiamento do sistema de saúde. Essas dimensões são vistas pela bibliografia como importantes para o remanejamento do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2012).

Outro ponto importante é que os estudos que buscam compreender a atuação do executivo na gestão do sistema de saúde municipal apontam que, em regra, os mandatários agem majoritariamente nessas seis frentes de administração, são elas a atenção primária à saúde; a atenção de média e alta complexidade; atenção a grupos populacionais específicos; a cooperação entre município e a união; a relação com a saúde suplementar, assim como o financiamento do sistema de saúde. Durante os quatro anos de gestão os prefeitos podem usar o seu capital político para agir em cada subárea ressaltada.

A Tabela 1 mostra as propostas de governo para a área da saúde da candidata Rosinha (2012) e do candidato Rafael (2016) que possuíam descrições de ações a serem tomadas de acordo com as frentes expressadas no parágrafo anterior. Percebe-se que os candidatos tiveram a preocupação de pelo menos propor uma

medida para cada subárea apresentada, exceto Rosinha que não fez menção a uma providência no campo do financiamento da saúde.

**Tabela 1.** Proposta metodológica de subáreas de classificação da atuação de uma prefeitura na saúde

Áreas da Saúde	Rosinha em 2012	Diniz em 2016
Atenção primária à saúde	X	X
Atenção de média e alta complexidade	X	X
Atenção a grupos populacionais específicos	X	X
Cooperação entre Município e a União	X	X
Relação com a saúde suplementar	X	X
Financiamento do Sistema de Saúde		X

**Fonte:** Elaboração própria com base na classificação de áreas.

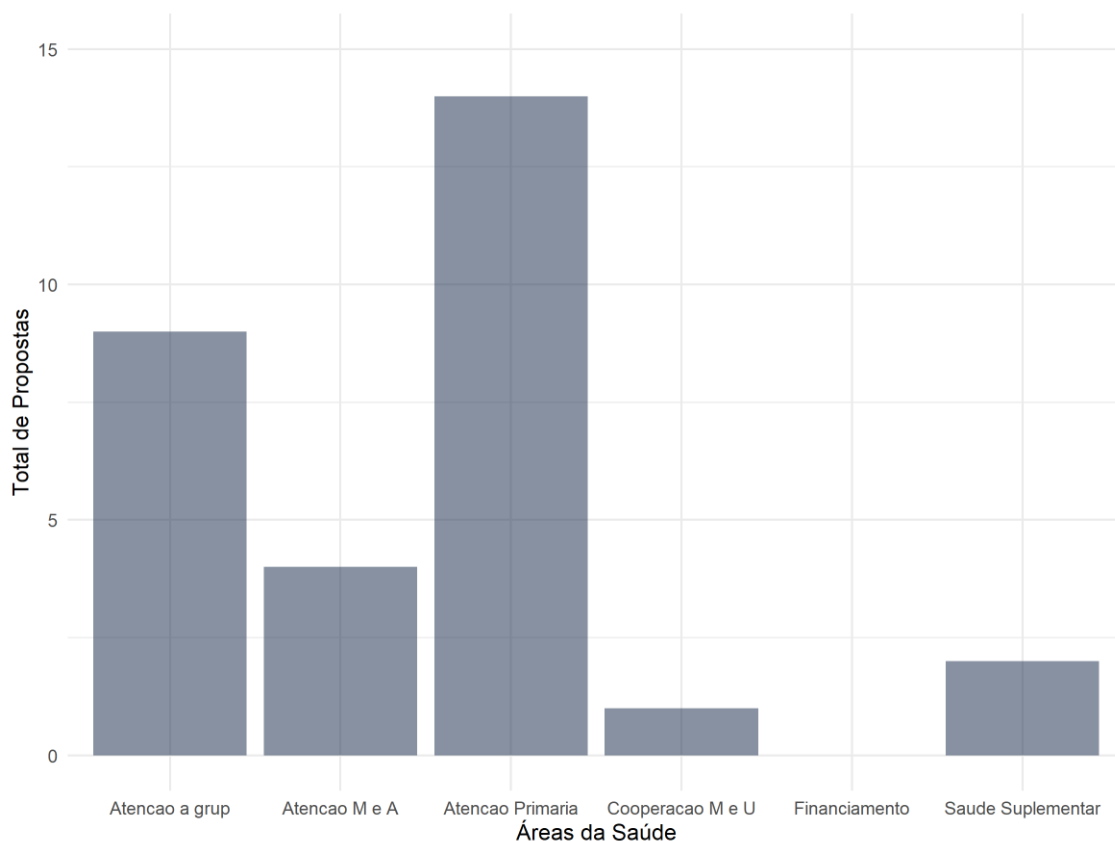
Eleita em 2008 com 55 % dos votos em uma eleição acirrada contra o candidato Arnaldo Vianna (PDT), Rosinha Garotinho chegou na disputa eleitoral de 2012 como candidata à reeleição. Tinha a seu favor a máquina municipal e as suas propostas caminhavam na direção de apresentar melhorias nas atuais estruturas de governo, no campo da saúde não foi diferente. Houve um compromisso a priori de que todos os programas do governo seriam mantidos. As propostas, de forma geral, apresentavam um cenário de aumento do volume de serviços prestados pela prefeitura, tanto nas áreas da saúde básica, média e alta complexidade.

Como pode-se notar no Gráfico 1, que compara o número de propostas por subáreas, a saúde básica e a atenção em grupos específicos foram as áreas que tiveram maior destaque, essas concentraram 77% das propostas feitas. Na atenção básica as promessas caminharam fortemente para ampliação de unidades básicas de saúde e de grupos da estratégia saúde da família que atuam, majoritariamente, em áreas de vulnerabilidade social. Enquanto que sobre grupos específicos, as propostas



se referiram a programas para a terceira idade, pacientes especiais, dependentes químicos, para saúde do homem, e para hipertensos.

**Gráfico 1.** Análise comparada do número de propostas por subáreas da candidata Rosinha Garotinho nas eleições de 2012



**Fonte:** Elaboração própria com base no TRE.

Obs: Identificação das subáreas - Atenção a grupos populacionais específicos. Atenção de média e alta complexidade. Atenção primária à saúde. Cooperação entre Município e a União. Financiamento do Sistema de Saúde. Relação com a saúde suplementar.

Outro ponto importante é que a proposta tratou, em especial da relação com a rede privada, onde foi garantida a manutenção dos serviços dos hospitais e clínicas conveniados, a consolidação do setor de oncologia, a implantação do acelerador linear no Hospital Escola Álvaro Alvim e em demais hospitais credenciados.

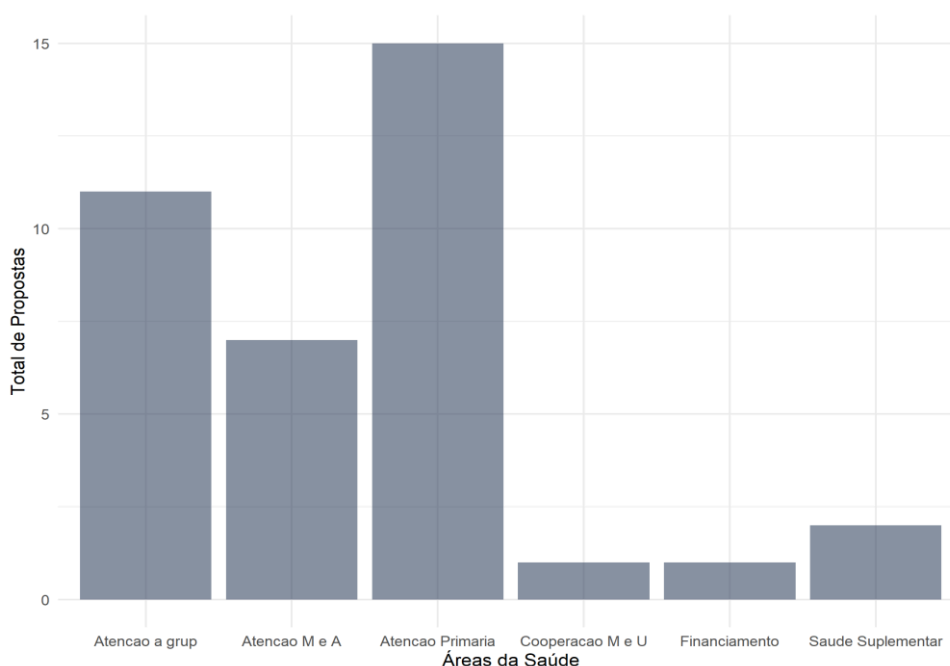
Representante de um discurso disruptivo, Rafael Diniz apresentou-se nas eleições de 2016 como o candidato apto para gerir a administração da cidade de Campos em um momento de crise econômica. As suas propostas governamentais caminhavam na direção de se fazer mudanças expressivas na estrutura do governo campista, principalmente no campo da fiscalização e da modernização, para assim torná-la mais eficiente.

Na área da saúde, Diniz prometeu reorganizar a gestão a fim de tornar as unidades básicas de saúde (UBS) mais ágeis no que se refere à capacidade de realizar também consultas médicas, atendimentos especializados, exames de pequena e média complexidade, fortalecendo assim a atenção primária da saúde cuja porta de entrada principal são as UBS. Assim como uma reestruturação de todo o sistema da atenção secundária (Hospital Dia e UPAs), da atenção terciária (Hospital) e dos serviços de emergência (SAMU).

Como visualizado no Gráfico 2, assim como a candidata Rosinha, centrou a maior quantidade de propostas na atenção básica e em ações voltadas para grupos específicos, mas com diferentes ênfases. Na atenção primária prometeu, por exemplo, a implantação do prontuário eletrônico de pacientes e a instituição da central de abastecimento de medicamentos.

Para grupos específicos, prometeu ações públicas com o objetivo de promover a saúde dos acometidos por doenças psicossociais, vasculares, cerebrais, cardíacas; para a terceira idade, dependentes químicos e programas destinados a assistência aos assentados e quilombolas (PAAQ). Diferentemente da Rosinha, Diniz tratou sobre o financiamento da saúde, ao prometer garantir recursos orçamentários para o fundo municipal de saúde para a execução dos serviços em rede de atenção.

**Gráfico 2.** Análise comparada do número de propostas por subáreas do candidato Rafael Diniz nas eleições de 2016

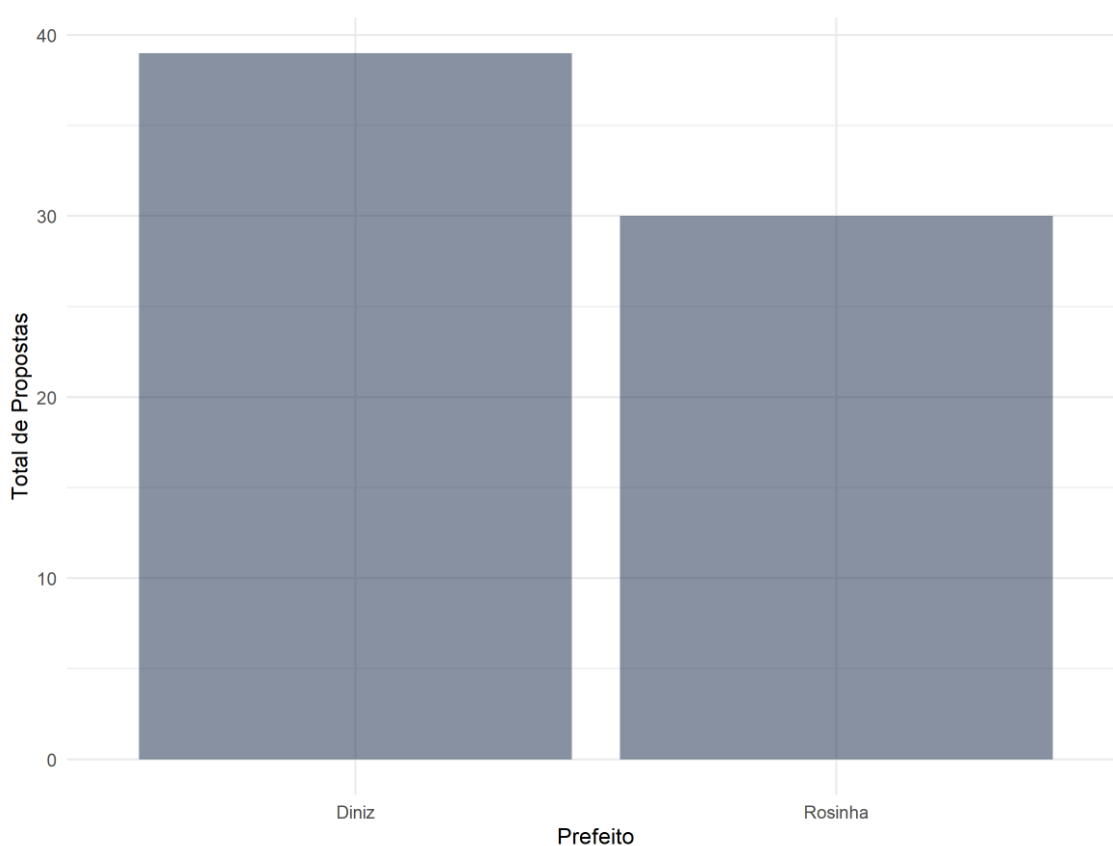


Fonte: Elaboração própria. TRE.

Obs: Identificação das subáreas - Atenção a grupos populacionais específicos. Atenção de média e alta complexidade. Atenção primária à saúde. Cooperação entre Município e a União. Financiamento do Sistema de Saúde. Relação com a saúde suplementar.

O Gráfico 3 mostra uma comparação numérica do número de ações propostas por cada candidato. O candidato Rafael, em 2016, fez um volume maior de propostas para a área da saúde tendo prometido 39 ações, enquanto que Rosinha, em 2012, prometeu 30 ações.

**Gráfico 3.** Comparação do número de propostas no campo da saúde pública entre os candidatos Rafael Diniz e Rosinha Garotinho



**Fonte:** Elaboração própria com base no Apêndice.

Em resumo, destaca-se uma diferença clara entre os dois programas: um trata de um governo que aposta na manutenção dos serviços prestados à área de saúde, enquanto o outro em mudanças estruturais. Rosinha trabalha toda a sua argumentação com o uso de verbos que denotam melhorias no que já existia, como intensificar e aumentar. Enquanto que Rafael apresenta um raciocínio baseado na óptica da mudança, prometendo ações baseadas na reformulação e na criação de novos programas de saúde, bem como modernização de todo o sistema com uso de

tecnologias de informação e comunicação para torná-lo mais eficiente. Pode-se ainda afirmar que a visão de uma reorganização sistêmica da área de saúde estava presente no governo Rafael, enquanto Rosinha se propôs a apresentar um rol de ações de melhorias no sistema já organizado em sua magistratura anterior.

## **CONCLUSÃO**

Os serviços de saúde de Campos dos Goytacazes são marcados por uma série de dificuldades e problemas de gestão para alcançar a desejada condição de saúde e bem-estar da população. O fenômeno social e político estudado neste trabalho consistiu justamente em compreender aspectos que podem influenciar o financiamento e a gestão administrativa da saúde campista. Neste sentido, foi proposto um desenho de pesquisa que investigou os possíveis efeitos dos diferentes modelos de gestão adotados pelos prefeitos sobre a saúde pública da cidade.

A saúde pública é um direito inviolável de todos os cidadãos brasileiros, que deve ser garantido e posto em prática via políticas públicas pelos três entes governamentais (União, Estados e Municípios). Essa garantia constitucional tem ligação direta com o bem-estar de um indivíduo, neste sentido, a dissertação mostrou que a atuação das duas legislaturas analisadas teve distintos comportamentos em direção ao ponto destacado. As razões para tal foram fortemente influenciadas pelos eventos de redução dos recursos oriundos das indenizações petrolíferas e dos diferentes modelos de gestão adotados refletidos nas propostas de cada candidato para a saúde nas eleições de 2012 e 2016.

Espera-se que os resultados apresentados instiguem mais pesquisas para tentar explorar a efetividade das propostas apresentadas como ações concretas de políticas públicas na cidade que, conforme já alertado no capítulo 4, podem possivelmente ter sido influenciadas negativamente por outros eventos aqui não enfatizados, tais como a pandemia da covid-19.

A troca do executivo tem o potencial de influenciar (prefeito, governadores e presidente) a máquina pública. No setor saúde, do ponto de vista municipal, a possibilidade deste impacto se inicia na escolha do secretário de saúde, que pode ser uma pessoa não técnica e sem o conhecimento das condições da cidade. Fator condicionador de um desgaste na equipe existente pois exigirá a necessidade de uma

curva de aprendizado para o gestor entender o contexto em que está. O processo varia segundo a relação do gestor com a equipe técnica.

Cada secretário tem a sua visão sobre saúde pública, fato que influencia diretamente o modo de atuação da prefeitura. Uns priorizam atenção primária, outros a parte da consulta e exames especializados, tem aqueles que apostam numa tentativa de zerar filas no sistema de regulação. Ou seja, a prioridade administrativa varia de acordo com o perfil do burocrata que está ocupando o cargo, como também pelas orientações políticas dadas pelo prefeito. Cabe ressaltar, que no governo Rosinha 2012-2016, não houve troca de secretário de saúde. Enquanto no Governo Rafael Diniz, três secretários distintos ocuparam a cadeira em seus 4 anos de governo. Tal análise, poderá ser objeto de pesquisa futura.

Em uma legislatura de quatro anos pode acontecer é a seguinte *timeline*. O secretário de saúde no primeiro ano tem como prioridade o reconhecimento da realidade local, realizando, em via de regra, um diagnóstico das prioridades situacionais, o que condiciona uma melhor compreensão das fragilidades e potencialidades do município. No segundo ano é feito o planejamento estratégico para tentar alterar, na medida do possível, os problemas administrativos salientados. No terceiro ano, normalmente, há um fortalecimento das ações, e no quarto ano não tende a haver maiores alterações devido a disputa eleitoral.

Dessa forma, a troca ou continuidade governamental é capaz de gerar efeitos significativos no sistema de saúde. Cada gestão representada pela figura do secretário, tende a ter um pensamento administrativo diferente. Assim, quando há uma troca da cadeira do executivo há, também, uma alternância na atuação no campo da saúde. Foi exatamente o que se viu na análise dos programas de governo dos candidatos. Há uma clara diferença nos programas: um trata de um governo que aposta na manutenção (Rosinha), enquanto o outro em mudanças estruturais (Diniz). Rosinha trabalha toda a sua argumentação com o uso de verbos que denotam progresso, como intensificar e aumentar. Enquanto que Rafael apresenta um raciocínio baseado na óptica da mudança, prometendo ações baseadas na reformulação e na criação de novos programas de saúde.

Portanto, o achado principal da pesquisa é a constatação de que, entre 2012 e 2020, a gestão da saúde variou de acordo com a liderança local. Esses resultados

mostram a relevância dos programas dos candidatos na provisão de uma política pública em um ambiente democrático.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. M. A judicialização na assistência farmacêutica: uma análise no município de Campos dos Goytacazes. 2013. 80 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2013.

BARROS, D. M.; LIMA, L.D. Orçamento Público, Região e Financiamento em Saúde: Rendas do Petróleo e Desigualdades entre Municípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2973-2984, 2015. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/orcamento-publico-regiao-e-financiamento-em-saude-rendas-do-petroleo-e-desigualdades-entre-municipios/15158?id=15158&id=15158>. Acesso em: 10 nov. 2021.

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. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 12.034 de 29 de setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 9.504 de 30 de setembro de 1997.

BRASIL. **Portaria MS nº 384**. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184771>. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29/2000**, de 13.12.2000. Altera os arts. 34, 35,

156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 3 ago. 2021.

FIGUEIREDO, Marcus Faria. A decisão do voto - democracia e racionalidade. Rio de Janeiro. **Editora UFMG**, 2008.

GAMA, E. DA S. Saúde do trabalhador no município de campos dos Goytacazes: uma questão negligenciada. **Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes, 168 p. Campos dos Goytacazes/RJ**, 2013.

Genial nas Eleições 2022 (realizada em julho de 2021). **GENIAL/QUAEST**. Disponível em: <https://f.hubspotusercontent30.net/hubfs/4891137/GENIAL+QUAEST+JULHO21.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

GERSCHMAN, S. Política e Gestão da Saúde no Governo do Estado do Rio de Janeiro. In: SANTOS, A. M. S. P.; GERSCHMAN, S. **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Capítulo 2, p. 63–99, 2016.

LIMA, L. D. Regionalização da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: SANTOS, A. M. S. P.; GERSCHMAN, S. **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Capítulo 4, p. 137-152, 2016.

MENEZES, R. T. de; SAIANI, C. C. S.; ZOGHBI, A.C. P. Demanda mediana por serviços públicos e desempenho eleitoral: evidências do modelo do eleitor mediano para os municípios brasileiros. *Estudos Econômicos (São Paulo)*, v. 41, n. 1, p. 25-57, 2011.

OLIVEIRA, M. C. G. Planejamento em saúde e gestão democrática: uma análise dos instrumentos do planejamento da política de saúde do município de Campos dos Goytacazes. **Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes, 168 p. Campos dos Goytacazes/RJ**, p. 168, 2016.

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção, **Physis Revista Saúde Coletiva**, 2001, 11(1), 119-114 [Online], disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QH3SFxyFLb4CjRNPTTZJpLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

PEIXOTO, V.; LEAL, J.; MARQUES, L. Disputa entre herdeiros: a eleição de 2020 em Campos dos Goytacazes. In: BORBA, Felipe; FIGUEIREDO, Argelina. **Política local no estado do Rio de Janeiro: disputa partidária e comportamento político nas eleições municipais de 2020**. Rio de Janeiro: EdUERJ, São Paulo: Contracorrente, 2022.

SANTOS, S. O orçamento na saúde: radiografia e possíveis diagnósticos em Campos dos Goytacazes. **Dissertação defendida no programa de Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes**, Campos dos Gotaycazes, 91 p., 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O. M. de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2876-2878, 2012.

VENÂNCIO, V. A. S. A descentralização do Setor Saúde no Município de Campos dos Goytacazes na década de 90. **Dissertação de mestrado em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro**, 2001.

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. 2006. 95 f. Dissertação (Mestrado. Em Serviço Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.