

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E
CULTURA - PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS - PMGPP**

**EVOLUÇÃO DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O
CASO DE MATO GROSSO.**

PAULO SEBASTIÃO DA SILVA

ITAJAÍ (SC), 2009

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E
CULTURA - PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS - PMGPP

EVOLUÇÃO DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O
CASO DE MATO GROSSO.

Paulo Sebastião da Silva

Dissertação apresentada à Banca Examinadora no Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, sob a orientação da Professora Dra Adriana Marques Rossetto, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

ITAJAÍ (SC), 2009

Prof. Dr. VALDIR CECHINEL FILHO
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação,
Extensão e Cultura

Prof^a. Dr^a. ADRIANA MARQUES ROSSETTO
Coordenadora do Programa de Mestrado
Profissional em Gestão de Políticas Públicas

A meus pais e irmãos, pela minha origem.

**A Ilnar, pelo companheirismo e apoio,
durante a construção deste trabalho.**

Agradeço a Deus, por cada dia vivido e cada lição aprendida.

A minha orientadora Professora Dr^a Adriana Marques Rossetto, pela precisão na orientação para a realização deste trabalho.

Ao professor Dr. Guilherme Alfredo Johnson, pelas sugestões e colaborações para qualificação do trabalho.

A todos os meus professores do mestrado, pelo que cada um representou para a minha formação, pela confiança e amizade depositados em mim durante esse período decorrido.

A todos os colegas da minha turma e de outras turmas, pelo convívio e aprendizagem.

Aos funcionários da Secretaria do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas, por propiciarem condições essenciais para a realização do trabalho.

A Claudete e Lucinéia, pelo apoio concedido em diversas ocasiões, que possibilitaram a elaboração deste trabalho.

A amiga Elisângela, pela presença marcante durante a construção do trabalho.

A todos os meus amigos, que de alguma forma contribuíram para a realização de mais uma etapa importante da minha vida.

A Ilmar, pelo companheirismo e apoio durante a realização do trabalho.

A toda minha família, por tudo.

"Fazer poema sobre o pantanal é descobrir sua beleza"
"A linha do horizonte no pantanal é uma tangente no Universo"
**"De vez em quando, um Ser Celestial desce no pantanal para
aprender com a natureza"**
**"O colorido do pantanal tem cores ainda não descobertas
pelos artistas plásticos"**
**"As araras azuis disputam com o céu azul anil os olhos azuis
da natureza."**
"As águas do pantanal são dízimas periódicas do sem fim."
"O pantanal é um poema ainda não decodificado."
"O Deus do pantanal parece ser verdadeiro."
"Morrer no pantanal é transmutar de um para outro paraíso."

Moisés Mendes Martins Júnior

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar, compreender e descrever a trajetória da evolução do processo de planejamento público no Brasil, especialmente na saúde pública do Estado de Mato Grosso. Utilizando-se assim, alguns planos implementados nas últimas décadas, tendo o planejamento da área de saúde, um relevante mecanismo de gestão que visa direcionar ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. Porém, o objetivo principal do trabalho, é de resgatar a condução, em especial de 20 anos da criação do SUS, e da importância de reconhecer que os desafios atuais exigem um posicionamento do planejamento, corroborando de forma plena e efetiva para a sua consolidação. Para isto, o trabalho apresentou, a evolução histórica do planejamento público no Brasil, desde a década de 40, até a Constituição de 1988; na segunda e terceira parte, procurou-se identificar, descrever e analisar os impactos do planejamento em geral, utilizando-se como referência, os Planos Plurianuais (PPA), onde são previstos os recursos orçamentários destinados às realizações de despesas, objetivando a fomentação das Políticas Públicas. Com a promulgação da Constituição de 1988, ficou estabelecido o modelo de planejamento baseado nos PPAs. A partir do PPA 1991-1995, 1996-1999, até o PPA 2000-2003 implementados pela União e o Estado de Mato Grosso, em especial na área da saúde, que é o objetivo principal da proposta do trabalho desenvolvido; e, por último, analisou-se a condução da Gestão da saúde pública através do SUS, enfatizando o desempenho do planejamento público no Estado de Mato Grosso, em especial na Secretaria de Estado de Saúde e as formas de organização dos serviços através da sua implementação, vislumbrado o financiamento e o resultado de alguns programas. Sendo assim, o planejamento público na área de saúde é uma peça de modo a contribuir oportuna e efetivamente para a sua consolidação e, para a resolutividade e qualidade da gestão, das ações e serviços prestados à população. Estudar a trajetória do planejamento em Saúde no Brasil, especialmente após 1988, é relevante para se compreender melhor os entraves dessas políticas elaboradas após este marco. Entender o planejamento público, do Estado de Mato Grosso, como processo implica reconhecer que não é uma atividade que se esgote na concepção de um plano, de um programa, ou de um projeto. São mecanismos instituídos para facilitar o alcance de metas, ou seja, são meios de otimizar recursos e ações voltados para certos objetivos, que dessa forma podem ser melhor geridos e controlados. Para isso, espera-se que com o aprofundamento do tema estudado, é possível trazer reflexões sobre a superação dos obstáculos e contribuir para a evolução do modo de repensar e perceber as políticas públicas do país e do Estado de Mato Grosso, especialmente da área de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE:

1 : Planejamento Público

2 : Políticas Públicas

3 : Saúde Pública

ABSTRACT

This study aimed to analyze, understand and describe the trajectory of the development process of public planning in Brazil, especially in the health of the State of Mato Grosso. Using it, some plans implemented in recent decades, the planning of health, an important mechanism for management that seeks to guide the process of consolidation of the Unified Health System. However, the main objective of the work is to rescue the driving, especially 20 years after the creation of SUS, and the importance of recognizing the current challenges require a placement planning, corroborating so full and effective for its consolidation. For this, the work presented, the historical development of public planning in Brazil since the 40s, until the 1988 Constitution, in the second and third part, we tried to identify, describe and analyze the impacts of planning in general, using as reference, the multi-annual plans (PPA), which are provided the resources for the achievement of budgetary expenditure, aimed at fostering public policies. With the promulgation of the 1988 Constitution, has established the model of planning based on PPAs. From the PPA 1991-1995, 1996-1999, by the PPA 2000-2003 and implemented by the State of Mato Grosso, in particular in health, which is the main objective of the proposed work and, finally, considered to conduct the management of public health through the SUS, focusing on the performance of public planning in the State of Mato Grosso, in particular Secretary of State for Health and the forms of organization of services through its implementation, financing and seeing the result of some programs. Thus, the public planning in the health area is a piece in order to timely and effectively contribute to their consolidation and, for the resolution and quality management, stock and services to the population. Study the history of planning in health in Brazil, especially after 1988, it is important to better understand the obstacles these policies made after this landmark. Understanding the public planning, the State of Mato Grosso, and involves recognizing that it is not an activity that is exhausted in devising a plan, a program or a project. Mechanisms are established to facilitate the achievement of goals, or are a means of optimizing resources and actions towards certain goals, which thus can be better managed and controlled. For this, it is expected that with the deepening of the subject studied, it is possible to bring thoughts on overcoming obstacles and contribute to the evolution of how to rethink and understand the public policy of the country and the state of Mato Grosso, especially in the area of public health.

KEYWORDS:

- 1: Planning Public
- 2: Public Policy
- 3: Public Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
	1.1 Questão Orientadora da Pesquisa.....	27
	1.2 Objetivos da Pesquisa.....	27
	1.3 Construção do Trabalho.....	28
2	PLANEJAMENTO E POLITICAS PÚBLICAS	31
	2.1 Planejamento e avaliação de Políticas Públicas.....	31
	2.1.1 Gestão e Avaliação de Políticas Públicas.....	33
	2.1.2 Política Pública Setorial em foco.....	34
	2.1.3 Conceitos básicos para avaliação de políticas públicas: Eficiência, Eficácia e Efetividade.....	34
	2.1.4 Eficiência.....	35
	2.1.5 Eficácia.....	35
	2.1.6 Efetividade.....	36
	2.2 Planejamento Público.....	37
	2.2.1 Conceitos e Métodos de Planejamento.....	37
	2.2.2 O planejamento não deve ser confundido com plano.....	40
	2.2.3 Planejamento, instrumento de gestão e os gestores envolvidos na ação.....	40
	2.2.4 Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador.....	42
3	HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO PUBLICO NO BRASIL, COM ÊNFASE NA SAÚDE PÚBLICA	46
	3.1 Governo do Presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950).....	50
	3.2 Governo do Presidente Getúlio Vargas, (1951-1954).....	52
	3.3 Governo do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, (1956-1960).....	54
	3.4 Governo do Presidente João Goulart (1963-1965).....	58
	3.5 Governo do Presidente Castelo Branco - PAEG (1964-1967).....	62
	3.6 Governo do Presidente Costa e Silva - Plano Decenal (1967-1969).....	68
	3.6.1 O Primeiro Orçamento Plurianual de Investimentos – (1968 - 1970).....	72
	3.6.2 O Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968 – 1970).....	73
	3.7 Presidente Emílio Garrastazu Médici e o MBAG (1970-1973).....	77
	3.7.1 O Presidente Emílio Médici e o I PND.....	78
	3.8 Governo do Presidente Ernesto Geisel e o II PND (1974-1978).....	80
	3.9 O presidente João Figueiredo e o III PND – (1979-1984).....	83
	3.10 A Crise do Planejamento no Brasil - Período de 1980 – 2000.....	84
	3.11 Planejamento Público e a Constituição de 1988.....	86
	3.12 Os Primeiros Planos Plurianuais do Governo Federal.....	90
	3.13 Plano de Trabalho Anual – PTA.....	96
4	PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL	98
	4.1 Instrumentos de Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde.....	104
	4.1.1 Agendas de Saúde.....	105
	4.1.2 Planos de Saúde.....	109
	4.1.3 Relatório de Gestão.....	112
	4.1.4 Plano Diretor de Regionalização (PDR).....	113
	4.1.5 Programação Pactuada e Integrada (PPI).....	116
	4.1.5.1 Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada.....	118

4.2 Instrumentos de Gestão e Planejamento e a Responsabilidade das esferas de Governo.....	119
5 PROGRAMAS CONSIDERADOS COMO REFERÊNCIAS PARA ESTUDAR O PLANEJAMENTO PÚBLICO EM MT	124
6 O CASO DE MATO GROSSO.....	131
6.1 Planejamento Público e a Política de Saúde no Estado de Mato Grosso.....	131
6.2 Planejamento Público em Mato Grosso – Modelo de Gestão Voltado Para Resultados.....	133
6.3 Financiamento das Ações de Saúde na Secretaria de Estado da Saúde – MT.....	138
6.4 Principais Indicadores Sociais da SES-MT.....	146
6.4.1 Evolução do Programa de Saúde da Família no Estado de Mato Grosso de 1997 a 2008.....	148
6.4.2 Orçamento para Programa de Saúde da Família em Mato Grosso.....	153
6.4.3 Mortalidade Infantil em Mato Grosso.....	155
6.4.4 Tuberculose em Mato Grosso.....	157
6.4.5 Malária em Mato Grosso.....	160
6.4.6 Dengue em Mato Grosso.....	162
6.4.7 AIDS em Mato Grosso.....	165
6.4.8 Programa de Assistência Farmacêutica.....	168
6.4.9 Ações de Vigilância em Saúde.....	168
6.4.10 Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade.....	169
6.4.11 Aperfeiçoamento da Gestão da SES-MT.....	171
6.4.12 Implementação de Gestão do SUS-MT.....	172
6.4.13 Ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde.....	174
6.4.14 Orçamento dos Programas da SES-MT.....	175
6.4.14.1 Análise dos Principais Indicadores Estratégicos Correlacionados aos Programas.....	177
6.4.15 Ações realizadas pelos Hospitais Regionais.....	184
6.4.16 Serviços Básicos em Mato Grosso.....	185
6.5 Ouvidoria do SUS.....	186
6.6 Rede de informações de Mato Grosso-FIPLAN.....	187
CONCLUSÕES.....	188
REFERENCIAS	192

Lista de Quadros

Quadro 01:	Relação dos Planos e Programas de Desenvolvimento Propostos para o Brasil (1948-1979).....	49
Quadro 02:	Estimativa da Necessidade de Formação de Recursos Humanos em Saúde, durante o Período de vigência do Plano Decenal (1966-1976)...	70
Quadro 03:	Operacionalização da Agenda de Saúde.....	108
Quadro 04:	Operacionalização dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas.....	111
Quadro 05:	Operacionalização dos Relatórios de Gestão.....	113
Quadro 06:	Situação Fiscal de Mato Grosso em % da Receita Corrente Líquida.....	135
Quadro 07:	Evolução do Financiamento da Saúde em MT.....	139

Lista de Figuras

Figura 01:	Organização das Microrregiões na Assistência à Saúde.....	116
Figura 02:	Fluxo de Interação entre Agendas de Saúde, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada.....	122
Figura 03:	Estrutura do Modelo de gestão voltada para resultados.....	137
Figura 04:	Estado de Mato Grosso - Evolução da Despesa: Função Educação, Segurança Pública, Administração e Saúde - Período de 2000 a 2007.....	142
Figura 05:	Evolução dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde Recursos Nominais - R\$ Milhões Estado e Municípios de Mato Grosso - Período 2000 a 2007.....	142
Figura 06:	Equipes da Saúde da Família em MT, 1997 a 2008.....	148
Figura 07:	Evolução das Equipes de Atenção Básica em MT.....	149
Figura 08:	Municípios cobertos pelo PSF em MT – 2008.....	150
Figura 09:	Cobertura Proporcional em MT pelo PSF – 2008.....	151
Figura 10:	Cobertura Populacional do PSF.....	152
Figura 11:	Quadro Orçamentário do Programa 274 – 2008.....	153
Figura 12:	Ações Estratégicas da SES-MT – 2008.....	154
Figura 13:	Coeficiente de mortalidade infantil 2000 a 2007.....	156
Figura 14:	Casos de Tuberculose em MT de 1994 a 2007.....	158
Figura 15:	Casos de Malária em MT de 2000 a 2008.....	160
Figura 16:	Taxa de Incidência de Dengue em MT, de 2000 a 2008.....	162
Figura 17:	Casos de Dengue em MT de 2007 a 2008.....	164
Figura 18:	Casos de AIDS em Adultos e Crianças em MT de 2003 a 2007.....	165
Figura 19:	Quadro Orçamentário do Programa 273 - 2008.....	166
Figura 20:	Quadro Orçamentário do Programa 275 – 2008.....	168
Figura 21:	Quadro Orçamentário do Programa 276 – 2008.....	169
Figura 22:	Quadro Orçamentário do Programa 277 – 2008.....	171
Figura 23:	Quadro Orçamentário do Programa 278 – 2008.....	172
Figura 24:	Quadro Orçamentário do Programa 279 – 2008.....	174
Figura 25:	Indicadores dos Programas Estratégicos – 2008.....	177
Figura 26:	Orçamentos dos Programas Estratégicos - 2008.....	177
Figura 27:	Ações Realizadas pelos Hospitais Regionais - MT – 2008.....	184
Figura 28:	Serviços essenciais básicos.....	185

Lista de Quadros

Quadro 01:	Relação dos Planos e Programas de Desenvolvimento Propostos para o Brasil (1948-1979).....	49
Quadro 02:	Estimativa da Necessidade de Formação de Recursos Humanos em Saúde, durante o Período de vigência do Plano Decenal (1966-1976)...	70
Quadro 03:	Operacionalização da Agenda de Saúde.....	108
Quadro 04:	Operacionalização dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas.....	111
Quadro 05:	Operacionalização dos Relatórios de Gestão.....	113
Quadro 06:	Situação Fiscal de Mato Grosso em % da Receita Corrente Líquida.....	135
Quadro 07:	Evolução do Financiamento da Saúde em MT.....	139

Lista de Tabelas

Tabela 01:	Taxas de Crescimento do Produto e Setores Plano de Metas (1955-1961).....	56
Tabela 02:	Produto e inflação (1961-1965).....	60
Tabela 03:	Produto e inflação (1964-1968).....	64
Tabela 04:	Taxas de Crescimento do Produto e Setores (1968-1973).....	74
Tabela 05:	Milagre Econômico – Resultados Macroeconômicos(1968-1973)....	75
Tabela 06:	Resultados Macroeconômicos durante o II PND.....	81
Tabela 07:	Indicadores Econômicos do Período Militar (1970-1984).....	82
Tabela 08:	Percentual Aplicado pelo Estado de Mato Grosso de Acordo com a Emenda Constitucional 29 – SIOPS e Balanços Gerais do Estado...	141
Tabela 09:	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso Distribuição do Gasto, segundo a Fonte de Financiamento Período de 2000 a 2007	143
Tabela 10:	Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso Evolução Percentual do Gasto, segundo Fontes de Financiamento Período 2000 a 2007 Índice 2000 = 100.....	144
Tabela 11:	Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso Percentual de Distribuição do Gasto, segundo a Fonte de Financiamento Período 2000 a 2007.....	145
Tabela 12:	Cobertura Populacional do PSF, anual, Jan/1994 a Jun/2002.....	154
Tabela 13:	Orçamentária dos Programas, utilizados pela SES/MT.....	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ANS: Agência Nacional de Saúde
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNH: Banco Nacional da Habitação
BNDES: Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENDES: Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Saúde
CEPAL: Conselho Econômico e Social para América Latina e Caribe
CES: Conselho Estadual de Saúde
CF: Constituição Federal
CIB: Comissão Intergestora Bipartite
CIT: Comissão Intergestora Tripartite
CMBEU: Comissão Mista Brasil-Estados Unidos
CMS: Conselho Municipal de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde
COPAG: Comissão para o Plano de Governo
COPLAN: Comissão Nacional de Planejamento
CSN: Companhia Siderúrgica Nacional
DASP: Departamento Administrativo do Serviço Público
ERS: Escritórios Regionais de Saúde
FAEC : Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações
FGTS: Fundo de Garantia por tempo de Serviço
FNS: Fundação Nacional de Saúde
FRE: Fundo de Reparelhamento Econômico
FSESP: Fundação Serviço Especial de Saúde
GEIA: Grupo Executivo da indústria Automobilística
GTDN: Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Nordeste
GTI: Grupo de Trabalho Interministerial

IAIA: Instituto de Assuntos Interamericanos
IAPs: Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM: Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IGP-DI: Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna
IPEA: Instituto de Planejamento Econômico Social
IPMF: Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados
ISC: Instituto de Saúde Coletiva
LDO: Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA: Lei Orçamentária Anual
LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal
MBAG: Metas e Bases para Ação do Governo
MEC: Ministério de Educação e Cultura
MEFP: Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento.
MES: Ministério da Educação e Saúde
MPGO: Ministério do Planejamento e Orçamento
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBs: Normas Operacionais Básicas
OEA: Organização dos Estados Americanos
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
OPI: Orçamento Plurianual de Investimentos
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEG: Plano de Ação Econômica do Governo
PAG: Programa de Ação Governamental
PCM: Plano de Consistência Macroeconômica
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PE: Planejamento Estratégico
PED: Programa Estratégico de Desenvolvimento
PES: Plano Estadual de Saúde
PES: Planejamento Estratégico Situacional

PET: Planejamento Estratégico Tradicional

PGPE: Programa Gestão Pública Empreendedora

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB: Produto Interno Bruto

PIN: Programa de Integração Nacional

PMG: Programa de Modernização da Gestão Pública Estadual

PNCM: Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária

PND: Plano Nacional de Desenvolvimento

PND-NR: Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República

PP: Políticas Públicas

PPA: Plano Plurianual

PPI: Programação Pactuada e Integrada

PPP: Parcerias Públicas Privada

PQSP: Programa de Qualidade no Serviço Público

PRODOESTE: Programa de Desenvolvimento do Centro-Oeste

PRORURAL: Programa de Desenvolvimento Rural

PROVALE: Programa de Infra-estrutura para o Vale do São Francisco

PROTERRA: Programa de Redistribuição de Terras

PSF: Programa de Saúde da Família

PTA: Plano de Trabalho Anual

PTM: Plano de Trabalho Mensal

QM: Quadro de Metas

RIPSA: Rede de Informações para a Saúde

SALTE: Saúde, Alimentação, Transportes e Energia

SEPLAN: Secretaria de Estado de Planejamento de Mato Grosso

SES-MT: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SINAM: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUDENE: Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUS: Sistema Único de Saúde

UPAs: Unidades de Pronto Atendimento

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, há várias décadas o tema planejamento público tem sido alvo de críticas, principalmente porque a partir dos anos 80 com sucessivas crises econômicas associadas a um processo inflacionário crônico e de endividamento externo, o planejamento voltou-se prioritariamente para a estabilização monetária.

Para Lopes (1990, p. 105), a esperança nos resultados dos planos superava as suas possibilidades. O planejamento foi visto como uma panacéia infalível, que poderia e deveria solucionar todos os problemas de cada país, individualmente, e do mundo, como um todo. Esse erro de concepção e esse excesso de otimismo também prejudicaram a avaliação dos resultados do planejamento no Brasil.

Nos planos se concentravam as esperanças de desenvolvimento do país e, uma vez frustradas, estas geraram violentas críticas. Desta forma, a partir dos anos 80, passa-se para um estágio de profundo desencanto com o planejamento, de dúvidas quanto às suas qualidades e de ceticismo quanto ao seu potencial.

Além disto, começou-se a questionar se o planejamento consistiria realmente no instrumento adequado para corrigir os desequilíbrios estruturais dos países pobres.

De um lado, levantou-se uma perturbadora dúvida: o sucesso do planejamento depende de certas pré-condições – como racionalidade, estabilidade política, implementação eficiente, etc. – que a prática tem demonstrado inexistirem. O fracasso do plano seria, então, axiomático, óbvio, fatal. Mas ainda, o planejador acabaria sendo controlado pelas forças que tentou subjugar (LOPES, 1990, p. 53).

Porém, atualmente, parece haver uma gradual recuperação da valorização do planejamento como instrumento da ação governamental, isso pode ser visualizado na tendência da crescente importância atribuída aos planos plurianuais.

Com a reforma do Estado a partir de 1994 e a consolidação do modelo de Administração Pública Gerencial no Brasil, o planejamento adquiriu novos contornos e passou a ser valorizado como uma ferramenta indispensável para atendimento das demandas sociais.

No entanto, os cidadãos conscientes de que a administração pública burocrática não consegue corresponder às expectativas das demandas sociais, passaram assim, a exigir muito mais do que o Estado possa oferecer, com a seguinte observação:

Os cidadãos exigem do Estado muito mais do que o Estado pode oferecer. [...]. Os recursos econômicos e políticos são por definição escassos, mas é possível superar parcialmente essa limitação com seu uso eficiente pelo Estado, quando não se pode contar com o mercado, isto é, quando a alocação de recursos pelo mercado não é solução factível, dado seu caráter distorcido ou dada sua incompletude. Nesse caso, a função de uma administração pública eficiente passa a ter valor estratégico, ao reduzir a lacuna que separa a demanda social e a satisfação dessa demanda. (BRESSER PEREIRA e SPINK, 2005, p. 24).

Contudo, essas novas orientações parecem ter como propósito induzir a um método de gerenciamento das ações governamentais de forma mais coesa e objetiva, fluindo para um horizonte mais racional, capaz de controlar os recursos públicos e, ainda, de permitir maior coordenação das políticas públicas.

O planejamento governamental é hoje uma imposição constitucional. A Constituição Federal de 1988, no artigo 165, define a obrigatoriedade da elaboração de Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e unifica os orçamentos anuais (Fiscal, Seguridade Social e de Investimento das Estatais) no Orçamento Geral da União (OGU). Pressupõe a preocupação com o planejamento governamental (GARCIA, 2000, p.06).

Deve-se ressaltar que o Plano Plurianual (PPA) em conjunto com a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), representam os instrumentos de planejamento e orçamento estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, e os programas representam o elo de ligação entre eles.

O Plano Plurianual (PPA) consiste em instrumento operacional quadrienal, utilizado para estabelecer diretrizes, objetivos e metas quanto à realização de despesas de prioridades administrativas, assim como das relativas aos programas de duração continuada.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) compreenderá as metas fiscais e as prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente.

Lei de Orçamento Anual (LOA) é um instrumento que expressa, para um período de tempo definido, denominado exercício financeiro, as políticas, programas de operações do governo e os meios de seu financiamento.

De acordo com Garcia (2000, p. 20), pelas propostas do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), o planejamento é visto como um “processo permanente que obedecerá a princípios técnicos e terá em vista o desenvolvimento econômico e social e a contínua melhoria das condições de vida da população”.

Na opinião de Amado (2004, p.21), o Planejamento do setor público é indispensável no processo político democrático, para sua legitimidade e viabilização. Sem o apoio político o planejamento é diletantismo pseudocientífico que não resiste aos embates da vida real, nem sensibiliza a sociedade.

A constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS¹ (2002), define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste, somente, na ausência de doença, ou enfermidade.

¹ Organização Mundial da Saúde – OMS, agência especializada em saúde, fundada em 07 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas – ONU. Com sede em Genebra, Suíça, com representações em todos os continentes.

Analisando o setor público de saúde, tornam-se visíveis as dificuldades enfrentadas pelos poderes públicos Federal, Estadual e Municipal, para uma melhor gestão e controle dos recursos repassados a esta finalidade. Os reforços à municipalização executados pelos governos estaduais contribuem para reduzir os custos municipais envolvidos na assunção de atribuições de gestão e de execução das ações de saúde, (ARRETCHE, 2000, p.231).

Deve-se ressaltar que no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a ter maior autonomia política e administrativa e, o processo de descentralização da saúde pública, tem sido uma estratégia definida que o governo federal utiliza para tentar desburocratizar o processo de financiamento da gestão, sendo que a flexibilidade no repasse dos recursos direcionados aos municípios tendem a efetivar um atendimento mais ágil à população.

A situação da saúde pública no Brasil referente à inserção do conhecimento na gestão pública dos serviços de saúde coletiva apresenta profundas transformações a partir dos processos de descentralização e especialização de funções da Fundação Nacional de Saúde.

Todavia, o país conta com inúmeras instituições acadêmicas de qualidade, que favorecem os processos de análise de situação da saúde, como a ABRASCO², a Rede de Informações para a Saúde (RIPSA³ - MS/OPAS⁴), os Institutos de Saúde Coletiva (ISC), a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e ainda, as recentes redes de Observatórios especializados em reforma do setor saúde.

Nesse sentido, essas instituições acadêmicas possibilitaram melhorar o nível dos profissionais da Saúde Pública, estendendo assim, esse benefício à população brasileira usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), e pode-se

² Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO fundada na Cidade de Brasília, com sede e foro na Cidade do Rio de Janeiro, desde novembro de 1987.

³ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (produz sistema de informação e conhecimentos para a política de saúde) RIPSA.

⁴ OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública - atua como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

afirmar que as condições sanitárias do Brasil têm apresentado progressos consideráveis.

A implementação dos atuais modelos assistenciais baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, exigem capacidade institucional dos órgãos fomentadores de saúde, para os exercícios de formulação, planejamento, regulamentação e normatização de políticas públicas. O cumprimento desses preceitos somados a organização regionalizada e hierarquizados da rede de serviços de saúde favorece o acesso à população aos serviços de saúde.

Assim, a saúde pública que é parte integrante das normas institucionais, garantido o acesso à população conforme preceitua o art. 6º da Constituição Federal, dos direitos sociais, apóia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil, para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, o que contempla a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade a todos, sem distinção.

A atuação da sociedade civil organizada representada nos conselhos de saúde desempenha um papel primordial na defesa da coletividade e manifesta-se perante as instituições públicas com responsabilidades das práticas sociais e nos valores reconhecidos que modelam as atitudes, conduta social em favor da vida e da saúde do cidadão.

Passados aproximadamente 20 anos de sua existência, o SUS é objeto de muitas críticas onde se destacam as baixas capacidades de inclusão social das políticas de saúde, a baixa qualidade dos serviços ofertados e as iniquidades do sistema. Porém, ele resiste aos percalços e se mantém como uma reivindicação crescente dos governos subnacionais para a garantia de prestação de ações e serviços à sua população.

Para Lucchese (2004, p.1), as políticas públicas, especialmente na área de saúde, integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de vida da população e dos ambientes naturais, social e do

trabalho. A tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a proporção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

A implementação do Sistema Único de Saúde se iniciou nos anos 90, posteriormente foram criadas a Lei Orgânica da Saúde, e várias normas e portarias, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs), emitidas pelo Ministério da Saúde, com intuito de dar respaldo, sustentabilidade e regulamentação ao sistema.

Todavia, os avanços sociais ocorridos com a criação do Sistema Único de Saúde e o processo da descentralização rumo a municipalização, determinaram a expansão da rede e oferta de serviços de média e alta complexidade, a reorganização da atenção primária através da saúde da família, o aumento da democratização, a participação popular e maior responsabilidade dos gestores em relação à garantia do direito à saúde da população.

Na visão de Silveira (2005 p. 78):

Sem combater a pobreza é impossível melhorar a saúde dos povos. É a elevação da renda que possibilita a melhoria da alimentação, da moradia, do vestuário e aumenta o acesso a todos os bens e serviços necessários à vida, inclusive aos serviços específicos de saúde. Não interessa aos países ricos ressaltar claramente a importância do nível de renda nas condições de saúde. Afinal são esses mesmos países que controlam grande parte dos preços nos mercados internacionais e outros instrumentos de drenagem da riqueza que respondem, em grande parte, pela pobreza dos países do nosso terceiro mundo.

De acordo com o MS (2002) ⁵, entre os aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para o alcance dos resultados do programas, destacam-se:

- As mudanças ocorridas na modalidade de financiamento do Programa: a partir de novembro de 1999, os incentivos financeiros

⁵ Heloíza Machado de Souza, Saúde da Família, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

foram vinculados à cobertura populacional do Programa nos municípios;

- Parcerias com gestores municipais;
- Parcerias com instituições de ensino superior, e;
- Adoção de práticas avaliativas.

Desta forma, percebe-se que os instrumentos de gestão e planejamento do SUS representam um marco dentro do planejamento público no Brasil, uma vez que sua lógica de funcionamento facilita o acesso e a participação de todos no processo de forma sistematizada, que proporcionam garantias às necessidades do cidadão, que é o objetivo fim do Estado.

Portanto, a realização da pesquisa em planejamento no Brasil e, sobretudo da utilização desta ferramenta no serviço de saúde pública brasileira, em especial no Estado de Mato Grosso é importante para qualificar o processo de melhoria nas políticas públicas, possibilitando assim, avanço no atendimento aos usuários do sistema de saúde.

No que diz respeito ao planejamento público na Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, merecem destaques o investimento nos recursos humanos e financeiros, a integração entre planejamento, orçamento e gestão e a expansão do uso de informações e indicadores sociais relevantes ao controle das ações de saúde.

Os Principais indicadores sociais da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), apresentados de forma concisa, demonstraram clareza num quadro de evolução na saúde pública, sobre o resultado das ações de saúde realizadas nos últimos anos. Fruto do grande investimento em Políticas Públicas que o Estado desempenha, com intuito incessante de aproximar os resultados de acordo com os melhores indicadores em saúde do país.

Com relação aos programas destacados no trabalho, o Programa de Saúde da Família (PSF), é hoje uma referência no sentido de atendimento nas

residências com médico da família, onde se tem acompanhamento detalhado dos usuários nas áreas de cobertura como modelo de atenção à saúde.

Já o controle da mortalidade infantil é um programa que envolve o fortalecimento das ações na área de atendimento à criança, com técnicas de definição de políticas públicas que a Secretaria de Saúde aplica, com intuito de redução da morbi-mortalidade infantil.

O programa de controle da tuberculose no Estado de Mato Grosso, a SES – MT exerce prioridade com ações estratégicas, nos municípios de Cáceres, Cuiabá, Sinop, Rondonópolis e Várzea Grande, aonde a incidência dos casos vem sendo reduzido de forma significativa.

A Malária e a Dengue são casos que dependem de ações conjuntas entre o Estado e os Municípios na busca de garantir controle da doença e na redução nos casos graves. No caso da Dengue, a SES-MT tem através da mídia, apresentado à população, um processo básico de educação ambiental, como limpeza das áreas de risco, controle nos lares sobre os recipientes com água, caixas d'água com tampa e ações diversas que propõem redução dos casos.

Com relação à Malária, o mapa de proliferação dos casos existentes estão intrinsecamente ligados às regiões de garimpo, porém, a SES-MT em parceria com os municípios do Estado que detém estas áreas, têm adotado medidas intensas de combate e controle nas regiões favoráveis aos casos.

No Programa Nacional de DST/Aids, o Estado elabora e fomenta políticas, diretrizes e estratégias com orientações e ações de promoção à saúde junto aos grupos de riscos e em áreas favoráveis à proliferação dos casos e favorece o acesso da população aos insumos (preservativos, gel lubrificante e kits de redução de danos) e também oferece serviços de referência e assistência.

Sobre a Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade, a SES-MT como gestora do SUS, em consonância com o art. 196 da C. F., deve garantir o

acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, de forma regionalizada.

E assim, as Ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde desenvolvidas, o Estado de Mato Grosso e as gestões municipais garantem o acesso da população à saúde, de forma universal e igualitária, mediante ações de políticas públicas, observando as características regionais, de forma como rege os princípios do SUS.

Portanto, este trabalho apresenta um estudo sobre o Planejamento Público na saúde e demonstrou alguns dos principais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, por áreas temáticas, com seus objetivos, forma de financiamento e principais linhas de ação, implementados no Estado de Mato Grosso, esboçando os indicadores sociais e seus recursos orçamentários, como base na análise das ações desenvolvidas no Estado, na área da saúde, identificando a aderência das mesmas ao planejamento e políticas públicas propostas nos Planos Plurianuais – PPA.

1.1 Questão orientadora da pesquisa

Considerando o interesse em poder contribuir com o desempenho das políticas públicas, especificamente na área da saúde pública do Estado de Mato Grosso, pretende-se com este estudo responder a seguinte questão orientadora da pesquisa:

De que forma o planejamento em saúde pública se estruturou no estado de Mato Grosso após a Constituição de 1988?

1.2 Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral

- Avaliar o Planejamento das Políticas Públicas de Saúde do Estado de Mato Grosso no período de 1988 a 2008.

Objetivos Específicos

- Descrever a evolução histórica do planejamento público do Brasil, inclusive os Planos Plurianuais estadual;
- Conhecer o planejamento em saúde pública no Brasil e em Mato Grosso;
- Descrever os principais programas implantados e implementados na SES e os resultados dos indicadores sociais;
- Desenvolver um inventário das ações desenvolvidas em saúde, pelo poder público em Mato Grosso.
- Analisar o orçamento de alguns programas implantados pelo Ministério da Saúde e implementados pela SES-MT.

1.3 Construção do Trabalho

Em atenção aos propósitos da pesquisa, este trabalho foi construído por meio de uma abordagem metodológica analítica da pesquisa sobre a evolução do planejamento público no Brasil e, ainda sobre estudos levantados através de dados recolhidos na SES-MT, sobre os programas estratégicos objetivando responder a questão orientadora da pesquisa e com o resultado desse trabalho, requer aplicar a metodologia abordada e poder contribuir com a melhoria das políticas públicas, especialmente na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Foi feita uma contextualização mais ampla sobre as etapas iniciais do planejamento público no Brasil, de acordo com os diversos planos implantados e implementados a partir da década de 40, demonstrando suas crises e avanços, até o surgimento do Plano Plurianual (PPA), previsto na atual Constituição Federal, no artigo 165, elaborado pelo governo federal e aplicado pelos governos subnacionais, em vigor, plano este que marca uma etapa relevante no cenário nacional, que serviram de base para a determinação do referencial teórico da pesquisa.

O objetivo principal a ser destacado, será estudar o planejamento público na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, principalmente a partir das propostas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrida na 8ª (oitava) conferência Nacional de Saúde, em 1986 em Brasília e inserida na Constituição Federal de 1988, que nos 20 anos da sua criação (1988-2008), ainda está se consolidando, no sentido de atender ao usuário do sistema com um serviço de qualidade, conforme preceitua a Constituição Federal e os princípios do SUS.

Conforme destaca a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, antes de 1995 a situação do SUS não estava consolidada e o financiamento era precário, contudo naquele ano foi elaborada a primeira Política Estadual de Saúde, porém, devido à situação na qual se encontrava o sistema de saúde, delineava um futuro de muita dificuldade para sua estruturação nos moldes necessários para atender às demandas da população.

Porém, para alcançar o objetivo geral da pesquisa que é de avaliar o Planejamento Público nas políticas públicas de saúde do Estado de Mato Grosso, foi relevante a utilização de alguns programas como: Programa de Saúde da Família, Mortalidade Infantil, Tuberculose, Malária, Dengue, Aids, Programa de Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade e Ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde, uma vez que estes espelham a atual e real situação de como se encontra a saúde no Estado.

E para respaldar os programas implementados na SES-MT, colocou-se em destaque os investimentos orçamentário e financeiro disponibilizados para atender tais programas. Uma vez que estes programas e os investimentos orçamentários previstos, constituem as diretrizes e eixos de atuação da Política Estadual de Saúde, sendo a operacionalização definida e organizada de acordo com o previsto no Plano de Trabalho Anual-PTA.

Diante desse contexto, foram definidas as variáveis: investimentos orçamentários e os programas estratégicos instituídos pelo Ministério da Saúde

e implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal para responder aos objetivos do trabalho.

O Estado de Mato Grosso utiliza o orçamento-programa, para tanto se faz necessário o esclarecimento de alguns termos relevantes para o estudo, tais como: Programa, Projeto, Plano e Estratégias. No entanto, é necessário frisar tais termos não foram enfocados neste estudo, mas que poderão ser abordadas em outras oportunidades. Assim, como existem outras variáveis da mesma relevância, que poderiam espelhar a situação na qual se encontra a saúde pública no Estado, porém, não foram tratadas neste estudo.

Para Silva (2004, p. 42), Programa consiste na unidade básica de planejamento operado por um conjunto de ações articuladas que se traduzem em bens e serviços ofertados diretamente à sociedade e que concorrem para um objetivo comum visando dar solução a um problema ou atender a uma demanda da sociedade.

Projeto consiste num esforço esporádico e temporário, cujo empreendimento é pré-estabelecido, definido e claro, seja para criar um novo produto ou serviço. Possui início, meio e fim bem definidos, duração e recursos limitados, numa seqüência de atividades relacionadas.

Com relação a plano é um conjunto de propostas resultantes de um processo de planejamento, econômico, urbano, regional, etc., que visam a determinado objetivo. E finalizando, estratégia é um conjunto de hipóteses sobre causas e efeitos.

2. PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 Planejamento e avaliação das políticas públicas

Atualmente, o planejamento público é imprescindível para elaboração e avaliação das diferentes políticas públicas existentes, inclusive na área da saúde pública, porque é através dele que se equacionam e priorizam-se problemas, definem-se as atividades, levantam-se os recursos necessários, e aplica-os em serviços para atender necessidades da população.

Tendo em vista que o planejamento trata de um conjunto de ações que envolvem a análise de problemas e perspectivas, a previsão de medidas com vistas à consecução de determinados fins, face aos recursos disponíveis, a avaliação e a correção permanentes dessas ações, na busca de resultados mais amplos e de maior alcance, voltados para melhoria das condições de vida.

O planejamento é assim, o referencial básico para o desenvolvimento das ações governamentais de médio e longo prazo de forma sistematizada. Com suas especificidades na esfera da Administração Pública irá fornecer condições para a formulação, a execução, a avaliação de planos, programas e ações, de forma contínua e integrada.

De acordo com a Constituição Federal brasileira, especialmente no artigo 196, os poderes públicos Federal, Estadual e Municipal, devem assegurar a todos direitos relativos à saúde, financiado pela sociedade, sendo que este serviço deve ser prestado com eficácia e eficiência (SANDRONI, 2000, p. 198).

A utilização do Planejamento é uma ferramenta primordial na condução das políticas públicas, pois, a sua prática busca equacionar e priorizar problemas, definir atividades, prover os recursos públicos existentes e necessários, e comprometer-se a resolver com impacto social os anseios da população.

De acordo com as conclusões de Lopes (1990, p. 24).

[...] a prática utilizada com o planejamento visa corrigir distorções administrativas, facilitar a gestão pública, assegurar a viabilização de estratégias propostas e torna-se um método coerente e compreensivo de formação e implementação de diretrizes, através de um controle central de amplas redes de órgãos e instituições interdependentes, viabilizado por conhecimentos científicos e tecnológicos.

A partir do que tange essa colocação, o planejamento governamental pode ser considerado como uma modalidade de ação administrativa, desenvolvida com metodologias específicas, trabalhadores capacitados ou com conhecimento especializado, informações adequadas para decisões e ações de acompanhamento, controle e avaliação de sua execução.

De acordo com os Planos Plurianuais (PPAs), objetos de estudos neste trabalho, são modelos de planejamento instituídos pelos governos Federal e estaduais de acordo com o art. 165 da C.F. de 1988, de duração quadrienais, os quais contemplam as realizações previstas nos orçamentos.

Um PPA, elaborado com eficácia, permite que os orçamentos anuais sejam constituídos de programas previamente ordenados no tempo por meio de recursos alocados previamente e compatíveis com a capacidade do estado dispor deles no período, quando irá garantir a realização de uma ação ou atividade de forma racional e sistemática.

O planejamento governamental no Brasil, um país emergente em potencial, onde os recursos disponíveis para aplicação são escassos, requer que para um bom desempenho das políticas públicas, necessitem de bons “planejadores” com mentes privilegiadas e “visão de futuro” para se anteceder aos fatos que ocorrerão, fazer planos coerentes e que levem aos resultados calculados, (OLIVEIRA, 2006, p. 275).

2.1.1 Gestão e avaliação de Políticas Públicas.

As políticas públicas se condicionam através da ação de forma concreta dos atores sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e formulam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve sofrer acompanhamento permanente.

A avaliação de políticas públicas de um modo geral tem sido definida como instrumento imprescindível para o conhecimento da viabilidade de programas e projetos, para o redirecionamento de seus objetivos, ou mesmo para a reformulação de suas propostas.

Nesse sentido, a avaliação se mostra como um importante mecanismo de gestão, munida de informações e subsídios para tomadas de decisões dos gestores, formuladores e fomentadores de programas, pois possibilita conhecer o que acontece e assim, atuar sobre os fatos de forma a realizar os ajustes necessários, otimizando-se dessa forma tempo e recursos, o que eleva a credibilidade das ações públicas.

Portanto, nessa perspectiva envolve o diálogo público, controle social na sua dinâmica, pois a qualidade dos programas só acontece e aumenta quando a participação dos usuários quer seja através de organizações civis é intensificada e de fato acontece.

Assim, Cohen e Franco (1993, p.15) determinam, de forma precisa, a importância da avaliação em programas governamentais: “A avaliação de projetos sociais tem um papel central neste processo de racionalização por ser um elemento básico de planejamento. Não sendo possível que sejam estes eficazes se não forem avaliados os resultados de sua aplicação”.

2.1.2 Política Pública Setorial em Foco.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São definidas como ações do governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

A literatura de políticas públicas foi um pouco tardia em reconhecer a importância da implementação no processo de planejamento, até mesmo porque os estudiosos de políticas públicas tinham um viés tradicional das ciências políticas, tendo um foco de análise nos processos legislativos ou administrativos do executivo.

Assim, o importante a ser pesquisado seria entender como os assuntos chegam à agenda política, quais são os processos legislativos de aprovação de leis, como órgãos burocráticos são criados, como são indicados os responsáveis por determinados cargos etc. No Brasil existe muito esta visão em relação ao que é importante para definir políticas públicas na prática.

2.1.3 Conceitos básicos para avaliação de políticas públicas referentes à Eficiência, Eficácia e Efetividade.

Os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade são métodos utilizados quando explicita sobre resultados alcançados em políticas públicas, na proposta de traduzir a avaliação do desenvolvimento e execução da política pública.

Na área da saúde pública, estes conceitos estão ligados aos resultados esperados entre o processo de formulação das políticas de saúde e da sua execução, tendo em vista a aplicação do planejamento e das estratégias do sistema de saúde para a melhoria e no avanço das políticas públicas no Brasil.

2.1.4 Eficiência.

A eficiência de uma política pública compreende a otimização dos recursos financeiros e humanos utilizados e a obtenção do melhor resultado possível da disponibilidade aplicada. Desta forma este conceito relaciona-se entre os resultados operacionais e os custos envolvidos na execução de um projeto ou programa.

Para Sandroni (2000, p. 198), este conceito é distinto por se referir à forma de realizar uma tarefa. Neste conceito não se examina se aquilo que foi produzido com eficiência é eficaz, isto é, se o produto ou o resultado do trabalho eficiente está adequado à finalidade proposta.

Eficiência é fazer a “coisa” certa, realizar uma rotina com coerência, pois em se fazendo o contrário, fazer errado a “coisa”, estaremos provocando perdas de tempo e recursos (desperdício), contrariando os princípios da eficiência; um segundo clichê muito utilizado para definir eficiência é ‘fazer mais com menos’, que traz embutido o sentido de economia racional.

Trata-se, portanto, de um conceito de extrema relevância no processo de avaliação de políticas públicas, pois possibilita compreender em que medida a otimização dos recursos financeiros, materiais e humanos e tempo de execução.

2.1.5 Eficácia.

Para Cohen; Franco (1993, p.102), a eficácia refere-se ao grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto da população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados.

Desta forma, a eficácia de uma política pública está condicionada aos resultados que o programa produz sobre a população beneficiária (efeitos) e sobre o conjunto da população e do meio ambiente (impactos).

O conceito de eficácia para os mesmos autores Cohen e Franco (1993, p.102), tem relação direta com a avaliação do tipo somativa ou de resultados, pois trata de avaliar se o programa ou projeto produziu algum efeito sobre os seus beneficiários e, ainda, uma vez produzido, procura classificar tais efeitos.

No conceito de Sandroni (2000, p. 198), eficácia significa fazer o que necessita ser feito para alcançar determinado objetivo. Refere-se ao resultado do trabalho de um empregado, isto é, se este ou o seu produto é adequado a um fim proposto. Ou ainda, fazer a coisa certa de forma certa.

A eficácia corresponde ao resultado de um processo, todavia contempla também a orientação metodológica adotada e a atuação estabelecida na consecução dos objetivos e metas, em um tempo determinado, tendo em vista o plano, programa ou projeto originalmente exposto. A análise e constatação da eficácia estão associadas à verificação dos indicadores de eficiência.

Na falta da eficácia estamos quebrando expectativas no que era esperado de uma atitude correta, e pecando contra o nível de satisfação esperado na conformidade do processo.

2.1.6 Efetividade

A efetividade é o conceito que revela em que medida a correspondência entre os objetivos traçados em um programa e seus resultados foram atingidos.

Na opinião de Cohen e Franco (1993, p.107), a efetividade é a medida de impacto ou o grau de alcance dos objetivos. A distinção entre as duas dimensões permite realizar a Análise Custo-Efetividade. A ACE tem por finalidade determinar o grau de eficácia e eficiência relativo de distintas alternativas de um mesmo projeto ou de diferentes projetos que perseguem os mesmos objetivos.

A efetividade, então refere-se à avaliação do quanto o cumprimento das metas realmente contribuiu para o alcance do objetivo.

2.2 Planejamento Público

2.2.1 Conceitos e Métodos de Planejamento

Planejamento é a ferramenta fundamental no controle das políticas públicas, pela qual tentamos prever a probabilidade dos resultados futuros desejados, acima do acontecimento por acaso e sempre esteve presente na história da humanidade.

A atuação dessa ferramenta se verifica, basicamente através de três formas distintas e complementares, identificação de cursos de ação, divisão racional de esforços e redução da subjetividade na tomada de decisão. De acordo com Lopes (1990, p.24), o planejamento consiste, num sentido lato, em processo que estabelecem objetivos, define linhas de ação e planos detalhados para atingi-los e determina os recursos necessários à consecução dos mencionados objetivos.

Na opinião de Oliveira (2006, p.282), a idéia de planejamento surgiu há aproximadamente, um século, na Inglaterra, no campo de planejamento de cidades no final do século XIX, com objetivos de controlar o futuro, onde poderia planejar uma cidade para que fosse mais amena distribuindo espacialmente suas funções.

De acordo com o autor (2006, p. 283), uma outra vertente de planejamento apareceu com a criação da União Soviética, como planejamento econômico centralizado, onde o Estado exercia completo controle sobre os recursos e os distribuiria de acordo com o planos e metas determinados por políticos ou burocratas, com completa ausência democrática na determinação do plano.

Porém, a partir das décadas de 1930 a 1950 foi quando a Europa e os EUA, através da vertente espacial-urbanística do planejamento, encamparam o planejamento de forma mais abrangente, talvez, resultante da vertente soviética.

Para Lana I e Gomes II (1996, p.3), o planejamento econômico-social emerge na América Latina na década de 50, apoiado numa doutrina que faz do planejamento um instrumento indispensável à racionalização do processo de substituição econômica e de acumulação de capital. Essa doutrina é gerada pela CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina, que constata a necessidade da intervenção do Estado na economia a fim de melhorar as relações de troca entre os países periféricos e centrais.

O planejamento é fundamental para a sobrevivência do ser humano, na medida em que possa dar maior eficiência às atividades para obtenção de metas pré-estabelecidas. Dentro de uma organização, quer seja ela pública ou privada, possibilita proporcionar a máxima sinergia para alcançar os objetivos desejados, além de auxiliar nas prioridades e ainda, nas tomadas de decisões.

Planejamento é uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Conforme conclui Gandin (2001, p.58), “o planejamento implica em transformar a realidade existente e construir uma realidade nova. Por isso, planejar é construir a realidade desejada”.

De acordo com Merhy, (1994, p.118), Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos, planejamento é o modo de agir sobre algo de modo eficaz.

O processo de planejamento, portanto, refere-se a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados tanto na organização social pública ou privada, que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura, embora o planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro.

Conforme descreve Lana I e Gomes II (1996, p.7), Planejar passa a ser um ato político e cabe ao planejador, reconhecer seu papel político, ser técnico, mas com competência política.

Com o passar dos anos, os insucessos de alguns planos governamentais e até empresariais trouxeram muito desgaste ao planejamento. Houve momentos na década de 1980, em que administradores passaram a renegar as técnicas e tratamentos propostos pelos planejadores e, no nível dos governos nacionais, os planos foram encarados com certo ceticismo, quando não com total descrédito.

Na visão de Oliveira (2006, p.282), no Brasil, planejamento sempre esteve ligado à elaboração de planos e ao controle. Historicamente, verificamos a quantidade de planos que já foram e continuam sendo elaborados: trienais, decenais, econômicos, plurianuais, de desenvolvimento, regionais, diretores etc. Temos uma cultura de planos, com a idéia de antever e organizar o futuro, como se isso fosse possível de maneira racional e previsível.

Porém, muitos dos erros cometidos no passado favoreceram um processo de amadurecimento e serviram como lições para o aprendizado, superou mitos e fantasias que precisam ser esclarecidos e eliminados, o planejamento e os planejadores foram incorporados de forma mais pertinente ao cotidiano das práticas administrativas e adquirindo a humildade que não tinham no início.

2.2.2 O planejamento não deve ser confundido com plano.

O plano é um dos produtos final de um amplo processo de análises e acordos de determinada metodologia de planejamento; ele documenta e enuncia as conclusões desses acordos, direcionando para onde se pretende conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como se deseja articular para que as metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos ou de processos).

Na verdade, o plano é um documento formal que consolida as informações, atividades e decisões desenvolvidas no processo e deveria ser encarado como uma peça de vida efêmera, já o processo de planejamento é um conjunto de tarefas que são desempenhadas para o alcance das metas que deve ser permanente, porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar do processo.

Deve ser envolvente e permanentemente revisado dentro da instituição para se manter atual. Muitas das experiências fracassaram ou tiveram finais traumáticas porque as pessoas aderiram de forma inflexível a um documento. Já a riqueza do planejamento está no processo de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir os objetivos “o que queremos” e os “como alcançá-lo”. Este deve ser preparado de forma clara e concisa, para que possa transparecer claramente os objetivos propostos.

2.2.3 Planejamento, instrumento de gestão e os gestores envolvidos na ação.

Houve tempo em que os ditos “planejadores” se reuniam em “unidades” ou “departamentos de planejamento” para executar as ações definidas, a partir dos quais pretendiam ditar o futuro do sistema e o curso da administração.

Existiam casos de planos centralizados que, de cima para baixo (*top down*)⁶, ditavam até os detalhes da execução do trabalho, muitos são hoje lembrados de forma irônica, mas a triste realidade é que vários dirigentes sofreram nas mãos de planos que não compreendiam sua realidade e de planejadores arrogantes, distanciados da prática.

O planejamento deve ser feito pelos atores sociais envolvidos no processo, e a figura do “planejador”, deve ser vista como alguém que atua como facilitador do processo. As organizações, cada vez mais se dão conta de que é perfeitamente possível apropriar-se dos conceitos e ferramentas do planejamento, bem como das vantagens decorrentes do envolvimento das pessoas nesse processo.

O planejamento é um instrumento de gestão voltado em apoiar o desenvolvimento e sofisticação administrativa das organizações institucionais. Promover uma cultura institucional em que os agentes estão habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas é uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho.

Na medida em que o planejamento educa os agentes sociais a analisar de forma sistemática as organizações, os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las, a pensar estrategicamente vislumbrando os rumos e os caminhos possíveis, ele exerce forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos institucionais.

Nas organizações onde os funcionários são introduzidos à missão institucional, aos objetivos estratégicos e aos programas de trabalho, observa-se um maior comprometimento com os resultados, ao contrário de organizações onde os funcionários somente se preocupam em cumprir as tarefas que lhes são

⁶ CF. Antônio P. Oliveira, 2006, *Desafios do Planejamento em Políticas Públicas*, op. cit., p. 278. Decisões tomadas por autoridades que detêm controle do processo.

destinadas. Assim sendo, o planejamento é também uma forma de educação para a qualidade.

2.2.4 Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador

Planejar é toda uma visão futurista administrativa que envolve um variado número de atores para execução de determinado projeto, de entidade pública ou privada. Numa organização pode envolver vários segmentos a partir de diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios clientes.

Nessas circunstâncias, é claro que o planejamento é um processo político em busca dos pontos comuns das distintas visões de futuro e de acordos sobre as estratégias para alcançá-los. Aqueles que têm o poder num determinado momento, obviamente, têm mais chances de fazer prevalecer sua visão de futuro e métodos para alcançá-lo; mas, numa sociedade democratizada, é provável que farão acordos com os segmentos da sociedade, até como forma de reduzir a incidência de resistências ao seu plano de trabalho.

É sabido em administração, que a implementação de decisões é mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, fizeram parte da sua construção. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso, são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los.

Os atores que alguma vez se envolveram em um planejamento, sabem que a sua riqueza está na construção do processo, ou seja, de analisar e discutir o que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho, que envolve uma

gama de atores. O planejamento participativo⁷ exerce um forte poder de aglutinação de grupos e pessoas, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos demais atores sociais.

Dentro das organizações, o planejamento participativo tem o poder de criar uma nova cultura de comprometimento com a instituição. Tem-se observado que, em todas as organizações e ambientes onde se estabeleceu o planejamento como uma prática permanente participativa, desenvolveu-se uma cultura em que há maior compromisso das pessoas, para com a instituição.

A implementação do planejamento foi introduzida na gestão pública na antiga e extinta socialista União Soviética, porém, nos países capitalistas a idéia de planejamento surgiu diante da necessidade de se atingir certos objetivos econômicos e sociais que foram acrescentados ao Estado, tendo em vista da mudança de seu papel na economia.

Ao Estado coube então repensar e se adaptar à nova realidade, uma vez que além das novas funções, e assim, com o crescimento democrático, a sociedade passou a exigir que o Estado passasse a atender com mais eficiência e efetividade na prestação de serviços oferecidos pelo setor público.

Considera-se que o planejamento não é somente um trabalho periódico, ou um plano para atender um determinado período de anos, mas requer habilidade dos planejadores nos processos contínuos, com adaptações e correções cabíveis para atender as modificações necessárias com relação às condições iniciais, como para inserir as necessidades que o processo de planejamento requer.

Nas economias capitalistas o planejamento global procura dar uma visão ampla do desenvolvimento da economia, fixando objetivos e metas a atingir e

⁷ Planejamento participativo, quando toda a sociedade organizada participa das decisões governamentais, ou seja, um compromisso do governo com os cidadãos para a construção de uma cidade para todos.

procurando assegurar a consistência entre a oferta e a demanda de bens em todos os setores.

O planejamento público é imprescindível para a criação e fomentação de políticas públicas, também para o conhecimento da viabilidade de programas e projetos que visam melhorar a vida da população.

O planejamento passa por quatro fases distintas: a decisão de planejar, a formulação do plano em si (com a definição dos objetivos), que são decisões meramente políticas, o detalhamento e a implementação do plano, que podem ser examinadas do ponto de vista técnico.

Na opinião de Lafer (2003, p. 30),

A decisão de planejar é essencialmente uma decisão política, pois é uma tentativa de alocar explicitamente recursos e, implicitamente, valores, através do processo de planejamento e não através dos demais e tradicionais mecanismos de sistema político. A implementação do plano é, também, essencialmente, um fenômeno político, pois, é uma forma de se aferir o quanto da tentativa de alocar recursos e valores se efetivou ou, em outras palavras, qual é a relação num dado sistema entre política e administração. O plano em si é, de todas as fases mencionadas do processo de planejamento, a que melhor pode ser examinada de um ponto de vista estritamente técnico, pois, mormente se existir um documento escrito, o plano pode ser analisado à luz de critérios econômicos, através dos quais se testa a sua consistência interna e a compatibilidade de seus objetivos.

Ao longo da história o processo de planejamento passou por períodos de altos e baixos. No Brasil, a prática deste processo teve início nas décadas de 1940, ainda com os primeiros planos de governo do Presidente Dutra.

Para Lopes (1990, p.99), o Brasil apresenta uma história rica e relativamente longa no que toca ao relacionamento com o processo de Planejamento.

Quanto à eficácia do planejamento, Ahumada (1973, p. 78), acredita que uma das condições seria permitir a comprovação da compatibilidade entre os fins e

metas e assegurar que estas são realistas, tanto do ponto de vista técnico, com do ponto de vista político, comparando recursos existentes com as propostas.

Quantificadas as metas e fixados os meios, comprovados o seu realismo, começa a etapa de execução do plano que consiste na edição, aprovação e execução das medidas de política econômica e na construção das obras que correspondem ao setor público.

3 HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO PÚBLICO NO BRASIL, COM ÊNFASE NA SAÚDE PÚBLICA.

O planejamento foi definitivamente introduzido na América Latina com a criação, em 1948, da CEPAL⁸, órgão da ONU⁹, que construiu um pensamento próprio para estudar a realidade econômica e social dessa região, produzindo enfoques analíticos e construções teóricas específicas como a noção de subdesenvolvimento (RIZZOTTO, 2007, p. 116).

A palavra planejamento público, no Brasil tem sido usada de maneira pouco precisa para significar uma simples declaração de princípios, um programa de desenvolvimento ou um plano de desenvolvimento. A decisão de planejar é uma decisão estritamente política, em se tratando de envolver alocação de recursos orçamentários e financeiros.

O Brasil possui uma experiência muito rica na utilização de planejamento, tanto que ao longo de aproximadamente 60 anos, acumulou experiência significativa em matéria de planejamento governamental, sobretudo entre as décadas de 1940 e 1970, (RIZZOTTO, 2007, p. 122).

A tradição do Brasil em trabalhar planejamento ocorreu de fato, a partir da década de 40, conforme colocam vários autores quando os governantes passaram a utilizar o planejamento como alavanca para o desenvolvimento nacional.

No ano de 1939 o Decreto-lei 1.058 (19/01/1939) criou o chamado “Plano Especial de Obras Públicas e Aparelhamento da Defesa Nacional”. Pretendia-se, com o Plano Especial, promover a criação de indústrias básicas como a Siderurgia, executar obras públicas, consideradas indispensáveis, e efetuar o aparelhamento da defesa nacional (LOPES, 1990, p.81).

⁸ CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

⁹ ONU – Organização das Nações Unidas.

A adoção desse sistema deveu-se a estudos técnicos e científicos levados a efeito pela Organização das Nações Unidas (ONU), com objetivo de determinar as ações a serem realizadas pelo poder público escolhendo as alternativas prioritárias e compatibilizando-as com os meios disponíveis para colocá-las em execução.

O planejamento no Brasil passou por diversas tentativas a partir das últimas seis décadas, sendo que, o plano de metas devido a sua complexidade na implementação e no impacto, é considerado a primeira experiência brasileira efetivamente de planejamento governamental, porém os demais planos, são também considerados marcos históricos do planejamento público no Brasil.

Para Lopes (1990, p.82), durante o período da segunda guerra mundial, o Estado brasileiro se empenhou em administrar recursos financeiros e suprir contingenciamentos ¹⁰, em vista do Plano Quinquenal de Obras e Reparamento da Defesa Nacional (1942) e do Plano de Obras (1943). O trabalho de grupo, que ficou conhecido como “Missão Taub”¹¹, nome do chefe da equipe (Edward Taub), foi mantido em segredo até o final da guerra e depois abandonado.

O governo brasileiro recebeu apoio do governo americano, por meio da Missão Cooke, (1942-1943) ¹², objetivando realizar um levantamento das disponibilidades financeiras existentes no país, visando à participação indireta no conflito bélico e para encontrar estratégias de superação das dificuldades existentes (ALMEIDA, 2004, p. 6).

Esta missão representou o trabalho pioneiro de pesquisa analítica e sistemática realizado em relação à economia brasileira visando à formulação de um programa de ação. Pela primeira vez o país foi analisado sob uma ótica

¹⁰ Contingenciamento - Bloqueio de despesas previstas no Orçamento Geral da União, empregado pela administração federal para assegurar o equilíbrio entre a execução orçamentária e financeira.

¹¹ Missão Taub, chefiada por Edward Taub em 1942, missão técnica americana elaborou um plano decenal de investimentos para o Brasil, plano que não teve desdobramentos práticos.

¹² Missão Cooke (1942-43) apontou o setor de energia elétrica como um dos principais gargalos que restringiam o crescimento industrial do país.

regional, mostrando que pelas características regionais existentes, justificavam programas de desenvolvimento diversificados adequados para cada região.

No ano de 1948, estabeleceu-se uma comissão mista de cooperação técnica Brasil-Estado Unidos (Missão Abbink)¹³, durante o período de 1951 a 1953, que formulou um diagnóstico sobre os chamados “pontos de estrangulamento” da economia brasileira, com recomendações de ações relacionadas à infraestrutura, da criação de um banco central (ALMEIDA, 2004, p. 6).

Foram levantados os chamados “pontos de estrangulamentos” mais importantes, especialmente a especulação imobiliária não produtiva, sistema tarifário irreal nos serviços de utilidade pública e inexistência de uma estrutura adequada do mercado financeiro e de capitais no país (LOPES, 1990, p. 84).

Após estes trabalhos, concluiu-se que era preciso um esforço concentrado de todos os segmentos para desenvolver a região sul do Brasil, haja vista que esta era a região que possuía as melhores condições para o rápido crescimento econômico. Supunha-se ainda que, a partir da criação de um núcleo de desenvolvimento, este se espalharia para as outras regiões existentes no país.

O Brasil adquiriu algumas experiências em termo de planejamento governamental, partir dos anos 40, que se deram após a segunda guerra mundial, quando tivemos alguns planos implementados no país, conforme o quadro.

¹³ Missão Abbink (1948) comissão mista de cooperação técnica Brasil-Estado Unidos, chefiado por John Abbink, efetuou trabalhos na agricultura, comércio, eletricidade, indústria, mineração, transportes, sistema financeiro, etc.

Quadro 1 - Relação dos Planos e Programas de Desenvolvimento Propostos para o Brasil (1948-1979).

DESCRIÇÃO	FORMULAÇÃO/ COORDENAÇÃO	ANO DE APRESENTAÇÃO E PERÍODO DE VIGÊNCIA	PRESIDENTE EM EXERCÍCIO
1. Plano SALTE	Mário de Bittencourt Sampaio	1948 (1949-1953)	Eurico Gaspar Dutra
2. Plano de Metas	CEPAL/BNDE/Lucas Lopes/Roberto Campos/Lúcio Meira	1955 (1956-1961)	Juscelino Kubitschek de Oliveira
3. Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico Social	Celso Furtado/Santiago Dantas	1962 (1963-1964)	João Goulart
4. Programa de Ação Econômica do Governo – PAEG	IPEA/Roberto Campos e Otávio Gouvêa de Bulhões	1964 (1964-1966)	Castelo Branco
5. Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social	IPEA/Mário Henrique Simonsen/Roberto Campos	1966(1967-1976)	Castelo Branco
6. Programa Estratégico de Desenvolvimento – PED	IPEA/Hélio Beltrão	1968 (1968-1970)	Arthur da Costa e Silva
7. Programa de Metas e Bases para a Ação do Governo	IPEA/Reis Velloso	1970 (1970 – 1973)	Emílio Garrastazu Médici
8. Plano Decenal de Desenvolvimento – PND I	IPEA/Reis Velloso	1972 (1972 - 1974)	Emílio Garrastazu Médici
9. Plano Decenal de Desenvolvimento – PND II	IPEA/Reis Velloso e Severo Gomes	1974 (1975 – 1979)	Ernesto Geisel
10. Plano Decenal de Desenvolvimento – PND III	IPEA	1979 (1980 – 1985)	João Baptista de Oliveira Figueiredo

Fonte: RIZZOTO, com base em: BRASIL (1950; 1958; 1962; 1964; 1966^a; 1966^b; 1968; 1970; 1971; 1974; 1980).

Portanto, até a promulgação da atual constituição, competia ao Poder Executivo elaborar um Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), um orçamento plurianual de investimentos e três orçamentos anuais, o Orçamento

da União, o Orçamento Monetário e o Orçamento das Empresas Estatais. Atualmente, o governo utiliza técnicas de planejamento e programação de ações que são condensadas no chamado Sistema de Planejamento Integrado.

3.1 Governo do Presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950)

O presidente Eurico Gaspar Dutra que governou o país de 31 de janeiro 1946 a 31 de janeiro de 1951, baixou medidas austeras cambiais para restringir as importações. No seu governo foi criado o Plano Salte desenvolvido em 1948, que envolvia vários ministérios do governo federal. O plano era uma tentativa de coordenar os gastos públicos mediante um programa plurianual de investimentos foi encaminhado e apresentado ao Congresso Nacional em 1948, porém, aprovado somente atenderia os exercícios de 1950 a 1954.

O plano representava a soma de sugestões dos Ministérios e dava prioridade nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, denominando a sigla SALTE. Os recursos para a sua implementação seriam provenientes da receita federal e de financiamentos oriundos do exterior, a título de empréstimos.

Enquanto no mundo capitalista desenvolvido, especialmente nos países europeus envolvidos na reconstrução do pós-guerra, o planejamento estatal estava sendo intensamente utilizado.

Este Plano é considerado como a primeira tentativa de programação econômica no período pós-guerra no Brasil, embora sem ser considerado um plano econômico completo, mas sim um programa que consistiu-se na tentativa de organizar os gastos públicos em áreas consideradas problemáticas.

Baer (1983, p.52), menciona que, O Plano Salte pode ser encarado como uma reação à ênfase dada pela missão Cooke à necessidade de industrialização e ao surto generalizado de desenvolvimento industrial do período da guerra, que tornava a economia cada vez mais defasada em outros setores (como nos

transportes, energia, suprimento alimentar e saúde), fazendo aparecer inúmeros pontos de estrangulamento.

O Plano Salte foi o primeiro ensaio de planejamento econômico no Brasil, elaborado em 1948, durante o governo Dutra. Representava a soma de sugestões dos vários ministérios, sendo coordenado em termos administrativos e contábeis pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP).

Como o governo do Presidente Dutra não conseguiu garantir as fontes de financiamento, em menos de um ano o Plano Salte foi interrompido. Isto ocorreu, devido às estimativas de receita e possibilidades de empréstimos excessivamente otimistas, uma vez que os planejadores econômicos não contaram com as dificuldades no Balanço de Pagamentos, que reduziram as possibilidades de financiamento do plano com a eliminação de reservas financeiras.

Na área da saúde, que é o caso em destaque, o Plano Salte pretendia melhorar o nível sanitário da população, o governo Dutra fez uma campanha de erradicação da malária em 11 estados da federação, na Baixada Fluminense e na bacia do rio São Francisco. Também nesse período, no Rio de Janeiro, foi concluída a construção do Hospital dos Servidores do Estado.

No governo Dutra, o Plano Salte deu grande ênfase para o setor da saúde, pelo volume de recursos previstos para gastos com despesas nesta área, o valor previsto de Cr\$ 2,6 trilhões, para o quinquênio de 1949-1953, onde 85,49% deste deveriam vir do orçamento federal e apenas 15% oriundos de empréstimos e divisas (RIZZOTTO, 2007, p.124).

Para dar conta dos desafios de reduzir a mortalidade infantil, que ultrapassava a casa dos 350/1.000 (trezentos e cinquenta para mil casos), em algumas capitais como Fortaleza - e aumentar à vida média dos brasileiros, que era seis vezes menor que em outros países - seriam mantidas as mesmas atividades de saúde pública, e deveria ser “desenvolvido um harmônico programa de assistência médico-hospitalar, em obediência ao princípio de que a amplitude

dos benefícios a serem prestados em cada região variará de acordo com o respectivo valor econômico e as maiores necessidades dela” (BRASIL, 1950, p. 6-9)¹⁴.

Para Baer (1996, p.53) a natureza do Plano Salte não era realmente global, pois não continha metas para o setor privado ou de programas para agir sobre ele. Tratava-se, basicamente, de um programa de dispêndio público abrangendo um período de cinco anos. Apesar disso, teve o mérito de chamar a atenção para os setores da economia que estavam atrasados relativamente à indústria e que, desse modo, poderiam vir a embaraçar o crescimento futuro.

Portanto, diante do exposto, concluiu-se que o plano Salte não era considerado um plano econômico completo, e sim uma organização de gastos públicos, sem ser implementado integralmente, em função das dificuldades financeiras, devido carência de recursos externo. Ele não dispunha de metas para o setor privado ou programas que o influenciassem.

3.2 Governo do Presidente Getúlio Vargas, (1951-1954).

O governo do Presidente Getúlio Dornelles Vargas, extremamente nacionalista e populista, retornou ao governo do país (1951-1954), com forte controle da economia, estimula a produção interna, veta a entrada de capital estrangeiro, investe na poupança interna, nas indústrias, dá muita ênfase para os sindicatos e cria o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico (BNDE, atual BNDES).

O governo do presidente Vargas daria continuidade nos projetos iniciados ainda no governo Dutra, referente a estratégias de desenvolvimento econômico. Criando então, (1952) para ser o sustentáculo na gestão do governo, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), sob recomendações da Comissão Mista Brasil-Estados Unidos (CMBEU), com

¹⁴ Rizzotto (apud BRASIL, 1950, p.6-9) chegou às mesmas conclusões.

objetivos de financiar projetos relevantes, para implementação das políticas fundamentais na economia da industrialização brasileira.

Na política desenvolvimentista que caracterizaria seu último mandato, o planejamento dos investimentos foi incentivado pela Comissão Mista Brasil-Estados Unidos para o Desenvolvimento Econômico, que funcionou de 1951 a 1953 e levou à criação do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico (BNDE), (SANDRONI, 2000, p. 628).

Na busca de solução da escassez de petróleo, devido à grande dependência externa, acabou resultando num grande envolvimento do Brasil no domínio econômico, assim, em 1953, após grande agitação nacionalista, criou a Petrobrás, estabelecendo o monopólio estatal na extração e refinação de petróleo, permitindo apenas que as refinarias já existentes continuassem a operar em limites estabelecidos pelo governo (SANDRONI, 2000, p. 629).

Entre 1953 e 1955, tivemos um período extremamente profícuo em termos de planejamento no Brasil, momento em que técnicos do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) e da Cepal.

“empenharam-se em um esforço de planejamento global. A elaboração de uma série de planos de desenvolvimento e os debates que se sucederam em todo o país fizeram com que se disseminasse a tese de que o desenvolvimento deveria ser perseguido pelo governo com a obtenção de elevadas taxas de crescimento em período relativamente curto” (BAER, 1983, p. 53).

A Saúde Pública na era Vargas, conforme matéria do (Caderno de Saúde Pública, 2007, p. 1244), destaca-se a criação, consolidação e ampliação gradual do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), (1942-1960), que posteriormente se converte na Fundação Serviço Especial de Saúde (FSESP), sob a estrutura do então Ministério da Educação e Saúde (MES) do Brasil respaldava-se num acordo entre os governos norte-americano e brasileiro, e realizava suas políticas em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA).

De acordo com a mesma edição, o SESP financiado por recursos nacionais e internacionais, se reestruturou e redefiniu suas atividades centradas no saneamento ambiental e controle da malária em áreas produtoras de matérias-primas estratégicas para os Estados Unidos. Assim, foram descritos os pilares de sustentação do novo projeto de saúde pública do SESP no Brasil, capacitação de pessoal de saúde; educação sanitária; estabelecimento de uma rede horizontal integrada de unidades de saúde; e expansão desta rede pelos departamentos estaduais de saúde.

Embora tenha sido um ditador e ter governado o Brasil com medidas austeras e populistas, a era “Vargas” foi marcado por investimentos, criando diversas obras, desenvolvimento do parque industrial brasileiro, tomou medidas favoráveis aos trabalhadores. Na política econômica gerou empregos no país com adoção de medidas que beneficiaram os trabalhadores brasileiros.

3.3 Governo do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, (1956-1960).

O Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, (1956-1960), prometeu cinquenta anos de progresso em cinco anos de governo. Pode-se dizer que foi um período de grande desenvolvimento industrial no país. O seu governo foi denominado de “nacionalismo desenvolvimentista”. Diferenciava-se do nacionalismo de Getúlio Vargas, porém, baseava-se também no capital estrangeiro.

O Programa ou Plano de Metas era um equilíbrio contraditório entre o discurso nacionalista desenvolvimentista e realizações econômicas fundamentadas na abertura ao capital externo.

Conforme as conclusões de Lopes (1990, p.85), no dia 1º de fevereiro de 1956, após a posse do novo Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, era instituído por Decreto o Conselho de Desenvolvimento, com as seguintes atribuições:

- Estudar as medidas necessárias à coordenação da política econômica do País, particularmente no tocante ao seu desenvolvimento econômico.

- Elaborar planos e programas que visem a aumentar a eficiência das atividades governamentais, bem como a fomentar a iniciativa privada.

- Analisar relatórios e estatísticas relativos à evolução dos diferentes setores da economia do País com o propósito de integrá-los na formação da produção nacional.

- Acompanhar e assistir a implementação, pelos ministérios e Bancos Oficiais competentes, de medidas e providências concretas cuja adoção houvesse recomendado.

Assim, o Programa de Metas foi construído a partir de estudos realizados pela Cepal, em conjunto com técnicos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), além do trabalho desenvolvido pela Comissão Mista Brasil-EUA e o Conselho Nacional de Desenvolvimento, que tinham como objetivo analisar a economia brasileira e projetar o desenvolvimento para os anos seguintes (RIZZOTO, 2007, p. 127).

No governo Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1960), o referido plano foi proposto antes mesmo de iniciar o governo, com um notável avanço na sua concepção e uma coordenação racional da ação do Estado no estímulo aos diversos setores da economia, em geral na área industrial e nos pontos de estrangulamento já anteriormente detectados.

Valendo-se de várias hipóteses, Lafer (2003, p.37) constata que:

[...] o Plano de Metas, elaborado sob a responsabilidade de Lucas Lopes e de Roberto Campos, trabalhado em conjunto com o BNDE e também de um Conselho Nacional de Desenvolvimento, criado após a posse do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, procurou identificar os setores carentes de investimentos, quer seja pelo Estado ou pela iniciativa privada, ou também pelo capital estrangeiro, definindo em cada setor um objetivo para cada meta. A quantificação desse objetivo, em regra geral, foi feita da seguinte maneira: foram elaborados estudos das tendências recentes da demanda e da oferta do setor e, com base neles, projetou-se, por extrapolação, a composição provável da demanda nos próximos anos, na qual também se considerou o impacto do próprio plano de metas. Os resultados dessa extrapolação é que permitiram a fixação de objetivos quantitativos a serem atingidos durante o quinquênio.

Esses objetivos foram testados e revistos durante a aplicação do plano, por meio do método de aproximações sucessivas que constituiu, por assim dizer, o mecanismo de feedback do plano de metas, conferindo-lhe as características de um planejamento contínuo.

O plano tinha como prioridade o planejamento de trinta e uma metas, atendidas em cinco pontos básicos: energia, transporte, alimentação, indústria de base e educação, que entraram mais tarde, devido à necessidade de capacitação dos trabalhadores para a indústria. A construção de Brasília era a 31ª meta, considerada a meta-síntese do governo.

A taxa de crescimento do PIB¹⁵ foi de 7% no período (1955-1961), contra apenas 5,2% nos períodos precedentes, sendo as taxas per capita de 3,9 e 2,1% (LAFER, 2003, p. 42). Setorialmente, o produto industrial cresceu 11,3% ao ano, ao passo que o agrícola à taxa mais modesta de 5,8%. A tabela esboça as taxas setoriais de crescimento.

Tabela 01 - Taxas de Crescimento do Produto e Setores Plano de Metas (1955-1961).

Ano	PIB	Indústria	Agricultura	Serviços
1955	8,8	11,1	7,7	9,2
1956	2,9	5,5	-2,4	0
1957	7,7	5,4	9,3	10,5
1958	10,8	16,8	2	10,6
1959	9,8	12,9	5,3	10,7
1960	9,4	10,6	4,9	9,1
1961	8,6	11,1	7,6	8,1

Fonte: IBGE

Com objetivo de realizar modificações na estrutura econômica do país e provocar impactos, o Plano de Metas promoveu o planejamento econômico em escala nacional.

O governo de JK desenvolveu uma política visando atrair capitais estrangeiros e tecnologia, trouxe o setor automotivo vislumbrando a capacidade de estimular

¹⁵ PIB - representa a soma de todos bens e serviços durante um período determinado.

o crescimento de indústrias montadoras, gerando muitos empregos paralelos nas indústrias complementares. Com a criação do Grupo Executivo da indústria Automobilística (Geia), atraindo o parque para a região do ABC paulista.

O Plano de Metas não deu uma devida importância à agricultura e relegou a exploração da terra e a reforma agrária a um segundo plano, embora houvesse estudos a respeito, a proposta do governo JK era de impulsionar o desenvolvimento da indústria e geração de novos empregos.

Para Lopes (1990, p. 86), o desenvolvimento alcançado no Plano de Metas, cujo crescimento deixou como herança uma estrutura industrial com potencial de desenvolvimento, principalmente na região sudeste. Houve ainda um segundo custo, este mais grave e imediato: a eclosão das taxas de inflação a níveis sensivelmente superiores à média histórica. Um surto inflacionário e sem precedentes passava a comandar as preocupações do País.

Com relação à política pública relacionada à área da saúde pública no Brasil, o Programa de Metas pouco fez, não havendo um envolvimento do setor público apesar de graves problemas sanitários persistirem e da inexistência da rede de serviços de saúde que pudessem atender a população.

A ausência do setor saúde no Programa de Metas pode ser atribuída a uma perspectiva que tomava como medida de saúde a mortalidade infantil e a mortalidade geral, cujos índices vinham reduzindo no período posterior à Segunda Guerra Mundial (a mortalidade infantil, em 1930, era de 162,4/1.000; em 1945, 144/1.000; e em 1955, 128,2/1.000). Segundo o IBGE, nesse período a redução de mortalidade nos países em desenvolvimento decorria de ações de saúde, pelo combate à malária e outras doenças infecciosas e endêmicas (RIZZOTTO, 2007, P. 129).

A inércia do governo relacionado com o estado de saúde da população era grande. “A revolução na saúde pública que se verificou após os anos 30, e principalmente após 1940, parecia fornecer a chave para a solução dos problemas da alta mortalidade nos países subdesenvolvidos, sem depender do

desenvolvimento econômico e melhoria dos padrões de vida que acompanharam a transição demográfica nos países desenvolvidos” (IBGE, 1999, p. 9)¹⁶. E ainda, entre 1935 e 1960, a diferença na esperança de vida entre a América Latina e a Europa Ocidental estreitou-se de 20 para apenas 10 anos, sem que houvesse um grande crescimento econômico correspondente.

Nota-se então, que o Estado creditava a assunção do sistema de saúde ao sistema previdenciário, financiado pelos trabalhadores e empregadores, pela filantropia ou individualmente.

Assim, na concepção de Lafer (2003, p.49), embora com toda a controvérsia gerada no governo JK, é possível dizer que o Plano de Metas foi um caso bem-sucedido na sua formulação e implementação de planejamento.

3.4 Governo do Presidente João Goulart (1963-1965)

O presidente Jânio Quadros eleito para governar o Brasil no período (1961-1965) teve uma atuação meteórica e pouco fez, porém, criou a Comissão Nacional de Planejamento (COPLAN), e renunciou-se logo em outubro do mesmo ano (1961), porém, após período turbulento, toma posse o Presidente João Goulart.

Com a posse o Presidente João Goulart, em 28 de setembro de 1962, este elegeu o economista Celso Furtado, como Ministro Extraordinário para o Planejamento, para que preparasse o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (LOPES, 1990, p. 88).

Assim, o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social foi elaborado em regime de urgência para subsidiar a ação econômica do governo do presidente João Goulart, pela equipe do economista Celso Furtado. Sofreu um forte impacto, devido à fase turbulenta que atravessou o país, como inflações e

¹⁶ Rizzotto (Apud IBGE, 1999, p.9) de acordo com as mesmas conclusões.

crises políticas, além de retomar o crescimento em torno de 7% a.a. e a pretensão de contemplar alguns objetivos distributivistas. Estavam previstas, as realizações das chamadas “reformas de base” (administrativa, bancária, fiscal e agrária) e, o reescalonamento da dívida externa (LAFER, 2006, p. 51-68)¹⁷.

Para Sandroni (2000, p. 471), este Plano caracterizou-se ainda pelo seu caráter global e pelo fato de ter se ajustado ao quadro das motivações que levam o Estado a participar diretamente do processo de formação de capital em suplementação ao setor privado. O seu objetivo era “planejar um plano que permitisse um desenvolvimento econômico rápido e simultaneamente agilizasse uma rápida estabilização nos preços”.

Este plano foi considerado um marco histórico no planejamento brasileiro, uma vez que ultrapassou a concepção plurisetorial, determinando linhas de ação com projeções globais da economia.

Para compreender que o Plano Trienal procura, sem dúvida, estabelecer uma nova técnica de formação e tomada de decisões e de coordenação de atividades (LOPES, 1990, p. 88), explicita seus quatro objetivos gerais:

- Manutenção de uma elevada taxa de crescimento do produto.
- Redução progressiva taxa inflacionária.
- Redução do custo social do desenvolvimento e melhor distribuição de seus frutos.
- Redução das desigualdades regionais de níveis de vida.

Os tipos de investimentos priorizados no Plano Trienal incluíam a ampliação da base de recursos naturais economicamente utilizáveis, o aperfeiçoamento do fator humano, investimentos sociais do setor público, e investimentos estruturais e infra-estruturais para o setor privado.

O país que vinha de uma fase de crescimento elevado no governo de JK, no Plano Trienal conheceu uma queda acentuada, e assim, com objetivo de

¹⁷ Cf. Roberto B. M. Macedo, “Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965)” in Mindlin Lafer, org. *Planejamento no Brasil*, op. cit. p 51-68, 5ª ed.

vencer a inflação e de promover o desenvolvimento, além do pífio crescimento da economia e por sucessivos déficits no balanço de pagamentos, comprometeu a dívida externa brasileira.

Para Bresser Pereira (1998, p.144), o Plano Trienal não teve condições políticas para ser aplicado, dada a crise que o país atravessava no início dos anos 60 e que acabou culminando com o golpe militar em 1964. O Plano Trienal conseguiu sobreviver apenas até meados de 1963, quando todo o ministério de João Goulart foi substituído.

Os objetivos contraditórios do Plano Trienal, somados a aceleração do processo inflacionário (73% em 1963, contra 25% previstos no Plano), condenaram-no ao fracasso antes mesmo que o governo Goulart fosse derrubado numa conspiração militar. A economia cresceu apenas 0,6% em 1963, como reflexo do baixo nível de investimentos realizado no período: na verdade, os investimentos privados cresceram 14% nesse ano, mas eles tinham caído 10% no ano anterior, contra um decréscimo de 18% nos investimentos públicos em 1963 (ALMEIDA, 2004, p. 13).

Tabela 2 - Produto e inflação (1961-1965)

Ano	Crescimento do PIB (%)	Crescimento da Produção industrial (%)	Taxa de inflação (%)
1961	8,6	11,1	33,2
1962	6,6	8,1	49,4
1963	0,6	-0,2	72,8
1964	3,4	5,0	91,8
1965	2,4	-4,7	65,7

Fonte: IBGE

De um modo geral, o que se constata no Plano Trienal quanto ao problema da inflação é que, ao lado de um diagnóstico limitado do processo inflacionário, não se tinha na época um maior conhecimento das limitações dos instrumentos de política econômica que se pretendia utilizar (LAFER, 2003, p. 60).

Com relação ao plano na área da saúde, destaca Rizzotto (2007,p. 130), apesar de o Plano Trienal não ter sido implementado, foi importante analisar suas propostas para o setor saúde, em face do momento político em que foi formulado. Acredito que aspectos da política de saúde pensados naquele momento histórico ficaram latentes na sociedade durante o regime militar, reemergindo nas discussões do Movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980 e no processo de redemocratização do país.

A autora destaca ainda:

[...] o setor saúde era apresentado como uma atividade de governo que expressava o desenvolvimento social. Partia-se do diagnóstico de que o processo de industrialização e a conseqüente urbanização haviam provocado “apreciáveis melhorias “nas condições gerais de saúde da população, expressas no declínio da mortalidade geral e no incremento do crescimento demográfico no período de 1950-1960. Contudo, admitia que os serviços médico-sanitários estavam concentrados nos aglomerados urbanos, permanecendo desassistida a população rural. Os formuladores do Plano Trienal entendiam que “os padrões de saúde de uma comunidade estão na dependência dos níveis econômicos atingidos pela mesma e expressos na renda média individual ou familiar”¹⁸. Rizzotto (*apud* Brasil, 2007, p.130)

Tendo, então, a definição das diretrizes da política de saúde deveria estar de acordo com os dados da realidade econômico-social. Desconsiderar os fatores econômicos “estaria certo contribuindo para entreter o desperdício de recursos e o baixo rendimento da rede assistencial brasileira”¹⁹(BRASIL, 1962, p. C-1-2 – 2).

Politicamente o país estava em ebulição, o ano de 1962 foi marcado por muitos acontecimentos. O regime parlamentarista preocupava com a finalidade de contornar a crise em torno da renúncia de Jânio Quadros em 1961, a campanha do plebiscito sobre o parlamentarismo e o debate sobre as reformas de base, então, contribuíram para conturbar o ambiente político na Nação.

¹⁸ RIZZOTO, M.A Saúde os Planos de Desenvolvimento no Brasil. São Paulo: Xamã, 2007, p.130.

¹⁹ *Ibid.* p.130.

Portanto, mesmo falhando na execução de uma política antiinflacionária e sem muitas condições de atuar sobre os investimentos, não se pode desprezar a contribuição do Plano Trienal (LAFER, 2003, p. 67).

Pode-se dizer, que o Plano Trienal não alcançou seus objetivos de promover o desenvolvimento e vencer a inflação, embora sua contribuição fosse positiva em se tratando de intensificar o esforço de planejamento no Brasil.

3.5 Governo do Presidente Castelo Branco - PAEG (1964-1967)

O regime político iniciado em abril de 1964 começou a atuar em clima de estagnação econômica e de aceleração inflacionária na gestão do general Castelo Branco (1964-1967), O Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), teve a sua implantação a partir da instauração do regime militar em 1964. Este surgiu como uma reação das classes conservadoras contra as posições reformistas contidas no Plano Trienal.

Este foi o primeiro plano do regime militar no Brasil. Conforme o próprio nome indica, trata-se de um programa de ação emergencial, ou melhor, um plano de estabilização para ser executado em dois anos, com algumas estratégias de desenvolvimento, pois, segundo seus formuladores, não havia tempo e informações estatísticas suficientes que permitissem a elaboração de um refinado plano global de desenvolvimento (RIZZOTTO, 207, p. 132).

Elaborado para o período de 1964-1966 pelos ministros Roberto Campos (Planejamento) e Otávio Gouvêa de Bulhões (Fazenda), tinha objetivo de interpretar o desenvolvimento recente do país e formular uma política capaz de eliminar as fontes internas de estrangulamento que havia bloqueado o crescimento econômico desde 1962 (SANDRONI, 2000, p. 442).

Assim, o PAEG conseguiu implantar e realizar reformas importantes, tais como, a reforma bancária, com a criação do Banco Central, a reforma do mercado de

capitais; a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Banco Nacional de Habitação (BNH) e a instituição da correção monetária, que outros governos não conseguiram.

Conforme conclui o autor, Lopes (1990, p.90), os objetivos do PAEG são praticamente os mesmos de Plano Trienal, como se pode ver:

- Acelerar o ritmo do desenvolvimento econômico.
- Conter progressivamente o processo inflacionário.
- Atenuar os desníveis econômicos setoriais e regionais (mediante a melhoria nas condições de vida).
- Assegurar oportunidades de emprego.
- Corrigir a tendência a déficits descontrolados do balanço de pagamento.

O Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), assumiu uma posição menos reformista, com traços predominantemente liberais e propostas de caráter ortodoxo, mas sem abandonar a interferência governamental na economia, justificando a ação estatal contida no plano a partir das deficiências do sistema de preços.

No entender de Martone²⁰ in Lafer (2003, p.69), “O PAEG optou por um combate progressivo ou gradual à inflação” e postulou “a manutenção da participação do trabalho (cerca de 65% em 1960) no produto a custo de fatores, meta que seria cumprida por meio de uma adequada política salarial”, ademais de objetivar “atenuar as desigualdades regionais de renda através da concessão de caráter prioritário aos investimentos no Norte e Nordeste”. Ele procurou, por outro lado, incentivar as exportações, via política cambial, e os investimentos estrangeiros.

Para Sandroni (2000, p.442), A inflação estaria provocando uma instabilidade no sistema, na medida em que se manifestaria uma expectativa de insegurança no meio empresarial, resultando num decréscimo no nível dos investimentos. O

²⁰ Celso L. Martone, “Análise do Plano de Ação Econômica do Governo, PAEG (1964-1966)” in Lafer, op. cit., p. 69-89, 5ª ed. (2003).

diagnóstico oficial identificava duas origens do processo inflacionário. A origem da inflação de custos, que era localizada no processo de substituição de importações, incentivado por barreiras alfandegárias e a inflação de demanda, que teria origem na inadequação da distribuição de renda.

O PAEG reduziu de fato a inflação, embora em proporções inferiores àquelas que ele próprio tinha estabelecido como limites anuais (25% em 1965 e 10% em 1966) e tampouco conseguiu realizar altas metas de crescimento (ALMEIDA, 2007, p.14).

Tabela 3 - Produto e inflação (1964-1968)

Ano	Crescimento do PIB (%)	Crescimento da Produção industrial (%)	Taxa de inflação (%)
1964	3,4	5,0	91,8
1965	2,4	-4,7	65,7
1966	6,7	11,7	41,3
1967	4,2	2,2	30,4
1968	9,8	14,2	22,0

Fonte: IBGE

Apesar disso, segundo o PAEG, o Estado não elimina o papel da livre empresa e do mecanismo de preços, ele age apenas como regulamentador e tem um caráter meramente indicativo.

Talvez mais importante do que suas realizações econômicas, o PAEG permitiu a implementação de amplo programa de reformas institucionais, nos planos fiscal (tributário-orçamentário), monetário-financeiro, trabalhista, habitacional e de comércio exterior. No campo tributário, as mudanças atingiram quase todos os impostos (inclusive tarifas aduaneiras), operando-se a substituição dos velhos tributos sobre a produção e o consumo (como Selo e Vendas e Consignações) pelo IPI e pelo ICM (ALMEIDA, 2004, p.15).

De modo geral, na opinião de Almeida (2004, p.15) o PAEG, mesmo não alcançando as metas previstas, logrou um nível razoável de estabilização

econômica, realizou uma importante reforma do Estado nas áreas gerencial e orçamentária, preparando, portanto, as bases para o crescimento do país no período subsequente. No lado menos brilhante da herança deixada, do ponto de vista dos instrumentos macroeconômicos, deve ser registrado o instituto de correção monetária, que permeou as reformas realizadas naquela oportunidade e que sustentou a tolerância inflacionária em que o país passou a viver.

Seus efeitos foram basicamente institucionais, consistindo numa ampla reorganização da ação do Estado e preparando-o para as próximas etapas de alto Intervencionismo governamental na economia, contra a própria filosofia econômica do regime em vigor, a começar por um sensível aumento da carga tributária (FISHLOW²¹, 2004, p.21).

Em que pese às contradições internas à estratégia de política econômica formulada no PAEG, é notório que o plano representou uma mentalidade das autoridades governamentais em relação ao problema inflacionário, que foi encarado seriamente pela primeira vez e foi objeto de uma ação coordenada e incisiva do Governo.

Naquilo que se refere ao setor de saúde pública, o PAEG apresentava um diagnóstico sucinto destacando: baixo nível de saúde da coletividade brasileira, com uma alta mortalidade de pessoas com idade inferior a 50 anos e elevada incidência de doenças transmissíveis: substancial desnível entre os padrões de saúde das coletividades; alta mortalidade infantil entre crianças abaixo de 5 anos (50% dos óbitos registrados); e evidência de melhora do padrão de saúde em municípios como São Paulo e Guanabara (RIZZOTTO, 2007, p. 132).

Então, diante desse quadro, a ação do governo deveria obedecer aos seguintes critérios: promover e auxiliar os programas mais rentáveis e que beneficiassem o maior número de pessoas; promover o preparo de pessoal qualificado em todos os níveis, dando atenção especial à formação do pessoal auxiliar; e assegurar a colaboração de todas as instituições que recebiam

²¹ Albert Fishlow, *Desenvolvimento no Brasil e na América Latina: uma perspectiva histórica*, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004, p. 21.

auxílio da União para o mesmo programa, a fim de evitar o desperdício observado quando diversos órgãos executam atividades semelhantes e sem coordenação nas mesmas áreas. Tais ações deveriam ser executadas de acordo com uma ordem de prioridade, sendo:

1º) controle das doenças transmissíveis; 2º) ampliação da rede de unidades locais de saúde para o combate às doenças transmissíveis; e 3º) localização de unidades de prestação de serviços especializados, como de assistência médica, em pontos estratégicos regionalmente (BRASIL, 1964)²².

Na concepção de Rizzotto (2007, p.133), para operacionalizar o programa de saúde e estabelecer critérios para a distribuição dos recursos existentes, foi realizada uma classificação das vilas e cidades em quatro grupos, sendo que a cada uma correspondia em sistema de saúde pública:

Grupo 1: destinado à população rural e cidades e vilas com menos de 2 mil habitantes. Para este grupo estava prevista a existência de centros de comunidade – nos quais a “uma professora polivalente seriam atribuídos rudimentos de educação sanitária, primeiros cuidados e prática de algumas imunizações de técnicas mais elementares, assistida eventualmente por auxiliares” (BRASIL, 1964, p.216)²³.

Grupo 2: cidades e vilas de 2 mil a 15 mil habitantes – onde haveria um posto médico com uma equipe de médicos, auxiliar de enfermagem, auxiliar de laboratório e servente, os quais deveriam realizar cuidados materno-infantis, educação sanitária, controle de doenças transmissíveis e assistência médica.

Grupo 3: cidades e vilas de 15mil a 20 mil habitantes. Neste grupo, previa-se a criação de centro de saúde no qual deveriam ser desenvolvidos programas de saneamento, educação sanitária, enfermagem de saúde pública e epidemiologia, controle de doenças transmissíveis, tuberculose, doenças venéreas e degenerativas, cuidados materno-infantis e escolar, entre outros.

Grupo 4: cidades com mais de 20 mil habitantes. As ações deste grupo deveriam “compreender a integração das atividades de saúde pública,

²² Rizzotto (Apud Brasil, 2007, p.132) de acordo com as mesmas conclusões.

²³ *Ibidem*, p. 133.

articulando iniciativas públicas e privadas e, sobretudo, estendendo sua ação normativa, complementar e supletiva a toda a rede de saúde referida nos grupos anteriores” (BRASIL, 1964, p. 217)²⁴.

Portanto, esta forma de organizar o setor saúde, cujos repasses de recursos e estrutura de serviços eram feitos com base em critérios de concentração populacional, criava na oferta de serviços uma diferença que penalizava a população rural e das pequenas cidades.

O programa indicava que “a cada agrupamento da população corresponde um sistema de saúde, variando desde aquele em que, pela sua dispersão, muito pouco é possível fazer até o que comporta os mais refinados processos da moderna técnica médica” (BRASIL²⁵, 1964, p. 216).

Mas havia, ainda, no programa, uma preocupação com o acesso a produtos farmacêuticos (medicamentos), indicando para a população assalariada a alternativa do seguro saúde, bem como o estímulo à criação de indústria químico-farmacêutica para a produção de matérias-primas necessárias à fabricação de medicamentos, o que reduziria os custos de importação, melhorando, inclusive, o balanço de pagamentos (RIZZOTTO, 2007, p. 134).

Finalizando, sob a ótica da mesma autora, o conjunto da proposta apresentada para o setor saúde, no PAEG, tanto no que se refere à estrutura de serviços como à responsabilização pelo financiamento, revela uma perspectiva de fragmentação do sistema e a ausência de uma proposta de política nacional de responsabilidade do Estado. Além disso, mantém-se a perspectiva de que ao Estado cabem as ações de saúde coletiva e ao indivíduo, a responsabilidade pelo acesso aos serviços individuais.

Talvez até mais importante do que suas realizações econômicas, o PAEG permitiu a implementação de amplo programa de reformas institucionais, nos

²⁴ RIZZOTTO, M.A Saúde os Planos de Desenvolvimento no Brasil. .São Paulo: Xamã, 2007, p.133.

²⁵ *Ibidem*, idem, p.133.

planos fiscal (tributário-orçamentário), monetário-financeiro, trabalhista, habitacional e de comércio exterior.

3.6 Governo do Presidente Costa e Silva - Plano Decenal (1967-1969)

O governo do marechal Costa e Silva (1967-1969) recebeu de herança um Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, elaborado nos últimos dias do governo Castelo Branco (1964-1967), a partir de solicitação do então ministro do Planejamento, Roberto Campos, ao então presidente do IPEA, João Paulo Reis Velloso. O plano comportou duas partes: “um documento de análise global, que era um modelo macroeconômico para o desenvolvimento do Brasil num espaço de dez anos (regido pelo economista Mário Henrique Simonsen), e um conjunto de diagnósticos setoriais, sob responsabilidade do próprio IPEA, que servia de base para as ações propriamente programáticas” (ALMEIDA, 2004, p. 17).

O Plano Decenal incluía orçamentos regulares com previsões de investimento para a administração central do governo federal, agências autônomas e sociedades de economia mista; orçamentos específicos para governos estaduais e municipais dentro dos setores examinados no plano e as projeções estimadas dos investimentos do setor privado.

No que tange ao setor saúde, o documento setorial do Plano Decenal apresenta duas seções, conforme contempla Rizzotto (*apud*, Brasil, 2007, p.135):

[...] Na primeira, denominada “análise do nível de saúde”, realiza um amplo diagnóstico da situação de saúde a partir da utilização de um conjunto de indicadores, estabelecendo comparações dos dados nacionais e de 18 capitais com dados de países de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico como México, Dinamarca e Estados Unidos. Os indicadores utilizados foram: taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil, mortalidade proporcional, vida média ao nascer, vida média na idade de um ano, vida média economicamente produtiva na idade de 15 anos, taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, taxa de mortalidade por diarreias infecciosas entre crianças com menos de 5 anos, taxa de mortalidade por tuberculose do aparelho respiratório, taxa de mortalidade por gripe e pneumonia, taxa de mortalidade por sarampo, taxa de mortalidade por tétano, taxa de mortalidade por

neoplasias malignas, taxa de mortalidade por arteriosclerose das coronárias, taxa de mortalidade por lesões vasculares do sistema nervoso central e taxa de mortalidade por acidentes. Na segunda seção, de “análise do sistema de proteção e recuperação da saúde”, destaca-se as responsabilidades legais da União, estados e municípios; a organização institucional no que se refere à oferta de serviços de saúde, de acordo com o financiamento e os beneficiários; os recursos humanos disponíveis em termos quantitativos, distribuição geográfica e necessidades de formação; a capacidade instalada (leitos hospitalares, centros de saúde, postos de higiene, centros de puericultura e ambulatorios especializados); as campanhas de erradicação e controle de doenças; a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos; as pesquisas aplicadas; a assistência médica previdenciária; a assistência médica do setor privado e os custos dos serviços de saúde.

Em relação aos indicadores de saúde, Rizzotto (*apud*, Brasil, p. 136) define que:

[...] nas 16 taxas analisadas o Brasil tinha uma situação pior do que a Dinamarca e os Estados Unidos, com exceção da mortalidade por neoplasias e doenças vasculares. Ao comparar-se com o México, apenas no caso da mortalidade por sarampo este apresentava taxa superior (18/1.000) à do Brasil (14/1.000). Cabe destaque para a mortalidade infantil, que no Brasil era de 112/1.000, enquanto que no México era de 74,2/1.000, na Dinamarca, 21,5/1.000, e nos Estados Unidos, 26/1.000. Mortalidade por doenças transmissíveis: Brasil, 506/1.000; México, 473,5/1.000; Dinamarca, 38,3/1.000; Estados Unidos, 45,4/1.000. Mortalidade por tuberculose; Brasil, 67/1.000; México 23,5/1.000.; Dinamarca 3,5/1.000; Estados Unidos, 5,0/1.000.

A partir da análise dos dados estatísticos de mortalidade, Rizzotto (*apud*, BRASIL, 1966a, p. 136):

[...] apresentam-se as propostas de intervenção que, via de regra, dependiam do maior desenvolvimento econômico do país; estavam relacionadas com mudanças de hábitos das pessoas, particularmente as pobres, e requeriam investimento para ampliar a assistência médica e incorporar novas tecnologias aos serviços de saúde. Para o combate à doença de Chagas, seria necessária a “melhoria da habitação rural, o que, obviamente, não pode ser alcançada no estágio atual do nosso desenvolvimento econômico”.

Sobre o sistema de proteção e recuperação da saúde, o documento apresenta a rede de serviços médicos e hospitalares oficiais para usuários específicos – militares, trabalhadores vinculados aos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) e serviços governamentais para o público em geral como centros de saúde, postos de higiene, ambulatorios, dispensários, santas casas e hospitais de caridade, esses subvencionados por recursos estatais. Além disso, analisa a composição e distribuição dos profissionais que compõem a equipe de

saúde, em particular os médicos, mostrando a defasagem em termos quantitativos, e afirma que “o Plano Decenal objetiva corrigir o déficit existente” (BRASIL, 1966b, p. 83)²⁶. Explica, ainda, que o incremento da absorção dos profissionais médicos “fica subordinado ao poder de compra de serviços médicos pela população e este é condicionado pelo crescimento do produto nacional”. Por fim, faz uma análise da quantidade e distribuição dos leitos hospitalares, afirmando que “a distribuição de médicos e leitos hospitalares mantém-se vinculada à variação geográfica da renda nacional” (BRASIL, 1966b, p. 86)²⁷.

A conclusão a que chegavam, entre outras, era a de que existia uma perda de anos de vida produtiva, estando convictos de que:

[...] à medida que se evolua para etapas superiores de desenvolvimento econômico e social, e que o processo de programação se afirme, com os sucessivos controles e revisões, adaptações estatísticas e de informações, será possível buscar-se níveis de racionalização mais amplos” (BRASIL, 1966^a, p.32)²⁸.

Ao finalizar, cabe destacar para a proposta de formação dos trabalhadores em saúde presente no Plano Decenal, pois ela pode revelar aspectos importantes da política então implementada para o setor. Em termos quantitativos e afirmando basear-se na Carta de Punta Del Este, que fixou as metas da Aliança para o Progresso, o plano descrevia a necessidade de formação dos profissionais de saúde para o período de dez anos (1966-1976), conforme quadro abaixo. Tais metas deveriam ser perseguidas pelas instituições formadoras e pelo governo (RIZZOTTO, 2007, p. 139).

Quadro 2 - Estimativo da Necessidade de Formação de Recursos Humanos em Saúde, durante o Período de vigência do Plano Decenal (1966-1976).

Profissional	1966	1976	Previsão em números absolutos
Médico	37.400	59.800	22.400
Dentista	24.170	40.000	15.870
Farmacêutico	6.000	14.700	8.700
Enfermeira	6.700	10.210	3.510

Fonte: Brasil (1976b).

²⁶ RIZZOTTO, M.A Saúde os Planos de Desenvolvimento no Brasil.São Paulo: Xamã, 2007, p.137

²⁷ *Ibid, idem*, p.137.

²⁸ *Ibid idem*.p.137.

Continuando, a autora enfatiza que no caso específico de enfermeiras, o Plano Decenal, com base em levantamento realizado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), apontava para a necessidade de cerca de 33.500 profissionais com nível superior em 1976, ou seja, precisaria formar 26.8700 enfermeiras no período de dez anos. Contudo, segundo argumentação expressa no plano, era praticamente impossível atingir essa meta, entre outras razões porque isto exigiria “um crescimento gigantesco no atual sistema de ensino, fora das possibilidades materiais do país” (BRASIL, 1976b, p.100)²⁹.

Ao finalizar sobre a área da saúde, Rizzotto (2007, p.139) “[...] enaltece sobre a ênfase dada para a formação do profissional médico parece-nos perfeitamente de acordo com a perspectiva dos dirigentes do período, de que a solução dos problemas de saúde ocorreria na medida em que fossem ofertados mais e melhores serviços médicos e se ampliasse o atendimento hospitalar. Mais que isso, com o desenvolvimento econômico, iria melhorar a renda das pessoas e, conseqüentemente, a satisfação das necessidades, inclusive as de saúde”.

Portanto, o Plano Decenal foi além dos planos executados anteriormente por possuir um enfoque macroeconômico construído com base em um modelo de crescimento com projeções e testes de consistência interna.

No entanto, pela primeira vez procurou-se enquadrar os planos setoriais em um contexto mais amplo de políticas monetárias, fiscais e cambiais. Porém, o plano não chegou a ser implementado. Apesar de muito mais ambicioso que todos os outros planos governamentais, o Plano Decenal sequer começou a ser executado e foi arquivado “sob uma capa de silêncio” (IANNI, 1996, p. 242). Em seu lugar foi implementado o Programa Estratégico de Desenvolvimento de 1968 a 1970.

Apesar do esforço despendido em sua elaboração, o Plano Decenal não passou de um conjunto de estudos e diagnósticos setoriais ou regionais, seguido de recomendações. Foi lançado ao apagar das luzes do Governo

²⁹ RIZZOTTO, M.A Saúde os Planos de Desenvolvimento no Brasil. São Paulo: Xamã, 2007, p.139.

Castelo Branco, como tentativa de fornecer uma linha de tendência, para os governos seguintes. Não chegou, no entanto, sequer a ser executado e foi rapidamente esquecido (LOPES, 1990, p. 91).

3.6.1 O Primeiro Orçamento Plurianual de Investimentos – (1968 - 1970)

Um importante passo para a criação de uma estrutura de planejamento do setor público foi à elaboração e aprovação do Orçamento Plurianual de Investimentos (OPI) para o triênio de 1968 a 1970.

Assim, foi encaminhada ao Congresso Nacional, em março de 1968 a proposta do primeiro Orçamento Plurianual de Investimentos pelo governo. Documento que desempenhou relevante papel na execução do Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED).

O OPI era uma determinação da Lei no 4.320/64³⁰, mantida pela Constituição de 1967 (art. 63) e regulamentada pela Lei Complementar nº 3³¹, de 07/12/67, que estipulava a elaboração de estimativas de investimentos para um prazo mínimo de três anos (GARCIA, 2000, p. 11).

De acordo com Garcia (2000, p.11), o OPI, continha estimava de investimentos para um prazo mínimo de três anos, porém, cumpriu esse papel durante pouco mais de uma década (de 1968 ao início dos anos 80), após o que a escalada inflacionária retirou-lhe previsibilidade e capacidade orientadora.

³⁰ Lei nº 4.320/64, de 17/03/1964, Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

³¹ Lei Complementar nº 3, de 07/12/1967, Dispõe sobre os Orçamentos Plurianuais de Investimento, e dá outras providências.

3.6.2 O Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968 – 1970).

O Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED) foi elaborado durante o governo do Presidente Costa e Silva, sob a administração do então ministro Hélio Beltrão, na pasta de Planejamento e Coordenação Geral.

Para o governo, segundo Rizzotto (*apud*, BRASIL, 1967b, p. 13), o PED foi proposto a partir de metas definidas no Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico Social. Partia-se do pressuposto de que o primeiro governo militar de Castelo Branco (1964-1967) havia resolvido os quatro problemas básicos da sociedade brasileira: a inflação, a estagnação econômica, a crise do balanço de pagamento e a “desordem político-social”, cabendo ao segundo governo de Costa e Silva, “a importante missão de consolidar a obra revolucionária e, sobretudo, a de promover a aceleração do desenvolvimento”.

Como documento de trabalho a prazo médio, o governo elaborou, já sob orientação do novo ministro do Planejamento, Hélio Beltrão, um Programa Estratégico de Desenvolvimento para o período de (1968-1970), enfatizando as metas setoriais definidas no Plano Decenal. Apresentado em julho de 1967, ele consistia, numa primeira fase, de diretrizes de política econômica e de diretrizes setoriais, com alguns vetores de desenvolvimento regional. O governo reconhecia a existência de um processo inflacionário e se propunha estimular adequadamente o setor privado³².

Este plano tinha como elemento fundamental a criação de um programa de investimentos para áreas consideradas como estratégicas para o governo, como também a programação dos instrumentos financeiros, e um conjunto de medidas com ação direta no setor privado.

Segundo Lopes (1990), o Programa Estratégico pretendia reorientar a economia, no período de 1968-1970, de forma a corrigir certas distorções que se faziam sentir. Os objetivos básicos do Programa Estratégico previam:

³² Ianni, Estado e Planejamento Econômico, op. cit., p. 243.

- Aceleração do desenvolvimento econômico, simultaneamente com a contenção da inflação.
- Desenvolvimento a serviço do progresso social.
- Expansão das oportunidades de emprego de mão-de-obra.

Foram fixados, ainda, objetivos-condição:

- Manter o controle do balanço de pagamento.
- Evitar o agravamento das disparidades econômicas regionais e estabilidade institucional.

Eram estabelecidas “metas estratégicas” por setor, com previsão dos níveis a serem atingidos em 1970 (LOPES, 1990, p. 91).

O Documento “Diretrizes de Governo”³³ continha à nova orientação da política econômica brasileira; O desenvolvimento há de ser os objetivos básicos do governo, que condicionará toda a política nacional, no campo interno como nas relações com o exterior. E há de estar a serviço do progresso social, Isto é, da valorização do homem”.

Na avaliação de Almeida (2004, p.19), a elevada taxa de crescimento do produto em 1968 e a redução do nível de preços, criaram uma boa base de transição para a fase de crescimento acelerado que se seguiu, conforme define tabela abaixo:

Tabela 4 -Taxas de Crescimento do Produto e Setores (1968-1973)

Ano	PIB	Indústria	Agricultura	Serviços
1968	9,8	14,2	1,4	9,9
1969	9,5	11,2	6,0	9,5
1970	10,4	11,9	5,6	10,5
1971	11,3	11,9	10,2	11,5
1972	12,1	14,0	4,0	12,1
1973	14,0	16,6	0,0	13,4

Fonte: IBGE

³³ Diretrizes do Governo, Programa Estratégico de Desenvolvimento (Brasília, Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, 1967).

O PED foi responsável por programas regionais ao incentivar o trabalhador do campo e estendendo os benefícios da previdência social, como o Programa de Integração Nacional (PIN), voltada para atender o Nordeste e a Amazônia; o Proterra, que visava dar viabilidade à reforma agrária; o Provale, programação de infra-estrutura para atender o vale do rio São Francisco; o Prodoeste, incentivos para o Centro-Oeste; o Prorural e o Programa de Integração Social, que visava à participação dos trabalhadores do setor privado no valor agregado pela atividade empresarial (Almeida, 2004, P. 19).

O Brasil então vivia a fase do “milagre econômico” e de acordo com Gremaud (2002, p. 396), o período caracterizou-se pelas maiores taxas de crescimento do produto brasileiro na história recente, com relativa estabilidade de preços, conforme tabela.

Tabela 5. Milagre Econômico – Resultados Macroeconômicos(1968-1973).

Ano	PIB Taxa de Crescimento	Indústria Taxa de Crescimento	Dívida Externa US\$ (milhões)	Inflação Variação do IGP-DI
1968	9,8		3.780,00	20,14
1969	9,5		4.403,50	19,44
1970	10,4		5.295,20	20,32
1971	11,34	11,81	8.283,70	17,31
1972	11,94	14,18	11.463,90	14,91
1973	13,96	17,03	14.857,20	28,69

Fonte: IPEA (2002).

Para Rossetti (1987, p.224), no período de execução do Programa Estratégico de Desenvolvimento, existiam condições efetivas para a retomada do crescimento econômico. A capacidade ociosa das empresas atingira níveis não conhecidos desde o pós-guerra e poderia ser então mobilizada, sem custos adicionais em formação de capital fixo; a demanda global encontrava-se reprimida, e existia mão-de-obra desempregada, notadamente a menos qualificada, que poderia ser incorporada aos quadros de produção.

Com relação à área de saúde, na visão de Rizzotto (2007, p.141):

[...] os objetivos da política nacional de saúde para o período, eram de intensificar o combate às doenças transmissíveis; melhorar a produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde para melhoria da taxa de atendimento da demanda de assistência médica; e expandir a rede de unidades locais de saúde. Tais objetivos foram pensados a partir da constatação de que as doenças transmissíveis eram as principais responsáveis por altas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidades, e que os programas de combate às doenças transmissíveis deveriam ser ampliados para todas as regiões endêmicas do país.

Segundo Rizzotto (*apud*, BRASIL, 1967b, p. 141), como estratégias o PED, propunham ampliar as campanhas de combate às doenças transmissíveis em nível nacional, fundamentalmente por meio do uso de vacinas, inseticidas e adoção de métodos terapêuticos modernos; saneamento do meio; apoio técnico e financeiro às instituições que prestavam assistência médica; ampliação de unidades locais de saúde; qualificação dos profissionais de saúde e ampliação da formação de pessoal auxiliar. Para melhorar a produtividade dos hospitais, orientavam que fosse reduzido o tempo de internação, realizado mais atendimento ambulatorial e qualificado o quadro de pessoal.

Na mesma direção do documento preliminar, o PED, publicado em 1968, partiu do diagnóstico de que o nível de saúde do povo brasileiro era baixo e que havia uma escassez de recursos humanos e materiais disponíveis para o setor. A partir disso, propunham-se três grupos de ações: saúde coletiva, saúde individual e infra-estrutura de saúde (RIZZOTTO, 2007, p. 141).

Conforme destaca a mesma autora Rizzotto (*apud*, BRASIL, 1968, p. XVII-3), no grupo de saúde coletiva, as atividades deveriam estar centradas no saneamento do meio, em campanha de vacinação e nos serviços locais, com a criação de programas permanentes de imunização contra poliomielite, difteria, coqueluche, tétano e sarampo. No grupo da saúde individual, propunha-se a experimentação de uma “ampla integração de todos os recursos humanos e materiais à disposição de diferentes órgãos de assistência médica, da esfera pública e privada”, visando a aumentar a produtividade dos serviços.

Em relação ao grupo de infra-estrutura de saúde, o PED elencava a assistência farmacêutica, a formação e o aperfeiçoamento de pessoas, pesquisa, estatística e administração. Cabe destaque, neste grupo, para a perspectiva em relação à pesquisa e à administração. No que concerne à pesquisa, os recursos seriam orientados para estudos que visassem à solução de problemas tipicamente tropicais, pois existem “intensos programas de pesquisa médica e farmacológica no mundo desenvolvido, para a solução de problemas que lhe são comuns (doenças cardíacas, mentais, renais, câncer, etc)” (BRASIL, 1968, p. XVII-5)³⁴.

De fato, conclui Rizzotto (2007, p.142), nesse período houve enorme expansão dos serviços hospitalares privados no país, com subvenção do Estado, cujos resultados ainda hoje se fazem sentir, na medida em que cerca de 80% dos leitos hospitalares disponíveis no país estão nas mãos da iniciativa privada. Isso sem dúvida tem dificultado a implementação do Sistema Único de Saúde.

3.7 Presidente Emílio Garrastazu Médici e o MBAG (1970-1973).

O então Presidente da República general Emílio Garrastazu Médici, assumiu a Presidência em 30 de outubro de 1969, ainda na vigência do Programa Estratégico e governou até 15 de março de 1974. Seu governo ficou marcado pela forte repressão policial, direcionados aos movimentos estudantis e sindicais. Nesse período que ocorreram grande parte dos desaparecimentos políticos e a tortura na tentativa de sufocar os movimentos de grupos titulados como grupo de esquerda.

Na área da economia governo federal criou o Plano de Metas e Bases para Ação do Governo (MBAG), divulgado em outubro de 1970. Neste plano ficaria estabelecida a sistemática segundo a qual cada governo executaria o último ano do PND, com as devidas correções necessárias.

³⁴ RIZZOTTO, M.A Saúde os Planos de Desenvolvimento no Brasil. .São Paulo: Xamã, 2007, p.142.

Para Lopes (1990, p.93), os sucessos mais marcantes durante a vigência das Metas e Bases foram o controle da inflação, cuja média baixou para 17,3% (1970/1972) e no crescimento do produto interno de 12,5%, no mesmo período.

3.7.1 O Presidente Emílio Médici e o I PND

Sob a gestão do presidente General Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), em setembro de 1971 foi enviada ao Congresso Nacional, juntamente com o segundo Orçamento Plurianual de Investimentos, a proposta do I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND). O I PND definiu os seguintes objetivos nacionais:

- Ø Promoção do desenvolvimento econômico, segundo taxas que situassem a economia brasileira entre as que apresentavam os mais rápidos ritmos de crescimento;

- Ø Expansão do emprego, com o propósito de reduzir o índice de desemprego estrutural;

- Ø Continuação do esforço de combate à inflação, para alcançar relativa estabilidade de preço, até um nível inferior a 10% do ano;

- Ø Conseguir relativo equilíbrio do balanço de pagamentos, compatível com os objetivos de desenvolvimento e de estabilidade;

- Ø Promoção da melhor repartição da renda social, através da participação da classe média e dos trabalhadores nos resultados do desenvolvimento, da democratização das oportunidades e da ausência de privilégios;

- Ø Ajuste gradual dos desequilíbrios regionais e setoriais, com o deslocamento da fronteira econômica do país e com a integração à economia interna das regiões marginalizadas do dinamismo produtivo e tecnológico;

- Ø Continuação de reformas econômicas, sociais e políticas, necessárias à transformação da estrutura sócio-econômica do país e à

criação de bases para o desenvolvimento de longo prazo auto-sustentado;

Manutenção da estabilidade política e da segurança nacional, como elementos indispensáveis para o desenvolvimento.(ROSSETTI, 1987, p. 226).

Segundo Sandroni (2000, p.469), o início do ciclo dos PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) pelo presidente militar general Emílio Garrastazu Médici, marca a fase conhecida como “milagre brasileiro”, se caracterizou pelo forte crescimento econômico, grande afluxo de capitais externos e tendências na substituição das importações. O I PND representou a mais ampla formulação oficial do “modelo brasileiro de organizar o Estado e moldar as instituições” para, no mesmo espaço de uma geração, transformar o Brasil numa sociedade capitalista desenvolvida.

O I PND concedeu grande ênfase à indústria de bens de consumo duráveis, liberada pela indústria automobilística. Mas, apesar de ocorrer um forte crescimento econômico neste período, o plano acabou intensificando as distorções distributivas do país.

Apesar de críticas, nesse período o planejamento governamental teve seu “ponto alto” no Brasil e o Estado não ficou restrito à elaboração de planos e à regulação da economia, mas interveio na área econômica mais do que em qualquer outro período da história nacional. Durante a vigência do I PND, iniciaram-se grandes obras de infra-estrutura, como a ponte Rio - Niterói, a Hidrelétrica de Três Marias, a barragem de Itaipu, entre outras. O financiamento para esses projetos teve como fonte, bancos nacionais como BNDE, Banco do Brasil e Caixa Econômica, mas também recursos externos (ALMEIDA, 2004, p. 22).

Na opinião de Rizzotto (apud, BRASIL, 1971, p.9),a promessa que acompanhou a divulgação do I PND foi a de realizar um dos maiores projetos de desenvolvimento do mundo, consolidando o núcleo desenvolvido do centro-

sul e criando novos pólos de desenvolvimento nas demais regiões do país, promovendo assim, a integração de todo o território nacional. A construção de estradas como a transamazônica e Cuiabá-Santarém, a expansão do contingente populacional, a criação de um suporte de educação, saúde e assistência, entre outras estratégias, contribuiriam para a promoção da integração nacional.

Com relação à integração social, o I PND apresentou esquematicamente a perspectiva do crescimento por setores no período de 1970-1974. Na área da saúde, a única referência era em relação à erradicação de endemias (malária, varíola e febre amarela), (RIZZOTTO, 2007, p. 144).

A política de ajustamento causaria a contensão da demanda interna e evitaria que o choque do setor externo se transformasse em inflação permanente. A política de financiamento manteria o crescimento em níveis elevados, fazendo ajustes graduais de preços relativos, enquanto houvesse financiamento externo abundante.

3.8 Governo do Presidente Ernesto Geisel e o II PND (1974-1978).

O II PND implementado pelo presidente militar general Ernesto Geisel, que em 15 de março de 1974, assumiu a presidência. Enfrentou muitas dificuldades econômicas e políticas que anunciavam o fim do "Milagre Econômico" e também ameaçavam o Regime Militar, além dos problemas herdados de outras gestões.

Proporcionou o investimento em indústrias de base e a busca da autonomia em insumos básicos. Era grande a preocupação com o fator energético, como também o estímulo à pesquisa de petróleo, devido à crise internacional desencadeada em 1973 que afetou o desenvolvimento industrial e gerou crise de desemprego, o programa nuclear, o programa do álcool e ainda, a construção de hidrelétricas, conforme a binacional (Brasil e Paraguai) de Itaipu.

O segundo Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND, vigorou durante o período de 1975 a 1979, e constituiu a mais ampla e articulada experiência de planejamento no Brasil após o Plano de Metas. Foi elaborado no governo Geisel, pelo ministro do planejamento Reis Velloso, permanecendo em vigor até o primeiro ano do governo Figueiredo.

Para Sandroni (2000, p. 470), o II PND propunha transformar o Brasil em uma “potência emergente” deslocando-o do Terceiro Mundo para o espaço dos países altamente industrializados. Para isto propunha substituir importações, elevar as exportações e ampliar o mercado interno consumidor. O nível de crescimento industrial deveria situar-se em torno de 12% a.a., as exportações deveriam crescer a 20% a.a. e a agricultura a 7%.

No entanto, de acordo com Furtado (1981, p.135) os resultados da execução do plano ficaram aquém do esperado. De 1975 a 1979 a produção manufatureira cresceu a 6,8% ao ano, a produção de bens de capital a 7% e a de bens de consumo duráveis a 7,4% ao ano.

Tabela 6 - Resultados Macroeconômicos durante o II PND.

Ano	PIB	Indústria(Taxa de crescimento)	Inflação Variação do IGP-DI	Dívida Externa US\$ (Bilhões)
1973	14,0	17,03	28,6	14,9
1974	8,2	8,4	27,8	20,0
1975	5,1	4,9	41,2	25,1
1976	10,2	11,7	42,65	32,1
1977	4,9	3,1	38,7	37,9
1978	4,9	6,4	53,9	52,1
1979	6,8	6,8	100,21	55,8

Fonte: IPEA (2002)

De acordo com Rizzotto (apud, BRASIL, 1974, p. 73), na área da saúde, o plano definia dois campos institucionais: o Ministério da Saúde, “de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária” e o Ministério da Previdência e Assistência Social, “com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado”.

Com o II PND, consolidou-se a dicotomia institucional na área da saúde, quando, de um lado, o Ministério da Saúde responsabilizava-se pela saúde coletiva e de vigilância, com poucos recursos alocados e, de outro, o recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social assumia a responsabilidade de coordenar a assistência médica oferecida, sobretudo, pela iniciativa privada (RIZZOTTO, 2007, p. 146).

A fase final do regime militar, cujo início data da crise da dívida externa em 1982, desenvolve-se numa atmosfera de graves turbulências econômicas e políticas, marcadas entre outros elementos pelo movimento em prol de eleições diretas para a presidência da República. Naquele período, era nítido o contraste entre os principais indicadores macroeconômicos (crescimento, taxa de inflação, contas externas) dessa fase com aqueles que tinham caracterizado o período do “milagre econômico”, como a tabela abaixo pode demonstrar (ALMEIDA, 2004, p. 24).

Tabela 7 - Indicadores Econômicos do Período Militar (1970-1984)

Ano	Crescimento PIB%		Balço de Pagamentos*	Dívida Externa*	Dívida /PIB	Taxa de inflação
	Nominal	/ por habit.				
1970	10,4	7,2	-562	5.295	12,5	19,5
1971	11,3	8,6	-1.307	6.622	13,3	20,3
1972	12,1	9,4	-1.489	9.521	16,3	17,3
1973	14,0	11,3	-1.688	12.572	15,9	14,9
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
1981	-3,1	-5,3	-11.734	61.411	23,3	109,9

1982	1,1	-1,2	-11.310	70.198	25,8	95,5
1983	-2,8	-5,0	-6.837	81.319	39,4	154,5
1984	5,7	3,4	45	91.091	43,1	220,6

Fonte: IBGE;*=US\$ milhões

De fato, uma agregação desses dados por médias decenais revela uma flagrante inversão de tendências entre os anos 1970, caracterizados por altas taxas de crescimento real do produto, a despeito mesmo da crise do petróleo, e a década seguinte, não sem motivo chamada de “perdida”, tanto em virtude do medíocre desempenho econômico, sobretudo no crescimento real por habitante, como em razão da aceleração inflacionária (ALMEIDA, 2004, p. 25).

3.9 O presidente João Figueiredo e o III PND – (1979-1984)

O Presidente João Batista Figueiredo assumiu a presidência do Brasil no dia 15 de março de 1979, com a missão de garantir a transição no país, do período ditatorial, a partir do presidente militar Castelo Branco (1964) para a era democrática.

De acordo com Lopes (1990, p. 96), o III PND previsto no governo do General João Batista Figueiredo, marca o fim do processo de Planejamento como efetivo instrumento de comando da política econômico-financeira do País. Diversos são os motivos que ocasionaram o esfacelamento do processo:

1. Após a saída do Ministro Reis Velloso da Secretaria de Planejamento e (após o curto intervalo em que o Professor M.H. Simonsen comandou a SEPLAN) a ascensão do Professor Delfin Netto àquele Ministério representou notável mudança de mentalidade: O Ministro Reis Velloso foi sempre o grande defensor do processo de Planejamento tendo se envolvido intimamente com os I e II PNDs, ao passo que o Ministro Delfin Netto nunca escondeu seu desencanto pelo processo.
2. A enorme distância entre os números previstos no II PND e a realidade foi também motivo de forte reação ao conceito de Planejamento.

3. As dificuldades enfrentadas pelo segundo choque do petróleo e pela alta de juros internacionais seguidas pela virtual quebra do Terceiro Mundo, longe de ajudarem, limitaram ao extremo as funções do Plano, esvaziando por completo o II PND.

Na área da saúde, segundo Rizzotto (*apud*, BRASIL, 1980, p. 147):

[...] a orientação básica era ampliar e melhorar os serviços de saúde pública e da medicina preventiva, questionando os altos custos do setor e propondo uma nova política nacional de saúde. Nessa política, destacavam-se algumas estratégias, como a descentralização das atividades, transferindo-se, no possível, as atribuições de planejamento e prestação dos serviços aos estados e municípios, o redirecionamento dos serviços de saúde “dentro de uma concepção integrada de sistema”, por meio da cooperação interinstitucional e intersetorial e aproveitando o potencial de apoio das instituições privadas, que poderia resultar em maior eficácia e eficiência das ações de saúde no país. Além disso, buscar-se-ia aumentar a cobertura da assistência por meio de serviços hierarquizados, com programação do atendimento para toda a população urbana e rural, por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Por fim, o plano sinalizava para a universalização da proteção social, com a incorporação de categorias laborais ainda não integradas.

Portanto, a redução de custos e a racionalização dos recursos alocados no setor saúde e na assistência médica ocorreriam na medida em que se implantasse um sistema regionalizado, hierarquizado e integrado, tendo como colaboradores o Ministério da Saúde, os estados e os municípios (RIZZOTTO, 2007, P. 148).

De acordo com Lopes (1990, p.96), não houve qualquer implementação do III PND. Preparado apenas para cumprimento de determinação legal, sob a égide de um ministro cujo comandante não via qualquer utilidade prática no processo de planejamento, o III PND viu-se logo relegado ao esquecimento.

3.10 A Crise do Planejamento no Brasil - Período de 1980 – 2000.

Na década de 80 ocorreu no país, reduções significativas dos processos de investimentos governamentais, além da contenção de investimentos públicos,

que se deu pelo fim do “milagre econômico”, período este, que o país conheceu elevado desenvolvimento na sua economia.

Na opinião de Lopes (1990, p. 189), o Brasil chegou na década dos anos 80 mergulhado nas dificuldades econômicas, onde se destaca a inflação no patamar insustentável, elevado déficit público de difícil controle, elevado grau de endividamento (doméstico e externo), reduzida taxa de crescimento do produto interno e sufocante presença do Estado.

Assim, a soma de todos esses fatores levariam o país a uma crise de identidade com efeitos danosos sobre a sua credibilidade, ocasionando níveis baixos de investimento e essas consequências surtiriam reflexos no futuro.

Para Bresser Pereira (1997, p.114), a crise fiscal enfrentada pelo país a partir da década de 1980 colocou em questão a própria governabilidade do país, quando a economia foi tomada por profunda estagnação econômica, por elevadas taxas de desemprego e redução da produção industrial indicaram que o país entrava numa grave recessão.

Assim, a profunda crise fiscal ocorrida neste período, provocou inúmeras críticas, entre outros aspectos, em consequência das alterações do padrão de financiamento do setor público, que causou, além da própria recessão e inflação, à rejeição do planejamento econômico decorrente de certo ceticismo na capacidade organizacional do governo.

Valendo-se desta hipótese, Lopes (1990, p. 105) constatou que:

[...] o desinteresse demonstrado por muitos países pelo processo de planejamento decorreu pelo fato que a esperança nos seus resultados, superava, em muito, as reais possibilidades do processo, ou seja, o Planejamento foi visto como uma panacéia infalível, que poderia e deveria solucionar todos os problemas do país, e do mundo. Esse erro de concepção devido ao excesso de otimismo contribuiu para a frustração da avaliação de resultados do Planejamento no Brasil. Assim, a crise do planejamento sobrepunha-se à reversão do ciclo industrial moderno, à ruptura do padrão de financiamento calcado no endividamento externo e à difícil transição democrática.

Desta forma, a partir dos anos 80, ocorre uma fase crítica com o planejamento, onde imperou profundo desencanto, de dúvidas quanto às suas possibilidades e de certo ceticismo quanto ao seu potencial, além disto, começou-se a questionar se o planejamento consistiria realmente no instrumento adequado para corrigir os desequilíbrios estruturais dos países pobres.

O tema “planejamento” neste período foi praticamente abolido das discussões acadêmicas, fazendo menção como um marco histórico ultrapassado. Questionava-se se o planejamento pode induzir ao desenvolvimento ou se este decorre de outros fatores, tais como mudanças nos fatores de produção, avanços no conhecimento, alocação mais eficientes de recursos e economias de escala.

No entanto, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma gradual recuperação da valorização do planejamento como instrumento de ação governamental, conforme preceitua o art. 165 que contempla esta nova fase com a valorização dos PPA, da LDO e da LOA.

Então, partir do PPA, de 1991, ao Avança Brasil de 2000, verificou-se consideráveis progressos em termos de valorização do planejamento e de um grande esforço para manter a eficácia na implementação e no alcance de objetivos.

De acordo com Garcia (2000, p.37), os programas do PPA 2000-2003 representaram um avanço. São passos importantes em direção a outro modo de se fazer planejamento. As deficiências existentes poderão ser superadas, se atenção e vontade lhes forem dedicadas.

3.11 Planejamento Público e a Constituição de 1988

Até a promulgação da atual Constituição Federal, a competência do Poder Executivo de elaborar um Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), um

Orçamento Plurianual de investimentos e três orçamentos anuais, o Orçamento da União, o Orçamento Monetário e o Orçamento das Empresas Estatais.

Atualmente, o governo utiliza-se de técnicas de planejamento e programação de ações que são condensadas no Sistema de Planejamento Integrado. Este sistema tem a função de analisar a situação atual para identificar as ações ou alterações a serem desenvolvidas para atingir a situação desejada.

O Sistema de Planejamento Integrado busca, por meio da escolha de alternativas prioritárias, o melhor emprego dos meios disponíveis para minimizar os problemas econômicos e sociais existentes. No Brasil, este sistema também é conhecido como Processo de Planejamento-Orçamento, consubstanciando-se nos seguintes instrumentos, atendendo ao mandato constitucional (Art. 165, Constituição):

- Plano Plurianual (PPA);
- Lei de diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei de Orçamentos Anuais (LOA).

O Plano Plurianual (PPA) é um plano de médio prazo, através do qual se procura ordenar as ações do governo que levam ao atingimento dos objetivos e metas fixados para um período de quatro anos, ao nível do governo federal, ao nível dos governos estaduais e municipais.

Segundo o Art. 165 da Constituição de 1988, a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

Já a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), tem a finalidade de nortear a elaboração dos orçamentos anuais (orçamento fiscal, o orçamento de investimento das empresas estatais e orçamento da seguridade social), de forma a adequá-la às diretrizes, objetivos e metas da administração pública,

estabelecidas no plano plurianual. Ela compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração da lei orçamentária anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras de fomento.

O Orçamento Anual (LOA) é elaborado para viabilizar a concretização das situações planejadas no Plano Plurianual e, obviamente, transformá-las em realidade, obedecida a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Assim, no Orçamento Anual são programadas as ações a serem executadas, visando alcançar os objetivos determinados.

Segundo Giacomoni (2005, p.69), se a fase é expansionista, cresce a importância da função planejamento do orçamento, já na fase contracionista, fica reforçada a sua função de controle.

Para o autor, o Orçamento Anual é o instrumento de operacionalização de curto prazo da programação constante dos planos setoriais e regionais de médio-prazo, os quais, por sua vez, cumprem o marco fixado pelos planos globais de longo prazo onde estão definidos os grandes objetivos e metas, os projetos estratégicos e as políticas básicas.

Assim, a principal matéria-prima utilizada para a elaboração da proposta do orçamento é buscada pelos elementos integrantes do Sistema de Planejamento.

A Lei Orçamentária Anual compreende:

- Orçamento fiscal;
- Orçamento dos investimentos das estatais;
- Orçamento da seguridade social.

Para Silva (2004, p. 32), o Orçamento-Programa contribui para o planejamento governamental, pois é capaz de expressar com maior veracidade as

responsabilidades do governo para com a sociedade, visto que o orçamento deve indicar com clareza os objetivos perseguidos pela nação.

Considera-se assim, o planejamento como um processo racional para definir objetivos e determinar os meios para alcançá-los, obedecendo às seguintes características:

- Diagnóstico da situação existente;
- Identificação das necessidades de bens e serviços;
- Definição clara dos objetivos para a ação;
- Discriminação e quantificação de metas e seus custos;
- Avaliação dos resultados obtidos;
- Trabalho integrado.

O planejamento deve atender aos seguintes princípios: racionalidade, previsão, universalidade, continuidade e aderência. Para isto, o processo de planejamento é desenvolvido nos seguintes níveis que integram e sincronizam os planos:

Diretriz: conjunto de critérios de ação e decisão que deve disciplinar e orientar os diversos aspectos envolvidos no processo de planejamento. Trata-se de um nível mais abstrato em que ocorre a formulação geral do objetivo.

Objetivo: indica os resultados que a administração pública pretende alcançar com a realização das ações governamentais.

Metas: é a especificação e quantificação física dos objetivos estabelecidos.

Programa: corresponde às ações que resultam em serviços prestados à comunidade passíveis de quantificação.

Para Giacomoni (2005, p.68), o planejamento, a programação e a orçamentação constituem os processos por meio dos quais os objetivos e os recursos, e as suas inter-relações, são levadas em conta visando à obtenção de um programa de ação, coerente e compreensivo para o governo como um todo.

Assim, este modelo de planejamento busca integrar os diagnósticos e prognósticos, os objetivos, a análise de cursos alternativos, os programas e os projetos com suas metas, os recursos a ser empregada, a indicação de custos, os esquemas de avaliação e controle.

No novo modelo de planejamento, instituído pela Constituição de 1988, as LDO's e os Orçamentos Anuais têm que ser compatíveis com o que dispõe o PPA, bem como com todos os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos na Constituição.

Segundo Garcia (2000, p. 6), nenhum investimento cuja execução ultrapassar um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no PPA ou sem lei que autorize tal inclusão, sob pena de crime de responsabilidade.

Assim, nesse modelo, nota-se a intenção de se criar um instrumento que explicita os objetivos do governo, dê coerência às ações ao longo do tempo e organize as intervenções parlamentares nos orçamentos, assim como há preocupação em criarem-se condições para o exercício regular da avaliação e do controle das ações e, em particular, das despesas públicas.

O artigo 74, I e II, da Constituição Federal determina que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário mantenham, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de avaliar o cumprimento das metas previstas no PPA e a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União. Exige também, a comprovação da legalidade e a avaliação dos resultados quanto à eficácia e à eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial dos órgãos e entidades da administração federal.

3.12 Os Primeiros Planos Plurianuais do Governo Federal

A partir da Constituição de 1988, o presidente da república deve encaminhar ao Congresso Nacional, até 31 de agosto³⁵, suas metas de governo para serem aplicadas no período que vai do segundo ano da gestão ao primeiro ano do governo seguinte. Desta forma, a gestão do governo do presidente Fernando Collor de Mello apresentou, em 1990, as propostas para o Plano Plurianual de Investimentos, para a Lei de Diretrizes Orçamentárias e para o Orçamento que vigorariam de 1991 a 1995.

Para Giacomoni (2005, p.214), o PPA 1991/1995, foi o primeiro plano elaborado em cumprimento às determinações da Constituição Federal de 1988, ou seja, mais voltado à programação da ação do governo, sem as características de plano de desenvolvimento econômico-social como os anteriores.

Segundo Garcia (2000, p. 11), algumas mudanças conceituais e organizacionais introduzidas em 1990 fizeram o planejamento governamental voltar aos anos 60. Na visão deste autor, a equipe que assumiu o Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento (MEFP) era integrado por economistas acadêmicos convictos do “sublime” poder do mercado e minimizadores da relevância do Estado, onde o planejamento consistia em um instrumento ultrapassado e a política econômica respondia pelo que de mais relevante podia fazer o governo.

Nessas circunstâncias, o PPA seria entendido como algo não muito diferente de um Orçamento Plurianual de Investimentos (OPI) ³⁶, o que, na realidade acabou acontecendo.

Para Garcia (2000, p. 11);

O primeiro PPA foi elaborado como um OPI ampliado (em tempo e em tipos de despesa), sem estar suportado por um projeto de governo preciso para o qual fizesse a mediação com os orçamentos

³⁵ Constituição Federal de 1988: ADCT, art. 35, § 2º, I.

³⁶ Garcia, O OPI era uma determinação da Lei no 4.320/64, mantida pela Constituição de 1967 (art. 63) e regulamentada pela Lei Complementar no 3, de 07/12/67, p. 11.

anuais. Sua elaboração deu-se sob enorme improvisação, pois os responsáveis por sua redação trabalhavam sem contato regular com os dirigentes máximos, que, por sua vez, apenas declaravam intenções vagas, anunciavam programas com nomes pomposos e sem substância. Muitas palavras de ordem, sem indicação de como realizá-las na prática.

Assim, de acordo com o mesmo autor (2000, p. 12), o plano apenas cumpriu as exigências constitucionais, sendo apresentado ao Congresso Nacional e aprovado sem discussão e novas propostas. “Publicado pelo Poder Executivo, recebeu bonita encadernação e galgou prateleiras para se empoeirar. Não se tornou um orientador da ação governamental”.

Na continuidade com o segundo PPA aprovado, foi proposto pelo presidente Fernando Henrique Cardoso e elaborado durante a gestão do então Ministro do Planejamento José Serra.

Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Plano Plurianual 1996-1999 tinha por objetivo retirar os principais obstáculos à consolidação do Plano Real, à retomada do crescimento e ao progresso econômico e social da população. Para a realização destes objetivos, o PPA estabeleceu novos princípios de planejamento no Brasil, com a execução pelo Estado de parcerias entre a União, os Estados e os municípios e entre o setor público e o setor privado (BRASIL, 1995a).

Este PPA, embora não tenha restringido a enumerar metas governamentais, e tenha delimitado todos os investimentos fundamentais à infra-estrutura econômica, não conseguiu, novamente, ultrapassar a natureza de um Orçamento Plurianual de Investimento OPI.

Para Giacomoni (2005, p.215), o plano plurianual da primeira administração F. H. Cardoso 1996/1999, cobre um período de quatro anos, como consequência da alteração constitucional que reduziu o mandato presidencial. E ainda, a maior deficiência desse plano é a ausência total de representação financeira.

Segundo Garcia (2000, p.14), o capítulo que deveria mostrar o cenário futuro do plano intitula-se Cenário Macroeconômico e, como tal, trabalha apenas com variáveis econômicas, como se elas fossem decisivas para promover reformas constitucionais e “construir um Estado moderno e eficiente”.

Ainda, para Garcia (2000, p.15), o reducionismo conceitual e o distanciamento dos altos dirigentes fizeram do segundo PPA um documento apenas formal, um simples cumprimento de obrigações constitucionais.

[...] de novo, o plano não seria um guia para a ação, mas apenas um OPI expandido, acompanhado de um texto bem elaborado, revelador de uma realidade mais complexa, mas sem articulação consistente com os projetos e ações que, ao final acabam por não acontecer plenamente, mesmo se repensados e redimensionados a cada exercício financeiro.

Isto se ocorreu, em grande parte, motivado pela ausência de sistemas de monitoramento e avaliação e à falta de uma prática de planejamento que vai além da elaboração de planos e orçamentos. O que foi constatado pela ineficácia do PPA em definir prioridades e a intensidade com que os projetos e atividades contidos nos orçamentos anuais deveriam ser implementados.

Assim, alguns meses, após o lançamento do PPA, foi implementado o Programa Brasil em Ação que, segundo o governo, visava basicamente melhorar a qualidade da gestão de projetos com a participação do setor público. Foi considerado um passo importante para a redução do caráter formal, normativo e pouco dinâmico do planejamento público praticado, pois, incorporou elementos para a gestão cotidiana do plano, com a introdução do pensamento estratégico e de alguma visão situacional.

De acordo com Garcia (2000, p.17), considera como seus pontos fortes a seleção de projetos prioritários, criação da figura de gerente de projeto e a implantação do Sistema de Informações Gerenciais. Já o principal problema viria da aplicação de um modelo gerencial à sistemática do trabalho do governo.

O terceiro PPA (2000-2003), intitulado Avança Brasil, do segundo mandato F. H. Cardoso, veio com uma nova roupagem, uma vez que em outubro de 1998, o governo federal alterou o modelo conceitual e metodológico para a elaboração e gestão do Plano Plurianual (PPA) e dos orçamentos públicos, conforme o Decreto nº 2.829/98, que estabelece normas para a elaboração e gestão do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União.

O novo modelo foi concebido a partir da criação, do intitulado Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), reconhecido e publicado em 14 de outubro de 1997, que foi integrado por representantes dos Ministérios do Planejamento e Orçamento, da Fazenda, do Tribunal de Contas da União e outras entidades.

O GTI tinha a finalidade de elaborar um projeto de lei complementar para dar uma nova formulação ao planejamento.

Desta forma, conforme define Garcia (2000, p.19), com a criação do GTI, buscou-se integrar o planejamento com a programação orçamentária, mediante o aperfeiçoamento das definições das principais categorias programáticas dos três instrumentos: o PPA, a LDO e o Orçamento (LOA). As principais inovações foram:

- O programa passou a ser unidade básica de organização do PPA e o módulo de integração do plano com o orçamento;
- Foram excluídas as categorias, subprograma, subprojeto e subatividade;
- Os programas passaram a ser referidos, sempre à solução de problemas precisamente identificados e estabelecidos com quantificação de metas e custos;
- Os programas passaram a ser integrados por ações.

De acordo com o mesmo autor, com estas inovações propostas pelo GTI, o planejamento passou a ser visto como um processo permanente, que obedece

a princípios técnicos e tem em vista o desenvolvimento econômico e social e a melhoria das condições de vida da população.

Assim, o processo de planejamento passa a compreender a elaboração do diagnóstico da situação existente, identificando e selecionando problemas e definidas as prioridades.

A mediação entre PPA e o orçamento passa a ser feita pela LDO, que estabelece prioridades, metas e custos para o exercício subsequente.

Atendendo as inovações propostas pelo GTI, em 28 de outubro de 1998, o Presidente da República assina um decreto que cria normas para a elaboração e gestão do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União, modificando o sistema de planejamento e orçamentos públicos.

O decreto define que, para a elaboração e execução do PPA e dos Orçamentos, toda a ação finalística do governo, que é considerada aquela que proporciona bem ou serviço para atendimento à demanda da sociedade, será estruturada em programas orientados para a consecução dos objetivos estratégicos definidos para o período do Plano.

Assim, cada programa deve conter o objetivo, órgão responsável, valor global, prazo de conclusão, fonte de financiamento, indicador que quantifique a situação que o programa queira modificar e metas correspondentes aos bens e serviços necessários para atingir o objetivo. E devem ter ainda metas de qualidade e de produtividade com prazos definidos e devem ser estabelecidos em atos próprios da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, integrando os PPA's de cada nível de governo. Além disto, todos os programas deverão ter sua execução monitorada e os resultados avaliados.

Desta forma, este novo modelo gerencial incorporou ao PPA o conceito de unidades e gerentes responsáveis; público alvo e objetivos definidos;

indicadores de desempenho de implementação; e metas físicas, orçamentárias e financeiras.

Segundo Garcia (2000, p. 5), as implicações destas mudanças são de diversas ordens e incidem sobre os processos de trabalho, os modelos gerenciais, as estruturas organizacionais, os sistemas de informação e processamento, e os mecanismos de contabilidade e controle da administração pública brasileira.

Com as mudanças buscou-se imprimir ao processo de planejamento e orçamento uma perspectiva mais gerencial. A introdução de elementos que proporcionem o exercício da gestão cotidiana dos programas e de suas ações, a atribuição de responsabilidades, a prática da avaliação e a cobrança de resultados revelam um avanço conceitual e metodológico.

Desta forma, ainda que seja impossível elaborar conclusões definitivas, pode-se afirmar que houve avanços. Embora ainda longe da implantação de um sistema de planejamento pleno, que tenha superado o economicismo, que incorpore o cálculo político e que disponha de direção estratégica, e superior ao que tem sido praticado.

3.13 Plano de Trabalho Anual – PTA

O grande diferencial do modelo foi à criação do Plano de Trabalho Anual – PTA, pois o mesmo veio como um instrumento de interligação do planejamento de médio prazo, onde são estabelecidas as diretrizes para todos os níveis gerenciais dos órgãos.

A partir das estratégias do Estado e dos próprios órgãos, alinhadas ao Plano Plurianual, são estabelecidas as metas anuais e as medidas necessárias e suficientes para o seu atingimento, bem como os indicadores e os recursos necessários. As medidas estabelecidas são detalhadas e executadas sob a

forma de Planos de Ação e de Projetos. Onde, periodicamente, os resultados obtidos são checados e a execução dos Planos de Ação e dos Projetos são avaliados.

Para os desvios encontrados deverão ser propostas ações corretivas. As medidas que se mostraram efetivas serão padronizadas.

O Plano de Trabalho Anual consta de metas e medidas anuais concretas, desdobradas nos diversos níveis gerenciais, que implementarão os programas e as ações de melhoria (projetos) prioritárias. Dele constará, também, a programação de custos das atividades de manutenção.

A formulação do Plano de Trabalho Anual dar-se-á no ano anterior ao de sua execução, de modo que todos os órgãos, ao início de cada exercício, tenham seus planos estabelecidos e os recursos devidamente assegurados na Lei Orçamentária Anual.

O PTA será elaborado conforme metodologia do gerenciamento pelas diretrizes, que tem como objetivo concentrar todas as forças intelectuais dos funcionários, focalizando-a para as metas de sobrevivência da organização pública. (Manual do PMG, p. 11).

4. PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

Durante muito tempo no Brasil, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram a sua organização à atenção médica curativa.

Conforme define o MS (2002, p.32), “o planejamento é um processo que se inicia com a definição de objetivos claros, para que então possam ser traçadas estratégias e planos detalhados a fim de atingi-los”. Dessa forma, observa-se que os Instrumentos de Gestão em Saúde estão intimamente relacionados ao ato de planejar, e por isso é fundamental que sejam observadas algumas características do processo de planejamento:

- Continuidade e permanência - o planejamento é realizado continuamente e não se esgota na simples montagem de um plano;
- Temporalidade - previsão, relação entre o que se pretende realizar e o tempo disponível para tanto;
- Racionalidade nas tomadas de decisões - o planejamento funcionando como um meio para orientar o processo decisório;
- Caráter sistêmico - deve-se planejar pensando na unidade como um todo, sem omitir relações internas e externas e;
- Técnica de alocação eficiente de recursos - de forma antecipada e decidida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida como “o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”, aponta para a complexidade sobre o tema, e a reflexão mais aprofundada sobre o seu significado nos leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis.

Nesse sentido, a promoção à saúde aglutina uma série de atividades, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência

do processo. Por isso, falar em planejamento em saúde é uma forma de transcender a esfera das atividades clínico-assistenciais.

O planejamento em saúde é o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo, como também o estudo das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas e ainda, o conjunto dos estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos.

De acordo com Teixeira (2001.p.115), as propostas metodológicas de planejamento em saúde, foram difundidas e incorporadas ao ensino e, em algumas medidas, à prática institucional, principalmente no contexto da reforma sanitária e da construção do SUS, identificada pela autora em meados dos anos oitenta:

Que o campo do planejamento de saúde pode ser delimitado em dois planos: a) um plano geral, que toma como objeto de intervenção os sistemas de saúde; b) um plano específico que toma como objeto as ações e serviços de saúde nos diferentes níveis do sistema. E que o desenvolvimento teórico-metodológico e instrumental do planejamento em cada um desses planos vem-se se dando pelo entrecruzamento das contribuições dos diversos autores e dos distintos enfoques.

No setor saúde, o planejamento é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Na opinião de Lana I e Gomes II (1996, p. 4):

O planejamento teria o papel de transformar racionalmente as estruturas, reformando as instituições; na saúde, elaborou-se em 1965, com apoio de da OPAS³⁷, Organização Pan-Americana da Saúde e a partir de Mário Testa, o chamado Método CENDES/OPAS, que se constituiu num método de programação sanitária, onde o desenvolvimento de métodos e técnicas de

³⁷ A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública atua como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

programação social impunha mudanças racionalmente planejadas como alternativa para a crise social.

O planejamento nesse setor surgiu na América Latina na década de 60 com o método CENDES-OPAS de Programação em Saúde. Nele se propôs uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade.

O método CENDES-OPAS teve o mérito de trazer para as mesas de discussões do setor saúde a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação.

No entanto, as primeiras críticas ao método surgiram no início dos anos 70 e referiam-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador.

A partir destes questionamentos, surgiu outro modelo de planejamento do setor da saúde, o Planejamento Estratégico, o qual tinha duas linhas: uma de Mário Testa que defendia o Planejamento Estratégico em Saúde e uma de Carlos Matus que defendia o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

De acordo com Lana I e Gomes II (1996, p. 6), Na América Latina desenvolveram-se 3 tendências de planejamento que contrapõem o modelo dominante do planejamento normativo em saúde, os quais criticam a prerrogativa da lógica economicista como instrumento no processo de transformação. São as seguintes:

1. Enfoque Estratégico da Programação em Saúde: formulação feita pela Escola de Saúde Pública de Medellín, 1975;
2. Pensamento Estratégico: elaborado por Mário Testa, Sanitarista Argentino, em 1981 e;

3. Planejamento Estratégico Situacional: elaborado por Carlos Matus, economista chileno, em 1982.

O Planejamento Estratégico propõe trabalhar com todas as forças e com todos os envolvidos da área de saúde, incluindo instâncias governamentais, profissionais de saúde, conselhos e usuários. Quanto aos usuários, sujeitos da ação, devem-se considerar o que eles esperam e propõem para a sua própria saúde, portanto não mais objetos da ação. Nesse momento muda-se o conceito de saúde, esta passa a ser uma interação do homem com o ambiente de trabalho.

A partir deste entendimento, a saúde pública no Brasil passou por um amplo processo de transformação. Este processo de transformação se consolidou quando da Reforma Sanitária brasileira que teve seu marco a partir da 8ª conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986.

De acordo com o relatório, A saúde no Brasil (1998, p. 31), a reforma visou amplas reestruturações financeiras, organizacionais e institucionais do setor público de saúde, com três objetivos principais:

- (i) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais;
- (ii) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para equidade, a universalidade e a integralidade da atenção;
- (iii) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde.

A reforma teve sua base jurídico-institucional na Constituição Federal de 1988, a qual dedicou à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social que configura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução de doenças e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num

Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

A Constituição apenas deu um contorno geral para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), este foi consolidado através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90³⁸), o Decreto 99.438/90, as Normas Operacionais Básicas – NOB's, editadas em 1991, 1993 e 1996 e ainda as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS's³⁹, NOAS-SUS 01/01 e a NOAS-SUS 01/02.

A Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS é responsável pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde, esta agrega todos os serviços públicos (de níveis federal, estadual e municipal) e os serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio. As NOB's, por sua vez, a partir da avaliação dos estágios de implementação do SUS, voltam-se mais diretamente para a definição das estratégias aplicáveis em cada momento de construção do Sistema e dos respectivos processos para sua operacionalização. (Brasília, 1998, p. 31).

Os primeiros passos da Saúde no Brasil rumo a um sistema integrado de gestão, foi dado através da edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/96, quando esta define a responsabilidade gestora do SUS em cada nível de governo.

Seu fim primordial é consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, das funções de gestão e de gerência da prestação de serviços aos seus habitantes. Também promove o processo de descentralização da gestão, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos Estados e município, desvinculados da remuneração por serviços prestados. Além disso, fortalece os processos de gestão compartilhada entre os governos federal, estaduais e municipais, por meio das comissões intergestores tripartite e bipartite, como espaços permanentes de negociação e pactuação. (Brasília, 1998, p. 32).

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, houve a criação de uma série de instrumentos de gestão em saúde, os quais

³⁸ Lei 8142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

³⁹ Normas Operacionais da Assistência à Saúde, são regulamentações utilizadas no âmbito da Consolidação do SUS.

desencadearam um amplo processo de planejamento composto pelas três esferas gestoras do SUS, União, Estados e municípios. Ocorre que após a entrada em operação da norma, alguns entraves foram identificados, principalmente decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Visando a solução destes entraves e o aprimoramento do SUS, o Ministério da Saúde edita a NOAS 01/02 em 27/02/02, a qual revoga a NOAS 01/01 e dentre outras medidas, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade entre as três esferas gestoras do Sistema.

Através destes mecanismos observou-se que a Política de Saúde no Brasil passou por um amplo processo de mudança e fortalecimento, especialmente no que se refere à reorganização institucional e a recuperação e modernização da capacidade operativa do sistema de saúde.

Segundo o relatório, Brasília (1998, p. 31), estas mudanças não são conjunturais e nem compensatórias, mas parte de medidas estruturais que incluem:

- Um processo de mudança cultural e de afirmação da cidadania, em que a saúde é valor permanente e qualificador da vida;
- A consolidação de um sistema público nacional, em que as três esferas de governo atuam de modo complementar e harmônico, dispondo dos instrumentos de poder necessários;
- A adoção de modelos técnicos operacionais inovadores, que visam à atenção integral, personalizada, ambientalizada e de alcance coletivo;
- A implantação de um sistema de acompanhamento, controle e avaliação, que permitiu reduzir gastos supérfluos;

- A introdução de práticas de gestão descentralizadas e desconcentradas que evitam processos cumulativos, ineficazes e injustos.

Embora o Sistema Único de Saúde – SUS ainda não desempenhe a contento todos os preceitos instituídos na Constituição Federal, tais mudanças implementaram e consolidaram o planejamento em saúde no Brasil, uma vez que o sistema de saúde incorporou e vem incorporando diversos instrumentos de gestão e planejamento capazes de garantir o seu funcionamento nas três esferas.

4.1 Instrumentos de Gestão e Planejamento do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal do Brasil de 1988 no artigo 198 determina que o SUS funcione por meio de uma rede, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e;
- Participação da comunidade.

Para cumprir os preceitos constitucionais, o SUS utiliza diversos instrumentos de gestão, que lhe dão garantia de funcionamento que vêm sendo criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço.

Principais Instrumentos de Gestão em Saúde, ligados ao planejamento:

- Agendas de Saúde;
- Planos de Saúde;
- Relatórios de Gestão;
- Plano Diretor de Regionalização (PDR), e;
- Programação Pactuada e Integrada (PPI).

De acordo com o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.6), estes instrumentos têm uma lógica nacional de funcionamento, dão amparo ao sistema e mecanismo para articular os diferentes níveis de governo no que diz respeito à atenção à saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde inovou ao prever a Agenda de Saúde e ao dar a necessária articulação entre esta e os Planos de Saúde.

Ainda, conforme os Instrumentos de Gestão é preciso acrescentar a esses Instrumentos citados, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), visto que este fornece importantes subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, pois objetiva, além da organização, regionalização e hierarquização da rede, conforme mandamento constitucional, garantir o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidades indispensáveis ao atendimento integral das suas necessidades.

Também outro instrumento importantíssimo é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), uma vez que é por meio desta que se dá efetividade ao que foi definido no Plano Diretor de Regionalização.

Os Instrumentos de Gestão em Saúde contribuem para:

- A estratégia de regionalização implantada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01);
- A articulação entre os diversos gestores do SUS, nas três esferas de governo;
- O aprimoramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores;
- A tomada de decisão a partir de um diagnóstico analítico e;
- O fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde.

4.1.1 Agendas de Saúde

A agenda de Saúde é um instrumento de gestão pelo qual os governos das esferas federal, estaduais e municipais estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde, em cada exercício. Ela está sujeita a aprovação do Conselho de Saúde.

É importante frisar que a Agenda de Saúde é um instrumento participativo, resultante da negociação e consenso entre órgãos gestores, conselhos de saúde e comissões intergestores. Ela é parte integrante do Planejamento em Saúde.

Conforme destaca o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.8), os eixos prioritários de intervenção são de natureza nacional, pactuados entre os representantes das três esferas de governo. Portanto, os gestores têm a plena liberdade para incluir ou excluir objetivos em suas respectivas agendas, desde que observem, além das devidas justificativas, o seguinte:

- Quanto à exclusão de objetivos, o gestor deve ter certeza que aquele objetivo não se expressa na sua área geográfica e esfera de atuação e;
- Quanto à inclusão de objetivos, deve ser respeitada a regra de se ter um indicador de situação passível de ser coletado, simples, claro e que permita o acompanhamento dos resultados.

A Agenda de Saúde exerce papel relevante no planejamento integrado das ações de saúde, ostentando clareza e simplicidade dos objetivos e indicadores escolhidos.

A elaboração da Agenda baseia-se nas orientações de governo e as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera, as quais estão listadas no Quadro 03 – Operacionalização da Agenda de Saúde.

O fluxo de elaboração e difusão da Agenda de Saúde pode ser sistematizado pelas seguintes etapas:

- **1.ª etapa** - o gestor nacional formula a Agenda Nacional de Saúde com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- **2.ª etapa** - a Agenda Nacional é repassada aos Estados, que elaboraram suas agendas e incorporam as prioridades estaduais no que couber, com a participação do respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES);
- **3.ª etapa** - a Agenda Estadual é repassada aos respectivos municípios, que elaboram suas agendas e incorporam as prioridades municipais no que couber, com a participação do respectivo Conselho Municipal de Saúde (CMS);

A periodicidade das Agendas de Saúde, em cada esfera, é anual, e articulada entre os níveis de governo. Os prazos para elaboração e homologação pelos respectivos conselhos são os seguintes:

- Na esfera federal: até março de cada ano;
- Na esfera estadual: até abril de cada ano;
- Na esfera municipal: até maio de cada ano.

A partir das Agendas de Saúde é que serão elaborados os Planos de Saúde e suas revisões anuais.

Quadro 3 - Operacionalização da Agenda de Saúde

Etapa	Esfera		
	Federal	Estadual	Municipal
Preparação	Ministério da Saúde	Gestor Estadual	Gestor Municipal
Apreciação / proposição de mudanças	Conselho Nacional de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Referências políticas e técnicas utilizadas na elaboração	<p>P Orientações de governo para a saúde e área social;</p> <p>P PPA nacional re-existente;</p> <p>P Acordos internacionais de que o Brasil seja signatário;</p> <p>Pactos firmados entre gestores;</p> <p>P Planos de Saúde e Relatórios de Gestão preexistentes;</p> <p>P Informações institucionais e epidemiológicas;</p> <p>P Decisões oficiais do CNS que tenham implicação no conteúdo da agenda;</p> <p>P Outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade nacional.</p>	<p>P Agenda Nacional de Saúde;</p> <p>P Orientações de governo para a saúde e área social;</p> <p>P PPA estadual preexistente;</p> <p>P Plano Estadual de Saúde e Relatórios de Gestões preexistentes;</p> <p>IP Informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis;</p> <p>P Decisões oficiais do Conselho Estadual de Saúde que tenham implicação no conteúdo da agenda;</p> <p>P Outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.</p>	<p>P Agenda Estadual de Saúde;</p> <p>Orientações de governo para a saúde e área social;</p> <p>P PPA municipal preexistente;</p> <p>Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão preexistentes;</p> <p>P Informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis;</p> <p>P Decisões oficiais do Conselho Municipal de Saúde que tenham implicação no conteúdo da agenda;</p> <p>P Outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.</p>
Periodicidade	Anual	Anual	Anual
Elaboração / homologação	Março de cada ano	Abril de cada ano	Maior de cada ano

Fonte: SES

4.1.2 Planos de Saúde

O Plano de Saúde é um documento de estratégia de gestão com intenção política que consolida por um período quadrienal em cada esfera de governo, o processo de planejamento em saúde, em cada nível de gestão do SUS.

Conforme explicita o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.10), de acordo com a Lei 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus Planos de Saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais. Dessa forma, será possível dar continuidade e efetividade à política de saúde, em todos os níveis de governo.

Em cada esfera específica são definidos os prazos para a elaboração dos Planos de Saúde e homologação pelos respectivos conselhos:

- Na esfera federal: até julho do primeiro ano do quadriênio do governo;
- Na esfera estadual: até junho do primeiro ano do quadriênio do governo e
- Na esfera municipal: até maio do primeiro ano do quadriênio do governo.

É oportuno salientar a relevância do Quadro de Metas no processo de planejamento do Plano de Saúde, sua elaboração é anual, porém pode representar detalhamento mais ágil de acordo com as metas estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais, pois a partir dele é elaborado o Relatório de Gestão.

Os Quadros de Metas, nas esferas federal, estaduais e municipais integram os Planos de Saúde e devem conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo.

Vale ressaltar que de acordo com o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.11), incorporam ao fluxo dos Instrumentos de Gestão em Saúde os principais instrumentos de planejamento das esferas federal, estaduais e municipais, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Quanto ao fluxo de elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde pode ser sistematizado em três etapas:

- **1.ª etapa** - a partir das prioridades e metas definidas na Agenda de Saúde Municipal, o gestor municipal elabora o Plano de Saúde Municipal, e após a homologação do Plano pelo Conselho Municipal de Saúde, encaminha o Quadro de Metas para a Secretaria Estadual de Saúde;
- **2.ª etapa** - com base nos Quadros de Metas dos Planos Municipais de Saúde e na Agenda Estadual de Saúde, o gestor estadual elabora o Plano Estadual de Saúde, que após a homologação pelo Conselho Estadual de Saúde, encaminha o Quadro de Metas ao Ministério da Saúde e
- **3.ª etapa** - o gestor federal, com base nos Quadros de Metas dos Planos de Saúde Estaduais e na Agenda Nacional de Saúde, elabora o Plano de Saúde Nacional.

As referências políticas e técnicas estão descritas no Quadro 04:

Quadro 4 - Operacionalização dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas

Etapa	Esfera		
	Federal	Estadual	Municipal
Preparação	Ministério da Saúde	Gestor Estadual	Gestor Municipal
Apreciação / proposição de mudanças	Conselho Nacional de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Referências Políticas e técnicas utilizadas na elaboração	§ Planos Estaduais de Saúde; § Agenda Nacional de Saúde;	§ Planos Municipais de Saúde; § Agenda Estadual de Saúde; § Plano Diretor de Regionalização.	Agenda Municipal de Saúde.
Periodicidade do Plano	Quadrienal	Quadrienal	Quadrienal
Periodicidade do Quadro	Anual	Anual	Anual
Elaboração e homologação do Plano	Até o mês de julho do primeiro ano do quadriênio do governo	Até o mês de junho do primeiro ano do Quadriênio do governo	Até o mês de maio do Primeiro ano do quadriênio do governo
Elaboração e homologação do Quadro	Até o mês de julho de cada ano	Até o mês de junho de cada ano	Até o mês de maio de cada ano
Revisão do Plano	Até o mês de julho de cada ano	Até o mês de junho de cada ano	Até o mês de maio de cada ano

Fonte: SES

4.1.3 Relatório de Gestão.

Os Relatórios de Gestão têm características de mostrar idoneidade dos gestores do SUS. É definido como prestação de contas, fornece subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos. Relatório de Gestão é responsável pelo município do sistema de planejamento em saúde.

Esses Relatórios de Gestão são instrumentos que representam uma avaliação dos resultados obtidos em relação ao que foi programado nos Quadros de Metas. Do mesmo modo que os Planos de Saúde e os Quadros de Metas, os Relatórios de Gestão são elaborados de forma ascendente. Portanto, para cada ano de vigência do Plano de Saúde, haverá um Relatório de Gestão.

A elaboração do Relatório de Gestão é anual, devendo obrigatoriamente ser apreciado e avaliado pelos conselhos e comissões intergestores. Os prazos para elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão são os seguintes:

- Na esfera federal: até o dia 28 de fevereiro de cada ano;
- Na esfera estadual: até o dia 20 de fevereiro de cada ano e
- Na esfera municipal: até o dia 20 de janeiro de cada ano.

Quanto ao fluxo de elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão pode ser sistematizado em quatro etapas:

- **1.ª etapa** - a partir dos Quadros de Metas respectivos, os gestores das três esferas de governo elaboram seus Relatórios de Gestão;
- **2.ª etapa** - os Relatórios de Gestão são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual, que os analisa e consolida;
- **3.ª etapa** - os Relatórios de Gestão consolidados pelo gestor estadual são encaminhados ao Ministério da Saúde, que analisa os relatórios recebidos e elabora o Relatório de Gestão Federal e
- **4.ª etapa** - os Relatórios de Gestão são encaminhados ao Ministério Público e submetidos a audiências públicas, nos termos da lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Quadro 5 - Operacionalização dos Relatórios de Gestão

Etapa	Esfera		
	Federal	Estadual	Municipal
Preparação	Ministério da Saúde	Gestor Estadual	Gestor Municipal
Análise	Conselho Nacional de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Apreciação	Ministério Público	Ministério da Saúde Ministério Público	Gestor Estadual Ministério Público
Referências políticas e técnicas utilizadas Na elaboração	Quadro de metas Federal	Quadro de metas Estadual	Quadro de metas Municipal
Periodicidade	Anual	Anual	Anual
Formulação	Até 28 de fevereiro de cada ano	Até 20 de fevereiro de cada ano	Até 20 de janeiro de cada ano

Fonte: SES

4.1.4 Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecido pela NOAS/01, é parte integrante do Plano de Saúde estadual e tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população dos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde.

O PDR é pactuado pelos gestores municipais e deve ser coordenado pelo gestor estadual com os municípios e servirá como subsídio para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), com base no que foi pactuado. A elaboração do PDR consiste em planejamento integrado, que envolve o conjunto de municípios componentes de determinada região de saúde do Estado, em busca garantir a resolução dos problemas de saúde da população.

O Plano Diretor de Regionalização prevê a organização dos Estados em microrregiões de saúde com níveis crescentes de complexidade dos serviços, os

serviços de saúde são pensados em um plano regional, de modo a permitir o custeio dos serviços de saúde mais complexos.

De acordo com o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.17), os principais objetivos do Plano Diretor de Regionalização:

- Aumentar a capacidade de gestão do SUS;
- Trabalhar de acordo com as necessidades da saúde e não em função das pressões de oferta;
- Incrementar as relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades e dos compromissos estabelecidos;
- Fortalecer os instrumentos de consolidação dos pactos entre gestores do sistema e
- Melhorar o acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

O Plano Diretor de Regionalização deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais.

O Plano Diretor de Regionalização deve contar com um Plano Diretor de Investimentos, que servirá como orientação para a elaboração dos respectivos planos plurianuais, bem como das propostas orçamentárias.

Uma vez discutida pela Comissão Intergestores Bipartite, no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde, aprovado nas instâncias estaduais, o Plano Diretor de Regionalização deve ser remetido à Comissão

Intergestores Tripartite⁴⁰ que o encaminhará ao gestor federal para análise de conteúdo e viabilidade.

Requisitos para a aprovação do Plano Diretor de Regionalização, conforme Instrução Normativa n.º 2, de 06 de abril de 2001:

- Descrição da organização do território estadual em regiões/ microrregiões de saúde e módulos assistenciais com a identificação e definição da inserção e papel dos municípios sede, municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- Abrangência populacional por módulo assistencial e região/microrregião do Estado;
- Apresentação dos subsídios para elaboração da Programação Pactuada e Integrada da assistência do Estado e cronograma de readequação;
- Apresentação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros Estados;
- Descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal;
- Descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.
- Apresentação e proposta de estruturação de redes de referência especializada;
- Cronograma de implantação do plano;
- Aprovação do Plano pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde e
- Adesão à implantação do Cartão SUS.

O fluxo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização pode ser sistematizado em quatro etapas:

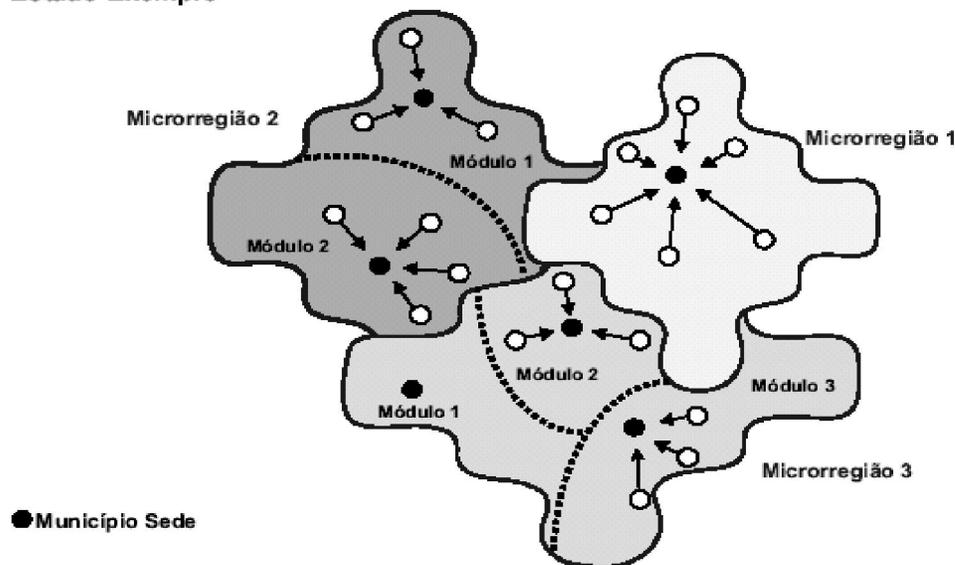
- **1.ª etapa** - a Secretaria Estadual de Saúde faz
- Um levantamento da situação dos serviços de saúde no Estado e apresenta uma proposta para o Plano Diretor de Regionalização;

⁴⁰ Comissão Intergestora Tripartite: integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e do CONASEMS.

- **2.^a etapa** - a Secretaria Estadual de Saúde promove um amplo debate sobre o desenho de regionalização dos serviços de saúde a ser implantado no Estado, com a participação dos gestores municipais, dos Conselhos Municipais de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite;
- **3.^a etapa** - com base no que foi pactuado com os gestores municipais, a Secretaria Estadual de Saúde formaliza o Plano Diretor de Regionalização e o remete à Comissão Intergestores Bipartite para a homologação e;
- **4.^a etapa** - após a homologação no âmbito estadual, o Plano Diretor de Regionalização é encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para análise da viabilidade e aprovação.

Organização das Microrregiões na Assistência à Saúde

Estado Exemplo



Fonte: Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116

Figura 1- Organização das Microrregiões na Assistência à Saúde.

4.1.5 Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo instituído no âmbito do SUS para prever recursos da assistência à saúde nos Estados e nos

municípios. Nesse instrumento com periodicidade quadrienal, se prevê o envolvimento e comprometimento de cada gestor do sistema, na forma de garantir a acessibilidade da população aos serviços de saúde, sempre intermediada por negociações entre gestores municipais, amparadas pelo gestor estadual.

Compete a cada município se programar nas ações que irá executar, das necessidades do seu município, para então negociar com os outros gestores as ações que serão referenciadas. Assim, a quantidade de usuários demandados no seu município, será encaminhada para o atendimento de referência em outros municípios, bem como conhecer as especialidades profissionais (médicas e outras) e os recursos demandados.

O município elabora sua própria programação, aprovando-a no Conselho Municipal de Saúde. O Estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, garantindo o acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção e aprova os produtos finais na Comissão Intergestores Bipartite. Todas as pactuações entre os gestores municipais devem manter coerência com os conteúdos do Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos de planejamento.

A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades.

Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores de serviços conveniados e contratados, têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados.

Os recursos disponíveis para investimentos, federais, estaduais ou municipais, deverão ser programados de acordo com as prioridades definidas para a conformação da rede assistencial. A programação de ações ambulatoriais e hospitalares não disponíveis no Estado deverá ser negociada com outros gestores, por intermédio de câmaras de compensação interestaduais, com o apoio do Ministério da Saúde.

4.1.5.1 Principais objetivos da Programação Pactuada e Integrada:

De acordo com o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.19), os principais objetivos da PPI, são:

- Estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual, por intermédio de instâncias integradas de planejamento e de acordos;
- Orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- Explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- Orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores, em detrimento da lógica de alocação de recursos orientada pela oferta de serviços;
- Orientar a alocação de recursos financeiros entre municípios, por meio da adoção de critérios claros e adequados de definição de limites financeiros, para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, em todos os municípios e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas entre os gestores municipais.

- A periodicidade de atualização dos pactos contida na Programação Pactuada e Integrada (PPI) deverá ser definida entre os gestores municipais e o estadual e aprovada nas Comissões Intergestores Bipartite.

4.2 Instrumentos de Gestão e Planejamento e a Responsabilidade das esferas de Governo.

Observou-se nos itens anteriores que os Instrumentos de Gestão e Planejamento do SUS são elaborados, em cada esfera de governo, de forma harmônica e com alto grau de interdependência, ou seja, se uma das esferas falhar no seu processo de planejamento comprometerá significativamente o produto de outra esfera.

Por isso, em caso de omissão, será notificado, além do gestor, a Secretaria Estadual de Saúde, quando a omissão for de um município, ou o Ministério da Saúde, quando a omissão for de um Estado, cabendo a estes órgãos públicos o fornecimento de auxílio técnico para a solução do problema.

Casos de omissão reiterada, ou não justificada, implicará em procedimentos corretivos específicos e, eventualmente, em penalidades previstas em lei.

De acordo com o relatório, MS Gestão do SUS (2002, p.31), são responsabilidades do Ministério da Saúde:

- Elaborar a Agenda de Saúde Nacional;
- Encaminhar a Agenda de Saúde Nacional ao Conselho Nacional de Saúde;
- Analisar os Planos de Saúde dos Estados;
- Elaborar o Plano de Saúde Nacional;
- Encaminhar o Plano de Saúde Nacional ao Conselho Nacional de Saúde;

- Analisar os Quadros de Metas dos Estados;
- Elaborar o Quadro de Metas Nacional;
- Encaminhar o Quadro de Metas Nacional ao Conselho Nacional de Saúde;
- Analisar os Relatórios de Gestão dos Estados;
- Elaborar o Relatório de Gestão Nacional;
- Encaminhar o Relatório de Gestão Nacional ao Conselho Nacional de Saúde; e, posteriormente, ao Ministério Público;
- Elaborar as diretrizes nacionais para a Programação Pactuada e Integrada e;
- Elaborar a Programação Pactuada e Integrada Nacional.

São responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal:

- Elaborar a Agenda de Saúde Estadual;
- Encaminhar a Agenda de Saúde Estadual ao Conselho Estadual de Saúde;
- Analisar os Planos de Saúde dos municípios;
- Elaborar o Plano de Saúde Estadual;
- Encaminhar o Plano de Saúde Estadual ao Conselho Estadual de Saúde, e posteriormente ao Ministério da Saúde;
- Analisar os Quadros de Metas dos municípios;
- Elaborar o Quadro de Metas Estadual;
- Encaminhar o Quadro de Metas Estadual ao Conselho Estadual de Saúde, e posteriormente, ao Ministério da Saúde;
- Analisar os Relatórios de Gestão dos municípios;
- Elaborar o Relatório de Gestão Estadual;
- Encaminhar o Relatório de Gestão Estadual ao Conselho Estadual de Saúde, e, posteriormente, ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público;
- Elaborar o Plano Diretor de Regionalização;
- Encaminhar o Plano Diretor de Regionalização à Comissão Intergestores Bipartite para aprovação;
- Elaborar as diretrizes estaduais para a Programação Pactuada e Integrada e

- Elaborar a Programação Pactuada e Integrada Estadual.
- São responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde:
- Elaborar a Agenda de Saúde Municipal;
 - Encaminhar a Agenda de Saúde Municipal ao Conselho Municipal de Saúde;
 - Elaborar o Plano de Saúde Municipal;
 - Encaminhar o Plano de Saúde Municipal ao Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde;
 - Elaborar o Quadro de Metas Municipal;
 - Encaminhar o Quadro de Metas Municipal ao Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde;
 - Elaborar o Relatório de Gestão Municipal;
 - Encaminhar os Relatório de Gestão Municipal ao Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério Público;
 - Elaborar a Programação das Ações de Saúde Municipais, que servirão de base para a Programação Pactuada e Integrada em nível estadual; e
 - Encaminhar a Programação das Ações de Saúde Municipais ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde.

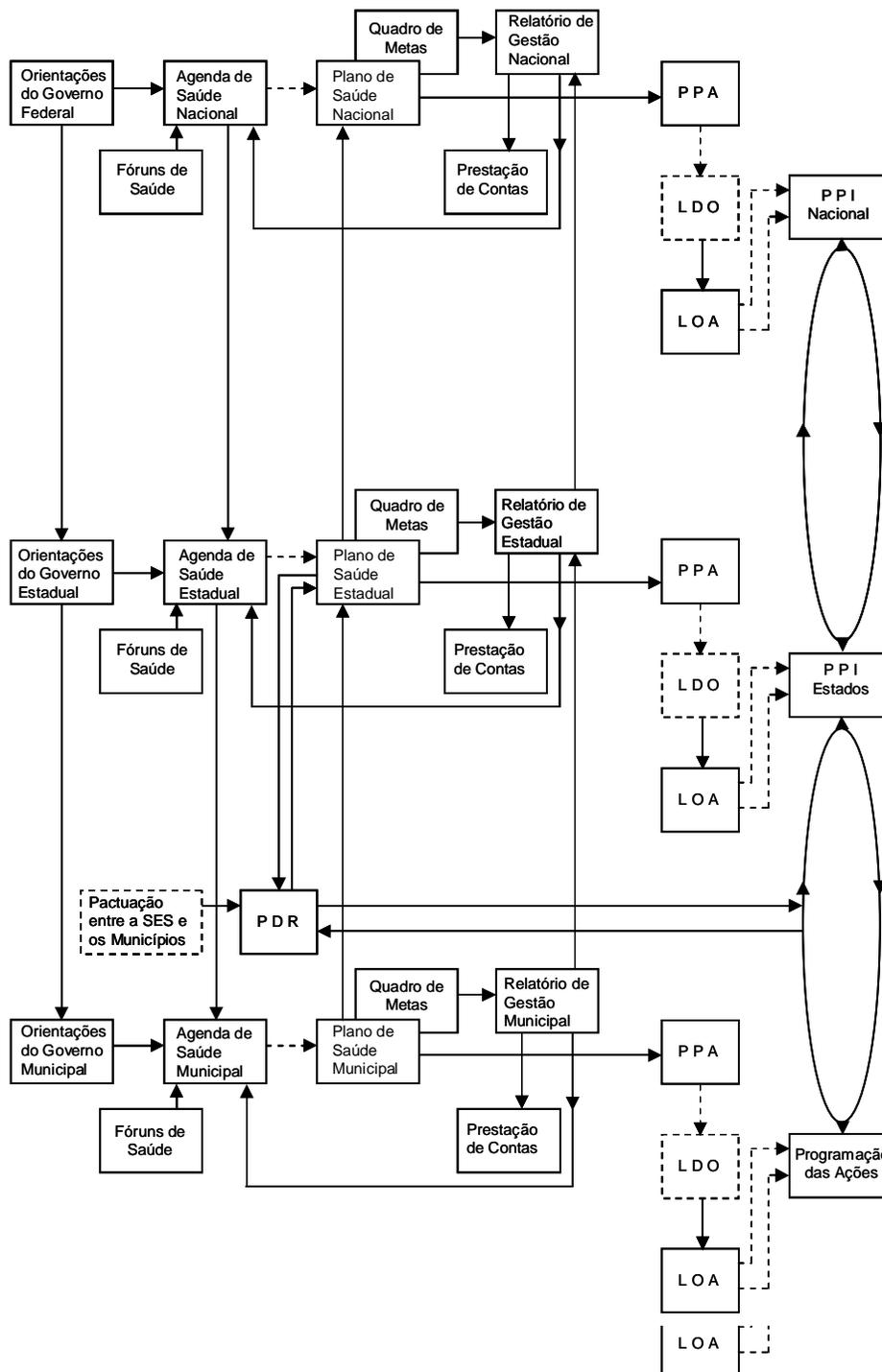


Figura 02 - Fluxo de Interação entre Agendas de Saúde, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada.

Os instrumentos de gestão e planejamento do SUS formam um sistema integrado de planejamento que abrange as três esferas de governo, é um processo que inicia com a definição de objetivos claros, para que então possam ser traçadas estratégias e planos detalhados a fim de atingi-los.

5. PROGRAMAS CONSIDERADOS COMO REFERÊNCIAS PARA ESTUDAR O PLANEJAMENTO PÚBLICO EM MT.

O Estado de Mato Grosso define a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES, como gestora do SUS estadual, e assim, ela exerce uma atuação dos serviços de saúde pública voltada para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos crônicos.

Para tanto, o Ministério da Saúde implanta os programas estratégicos e a SES os implementa, com recursos humanos treinados e capacitados, no sentido de reduzir os casos e proporcionar o bem-estar social, alcançado por meio de políticas públicas, com efeito direto na qualidade de vida da população e, portanto, na saúde do indivíduo.

Em destaque, alguns dos programas objetos de estudos, implantados pelo Ministério da Saúde e implementados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, em parceria com os municípios, no sentido de fomentar políticas públicas em atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde e áreas afins.

Dentre os programas apresentados, tem-se:

O Programa de Saúde da Família como Modelo de Gestão do SUS: O Programa de Saúde da Família, um dos principais modelos de planejamento público no Brasil. Criado a partir de 1993, sob a pasta do então Ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo, hoje se encontra na vanguarda e, portanto, é considerado como um instrumento da reforma incremental sanitária brasileira, operado de forma sinérgica no modelo de prestação de ações e serviços de saúde.

A Constituição de 1988 estabeleceu a base jurídica legal para a implementação do novo modelo de prestação de ações e serviços de saúde em nível nacional e assim, surgiu à proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), com início

em 1991, quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com intuito de focar a família na área de cobertura como unidade de ação programática de saúde e não mais tão-somente o indivíduo.

O Programa de Saúde da Família no Estado, como estratégia estruturais dos sistemas municipais de saúde, tem provocado importante movimento na forma de organizar o modelo de atenção à saúde vigente, produzindo resultados positivos na forma de organizar as ações de saúde.

Formação das Equipes do Programa de Saúde da Família: O trabalho de equipes da Saúde da Família é o fator para a interlocução, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e os ditos com o conhecimento popular do Agente Comunitário de Saúde.

Com relação a sua composição é no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias em áreas estrategicamente definidas, e com responsabilidades no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, sob a responsabilidade de prestar assistência permanente e de qualidade.

Mortalidade Infantil: O Ministério de Saúde implantou diversos projetos e programas para fortalecimento das ações na área da criança. Para isso tem áreas técnicas que definem as políticas públicas na área da criança, além de apoiar e assessorar as Secretarias Estaduais de Saúde na implantação dessas políticas, com os objetivos de reduzir a morbi-mortalidade infantil. Apresentando promoção de práticas de alimentação, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais combatendo assim a mortalidade infantil.

Tuberculose: Ministério de Saúde instituiu o incentivo para o controle da tuberculose, de acordo com a Portaria nº 1.474 GM/MS de 19 de agosto de 2002, juntamente com os Estados e Municípios; onde cada um destes devem alimentar o SINAM – Sistema de Informação de Agravos de Notificação e implantar a estratégia do tratamento supervisionado, e são financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações⁴¹, repassados diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde.

E de acordo com a Política Estadual de Saúde, o Estado de Mato Grosso possui 05 municípios com prioridades para o controle da tuberculose que são: Cáceres, Cuiabá, Sinop, Rondonópolis e Várzea Grande. Contudo, a taxa de incidência vem diminuindo de forma significativa através de planos emergências de controle, mas não significa que houve o cumprimento da meta de cura, como será discutido no capítulo 6, por diversos fatores.

Malária e a Dengue: De acordo com a portaria nº 1.399/99 em seu artigo segundo compete aos Estados em conjunto com os municípios, através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde coordenar e supervisionar as ações de prevenções e controle.

O Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) tem como objetivos gerais: reduzir a morbi-mortalidade por malária, reduzir a transmissão em áreas urbanas do Brasil e manter a ausência de transmissão nas áreas onde a doença foi interrompida. Para garantir o controle da doença, a redução das formas graves e a mortalidade por ela provocada, segundo o ABC do SUS (2008, p.205), o PNCM tem proporcionado apoio sistemático à estruturação dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado e oportuno.

Outros componentes importantes referem-se ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, da educação em saúde e do controle seletivo de vetores.

⁴¹ Portaria do MS assinada pelo ministro da Saúde, Barjas Negri, transferiu para o Faec (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação) o financiamento do acesso de pacientes à terapia renal substitutiva (TRS), que possibilita a ampliação do atendimento a doentes renais crônicos pelo SUS.

Capacitação de profissionais de saúde para desenvolverem ações de prevenção e controle da malária nas unidades de saúde do SUS: destaca-se neste contexto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia Saúde da Família, a expansão da rede de diagnóstico e tratamento, a estruturação da vigilância entomológica para promover as ações de controle vetorial de forma seletiva e efetiva, a promoção de ações de educação em saúde e a mobilização comunitária, a atualização e a análise sistemática das informações epidemiológicas para avaliação e planejamento das ações de controle.

O aumento de casos de malária no Estado de Mato está associado à exploração do ouro. O aumento mais expressivo ocorreu no ano de 1992, onde a produção foi muito grande, o que atraiu muitos garimpeiros e conseqüentemente o aumento do número de casos. O Estado adotou medidas intensas de combate à doença.

Também foi no ano de 1992, que apareceram os primeiros casos de Dengue no Estado, contudo foi no ano de 2002 que houve um aumento expressivo de casos. E para intensificar as ações de controle foi implantado o Programa Estadual de Controle da Dengue, onde foram priorizados 18 municípios do Estado.

De acordo com o ABC do SUS (2008, p.113), o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) tem o objetivo de reduzir o número de óbitos e a incidência da doença no Brasil, envolvendo ações permanentes e intersetoriais, uma vez que não existem evidências técnicas de que, em curto prazo, seja possível a erradicação do mosquito transmissor *Aedes Aegypti*. Implantado em 2002, desenvolve – em parcerias com estados e municípios – campanhas de comunicação e mobilização social visando à prevenção e ao controle do mosquito transmissor (eliminando potenciais criadouros do vetor em ambiente doméstico e tratando com larvicidas apenas aquelas onde ações alternativas não puderam ser adotadas).

HIV/Aids: O Ministério da Saúde institui, por meio da portaria GM/MS 2.313 de 19 de dezembro de 2002, o incentivo para os Estados, Distritos Federais e Municipais no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids, sendo o repasse feito de forma automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde.

Segundo o ABC do SUS (2008, p.283) o Programa Nacional de DST / Aids tem como missão reduzir a incidência de HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas contaminadas pelo vírus. Para isso, formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência. Para expandir a qualidade e o acesso às intervenções, busca-se a ampliação das ações de prevenção, a inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção, o acesso aos insumos (preservativos, gel lubrificante, kits de redução de danos) e a implementação de serviços de referência em assistência.

Programa de Assistência Farmacêutica: Definida na PNM – Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, editada pela portaria GM/MS nº 3.916; Política que fortalece os princípios e diretrizes do SUS, com finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos essenciais à população”.

Vigilância em Saúde: Segundo o Ministério de Saúde, a Vigilância em Saúde praticada em um sistema, precisa atuar sobre os problemas de saúde, principalmente os que possuem risco potencial de disseminação, e também precisa identificar os problemas de saúde mais relevantes para comunidade, claro que considerando a morbidade e a mortalidade.

Contudo, ainda de acordo com o Ministério de Saúde, é preciso que se faça descentralização para que haja um maior desenvolvimento e eficácia das ações de vigilância em saúde capazes de articular ações programáticas, visando a resolução de problemas que afetam a saúde individual e coletiva.

De acordo com o ABC do SUS (2008, p.389), a vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica.

Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade: O Ministério de Saúde definiu, através de diversas portarias o rol de procedimentos considerados de Média e Alta complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, seu financiamento é disponibilizado mensalmente a base de 1/12(um doze avos) dos valores previstos em portaria do Ministério da Saúde.

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde como órgão gestora do SUS, deve garantir o acesso a serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, claro, de forma regionalizada, bem como os serviços de referencia estadual, independentemente, de serem próprios, contratados ou conveniados.

É importante salientar, também que, o Ministério de Saúde, esclarece que tem que se ter uma assistência à demanda espontânea individual, dentro de uma lógica de planejamento e programação onde, se tem à melhoria da qualidade de determinados serviços, associados a outras ações como melhoria de transportes, saneamentos, e educação, por exemplo.

Ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde: De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Art. 196, garante o acesso da população a uma saúde igualitária a todos e dever do Estado, garanti-las mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Mediante diversas Conferências Internacionais de Saúde, foram definidos processos de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua

qualidade de vida e saúde, com objetivo de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Os Estados brasileiros devem também promover políticas de saúde no mesmo sentido, porém observando as diferenças regionais. Uma vez que o SUS vem fortalecendo as gestões municipais, tendo o Estado como co-participe e co-financiador desses sistemas de atenção básica, da microrregionalização para média e alta complexidade e garantidor da atenção de referência Estadual.

Portanto, a utilização desses programas pesquisados, foi fundamental para a realização do estudo sobre o planejamento na saúde. Sendo importante e indispensável no sentido de vir ao encontro das necessidades de se organizar e melhorar a qualidade das políticas públicas, em especial a saúde pública no Estado de Mato Grosso.

6. O CASO DE MATO GROSSO

De acordo com informações do IBGE/2007, o Estado de Mato Grosso possui atualmente 141 municípios, ocupa uma área de 906.806 km², localiza-se a oeste do Meridiano de Greenwich e a sul da Linha do Equador e com fuso horário -4 horas em relação ao horário mundial GMT. No Brasil, o Estado faz parte da região Centro-Oeste fazendo fronteiras com os estados de Mato Grosso do Sul, Goiás, Pará, Amazonas, Rondônia, Tocantins e também um país, a Bolívia, sendo sua capital Cuiabá, e a população total do Estado é estimada de 2.854.642 habitantes, tendo uma densidade de 2,6 hab/km².

6.1 Planejamento Público e a Política de Saúde no Estado de Mato Grosso.

O Estado de Mato Grosso tem como fonte gestora do serviço de saúde a Secretaria de Estado de Saúde, cuja finalidade é de exercer as macro-funções como de planejamento, fomentar e formular políticas de saúde, gerir políticas públicas na área de saúde, regulação, monitoramento, controle e avaliação, condução da política pública na formação e desenvolvimento de recursos humanos e co-financiamento das ações de Saúde. Em nível de operacionalização institucional essas funções são agregadas em duas grandes áreas: finalística e meio ou instrumental (Política Estadual de Saúde, pg. 01, 2005).

O trabalho pioneiro que foi um marco na construção da Política Estadual na área da saúde pública no Estado de Mato Grosso foi elaborado no ano de 1995, período em que a situação do Sistema Único de Saúde no Brasil, ainda não estava totalmente consolidada e o SUS ainda procurava delinear a estruturação e o molde necessário para atender a demanda populacional.

O Sistema Único de Saúde trilha o caminho direcionado rumo à municipalização, onde está a população, clientes principais do SUS, cuja

proposta é de garantir a todos os cidadãos do país que dele se utilizam, a prática do acolhimento humanizado do usuário e qualidade no atendimento do serviço prestado.

O Sistema Único de Saúde é acompanhado e fiscalizado por órgãos colegiados deliberativos que são responsáveis pela sua condução, que são o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), já nos municípios, há o Conselho Municipal de Saúde e ainda, foram criadas as Comissões Intergestoras Bipartite Regionais que contam com a participação dos Escritórios Regionais de Saúde, que lhe dão sustentabilidade.

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso conta com 16 (dezesesseis) Escritórios Regionais de Saúde que são estruturas administrativas regionais com a finalidade de assessorar, supervisionar e administrar as ações e os serviços de saúde delegados pela SES aos ERS e por via são estendidos a todos os municípios pertencentes a cada região definida estrategicamente.

Os Escritórios Regionais de Saúde estão localizados e distribuídos estrategicamente nos municípios de Água Boa, Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Colíder, Cuiabá, Diamantino, Juara, Juína, Peixoto de Azevedo, Pontes e Lacerda, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, São Félix do Araguaia, Sinop e Tangará da Serra.

A política pública do Estado de Mato Grosso no âmbito da Saúde requer que a SES conduza a consolidação dos serviços de saúde, uma vez que o planejamento se faz presente através dos consórcios de saúde, no fortalecimento da gestão municipal e regional, no planejamento participativo e na referência de serviços de saúde programados e pactuados (PPI), que haja um envolvimento do nível central, das unidades descentralizadas, hospitais regionais e os escritórios regionais de saúde e também dos municípios com os órgãos de gestão regionalizada.

Para que se proceda às ações de planejamento, os instrumentos de gestão utilizados são a Política Estadual de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano

de Trabalho Anual (PTA), Plano de Trabalho Mensal (PTM), a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Com relação a novos investimentos previstos na área da saúde em Mato Grosso, o Ministério da Saúde propõe investir R\$ 5,4 milhões para a construção de três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. De acordo com informações da SES, as medidas visam melhorar a gestão das urgências e emergências no Estado.

A meta é reduzir a superlotação de hospitais, as filas de espera para o atendimento médico e prestar um atendimento de urgência altamente qualificado.

A proposta das UPAs é prestar atendimento emergencial de baixa e média complexidade 24 horas por dia aos portadores de quadro clínico agudo e atender às diversas demandas da população, especialmente à noite e aos fins de semana, quando a rede básica e o Programa Saúde da Família não funcionam.

Concluindo, o Ministério da Saúde informa que a implantação das novas UPAs visa contemplar regiões metropolitanas com, no mínimo, 50 mil habitantes, locais onde existe uma Rede SAMU implantada, municípios onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é baixo e o atendimento hospitalar é precário.

6.2 Planejamento Público em Mato Grosso – Modelo de Gestão Voltado Para Resultados.

O planejamento público em Mato Grosso começou a ganhar novos contornos com a autorização pela Assembléia Legislativa, através da lei nº 6.695 de 19 de dezembro de 1995, para o Estado aderir ao Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal de Estados, proposto pelo Conselho Monetário Nacional.

Autorizada à adesão, o então Governador do Estado, Dante Martins de Oliveira⁴², instituiu o decreto nº 752 de 22 de janeiro de 1996, que criou o Programa de Reforma do Estado de Mato Grosso.

Este Programa foi concebido com os seguintes objetivos fundamentais:

I - concentrar a atuação do Estado em suas atribuições típicas e nas ações estratégicas para o seu andamento;

II - fazer retornar para a Administração Direta todas as entidades da Administração Indireta que dependam de recursos do Tesouro Estadual;

III - manter na Administração Indireta apenas as atividades que disponham de recursos próprios para se auto-sustentar, ressalvadas as fundações de caráter social, assistencial e educacional;

V - estimular o exercício de atividades e serviços em nível local, fazendo retornar aos municípios os serviços de sua competência constitucional;

V - fortalecer a atuação estratégica de Estado face aos organogramas nacionais de desenvolvimento para a região Centro-Oeste;

VI - substituir as ações de execução direta pelas ações de articulação para atrair investimentos para o Estado;

VII - assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do Estado, eliminando gradualmente o déficit público; (Art. 1º do Decreto nº 752 de 22/01/96).

O Programa de Reforma se deu em duas fases: a primeira de 1995 – 1999 foi uma reforma estrutural, com objetivo maior de ajustar as contas do Estado, já que a situação em Dezembro de 1994 era de extrema crise: salários dos servidores, correspondentes a 3,2 folhas, atrasados; o montante da despesa com Outros Custeios Correntes alcançava 50% da Receita Corrente Líquida do Estado; o déficit primário era de 41% da Receita Corrente Líquida; e ainda, as dívidas consolidadas eram de 2,9 bilhões, representando 3,4 vezes a Receita Líquida Real Anual, e quase 50% deste montante era vencível em quatro anos.

⁴² Dante Martins de Oliveira governou Mato Grosso de 01 de janeiro de 1995 a 06 de abril de 2002.

Diante do quadro nada favorável, optou-se por concentrar a atuação do Estado em suas atribuições típicas, absorver na administração direta as entidades da administração indireta que não dispunham de recursos próprios para se auto-sustentar (ressalvadas as de caráter social, assistencial e educacional), reverter aos municípios atividades e serviços de sua competência constitucional, promover ações articuladoras para o desenvolvimento do Estado e eliminar gradualmente o déficit público, assegurando o equilíbrio econômico-financeiro. O Estado passou então, por um amplo processo de extinções e liquidações de empresas e órgãos; privatização e concessões de empresas; demissão - redução do quadro de pessoal.

Com estes ajustes, a situação fiscal de Mato Grosso em percentual da Receita Corrente Líquida evoluiu, conforme demonstra o Quadro 1 abaixo, dando respaldo para implementação de outra reforma, a da Modernização da Gestão do Estado.

Quadro 6- Situação Fiscal de Mato Grosso em % da Receita Corrente Líquida

Estrutura	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Receita Corrente Líquida	100	100	100	100	100	100
Despesas	141	126	91	83	86	84
Pessoal	91	82	69	57	58	56
Custeio	50	44	22	26	28	28
Resultado Primário	(41)	(26)	9	17	14	16
Serviço Da Dívida	17	29	49	25	22	21
Resultado Operacional	(58)	(55)	(40)	(8)	(8)	(5)

Fonte: Apresentação Palestra Secretário de Estado de Fazenda de MT - Valter Albano

A segunda fase da reforma administrativa do Estado de Mato Grosso iniciou-se no ano de 2000, quando o Conselho Diretor do Programa de Reforma do Estado através da Resolução nº 002/2000, constitui um Grupo de Trabalho, com a missão de avaliar a execução da reforma e propor ao Conselho um modelo de gestão voltado para resultados calcado em métodos gerenciais e comprovadamente eficazes para a obtenção da satisfação da sociedade.

Desta forma, através do decreto nº 2.485 de 16 de abril de 2001, o então governador Dante Martins de Oliveira, criou o Programa de Modernização da Gestão Pública Estadual (PMG) voltada para resultados, com o objetivo de implantar uma administração pública gerencial no estado de Mato Grosso. O decreto diz o seguinte:

O programa tem como princípios básicos: satisfação do cliente-cidadão; gestão participativa; gerência de processos; descentralização de decisão; constância de propósitos; melhoria contínua; prevenção de erros; garantia da qualidade e, transparência. (§ 2º do Art. 1º do decreto 2.485 de 16/04/2001).

O Programa ora criado implementara as gestões de Planejamento, Processos, Pessoas, Padronização, Avaliação, Informações e Estrutura Organizacional, com foco em resultados, conforme Modelo de Gestão aprovado pelo Conselho Diretor de Reforma do Estado. (Art. 2º do decreto 2.485 de 16/04/2001).

O decreto criou Comitês Executivos de Implementação, que eram compostos pelos Secretários de Estado, Secretários Adjuntos, Dirigentes de Órgãos Públicos Estaduais, Gestores das áreas sistêmica e programática e Coordenador Executivo do PMG nos Órgãos. Estes Comitês depois de formalizados deveriam instalar nas áreas de planejamento dos órgãos, as equipes de suporte metodológico que seriam compostas e coordenadas por técnicos dos órgãos.

O Modelo de gestão formulado abordou os diversos aspectos da gestão, valendo-se dos critérios de avaliação do PQSP – Programa de Qualidade no Serviço Público instituído pelo governo federal, para construção do seu escopo conceitual. Alguns critérios ficaram totalmente identificados conforme Quadro 02, outros permearam o processo de desenvolvimento da política de gestão.

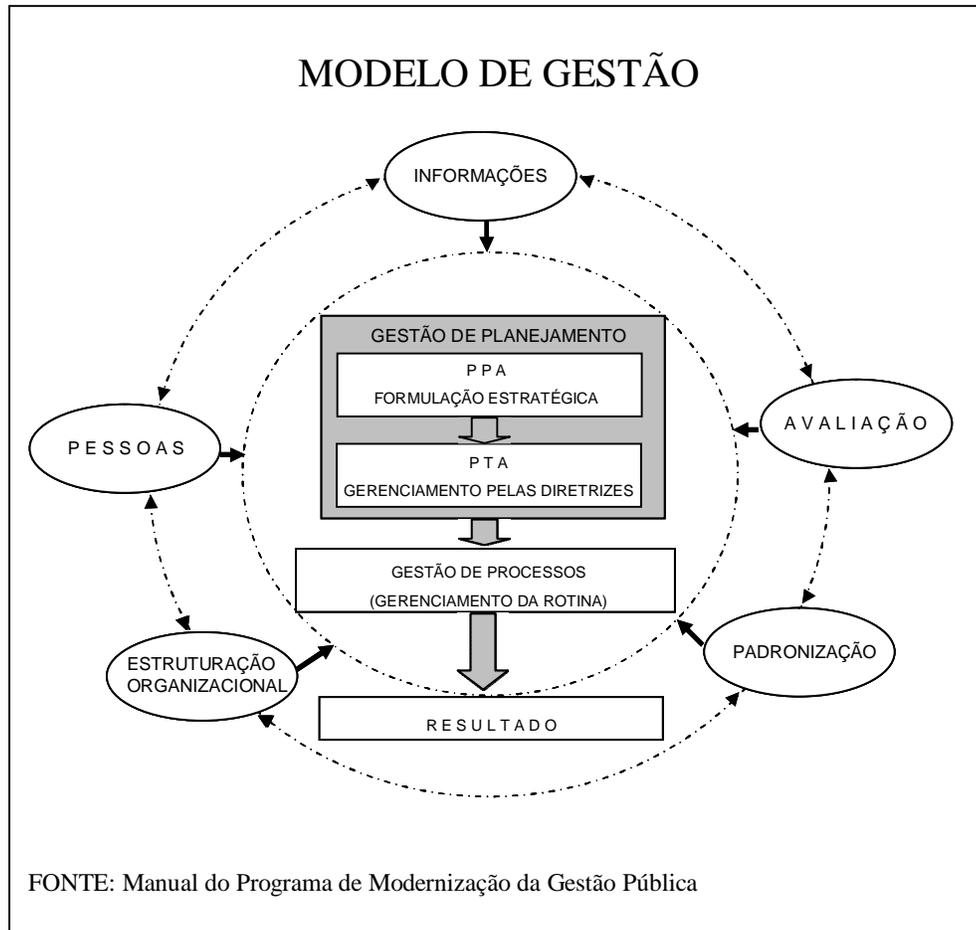


Figura 03 – Estrutura do Modelo de gestão voltada para resultados.

Um dos pilares do PMG é a Gestão de Planejamento. O planejamento e o orçamento anual são instrumentos de operacionalização de curto prazo da programação constante dos planos setoriais e regionais de médio prazo, os quais, por sua vez, cumprem o marco fixado pelos planos globais de longo prazo onde estão definidos os grandes objetivos e metas, os projetos estratégicos e as políticas básicas. (Manual do PMG, p.7).

A Gestão do Planejamento compreende também o orçamento, uma vez que, para o modelo, o planejamento e orçamento não podem ser vistos separadamente. Assim diz o manual do PMG:

O orçamento é parte de um sistema maior, integrado por planos e programas que geram as definições e os elementos que possibilitarão a própria elaboração orçamentária.

A ação governamental obedecerá ao planejamento que visa promover o desenvolvimento econômico e social do Estado, norteando-se segundo planos e programas elaborados, e compreenderá os seguintes instrumentos básicos:

- Elaboração e revisão do Plano Plurianual – PPA;
- Elaboração e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO;
- Elaboração dos Planos de Trabalho Anuais – PTA;
- Elaboração das propostas orçamentárias anuais;
- Discussão, votação e aprovação da Lei Orçamentária Anual – LOA;
- Controle e avaliação das execuções orçamentárias e do Plano de Trabalho Anual – PTA. (Manual do PMG, p.7).

O PMG definia como principais instrumentos de planejamento o: Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, o Plano de Trabalho Anual – PTA e a Lei de Orçamento Anual – LOA. Assim, também foram definidos pela Constituição Federal de 1988, nos artigos 165, 166 e 167, no que tange competências de legislar sobre o assunto.

6.3 Financiamento das Ações de Saúde na SES - MT.

O aumento com investimento de recursos financeiros destinados a atender as ações da Saúde no Estado de Mato Grosso é algo fenomenal, conforme consta nos últimos relatórios financeiros da Secretaria de Estado de Saúde uma evolução muito significativa, quer seja dos recursos disponibilizados pela fonte do Tesouro do Estado (Fonte 134), quanto pela (Fonte 126), repassada pelo Ministério da Saúde.

Se na última década do século passado, no ano de 1994⁴³, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso investiu o montante de R\$ 25 milhões de recursos destinados em atender a saúde, já no ano de 2005 os valores saltaram simplesmente para R\$ 389,5 milhões. O que significou um aumento de 1.985% (um mil, novecentos e oitenta e cinco por cento), ou seja, o Estado investiu R\$ 138,92 milhões em saúde, tanto com recursos do tesouro estadual e R\$ 185,97 milhões, considerando os recursos federais.

Porém, nos anos de 2007 e 2008, estes valores aplicados foram ainda mais relevantes, conforme define o quadro 7, Evolução do Financiamento na Saúde em Mato Grosso, a seguir:

Quadro 7 - Evolução do Financiamento da Saúde em MT.

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA			
FONTE DE RECURSOS	2007	2008 - INICIAL	2008 - ATUAL
SEC. DE ESTADO DE SAÚDE			
DESPESA COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS FONTE 134	246.258.092,00	267.907.105,00	267.907.105,00
FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			
FONTE DE RECURSOS	2007	2008 - INICIAL	2008 - ATUAL
112 - MINISTÉRIO DA SAÚDE	191.854.495,19	178.375.077,00	207.676.689,00
134 - TESOURO DO ESTADO	228.495.067,15	193.114.070,00	259.645.355,21
240 - ARRECAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	240.699,00	139.295,00	139.295,00
261 - CONVÊNIOS	9.487.261,00	10.133.399,00	13.303.399,00
SUB-TOTAL	430.077.522,34	381.761.841,00	480.764.738,21
TOTAL GERAL (SES E FES)	676.335.614,34	649.668.946,00	748.671.843,21
TOTAL 134 - TESOURO DO ESTADO	474.753.159,15	461.021.175,00	527.552.460,21
TOTAL OUTRAS FONTES	201.582.455,19	188.647.771,00	221.119.383,00
FONTE: FIPLAN * RECEITA PREVISTA			
FONTE	VALOR R\$		
134 - Folha de Pessoal	267.907.105,00		
134	259.645.355,21		
112	207.676.689,00		
240	139.295,00		
261	13.303.399,00		
TOTAL	748.671.843,21		

FONTE: FIPLAN

⁴³ Devido a impossibilidade de se ter acesso aos dados de 1994 à 1999, dificultou a elaboração da evolução completa do financiamento da Saúde em MT.

Verifica-se que os valores advindos de fontes diversas foram muito significativos na busca de atender a todos os programas previstos no orçamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

No exercício de 2007, a SES utilizou o montante disponibilizado de R\$ 676.335.614,34 distribuídas nas diversas fontes, para atender todas as despesas do exercício. No exercício de 2008, os valores disponibilizados nas várias fontes para custear as despesas do exercício, foram de R\$ 748.671.843,21, caracterizando um aumento no percentual aplicado.

Contudo, é importante salientar que com a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000, os Estados e Municípios passaram a ter maior participação no financiamento da saúde no Brasil, sendo que até meados da década de 90, o financiamento público da saúde no Brasil se dava quase que totalmente com os recursos provenientes da esfera federal.

E fazendo uma análise, conforme a tabela 8, ao longo do período analisado, observa-se que no Estado de Mato Grosso ocorreu um aumento gradativo do percentual de aplicação de recursos próprios em saúde, contudo, observa-se também que há uma divergência quanto ao percentual aplicado.

Isso por que de acordo com a Emenda Constitucional 29 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde o percentual aplicado está com valores inferiores ao exigido, constatado no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Mas por outro lado, em verificação aos dados dos Balanços Gerais do Estado, a aplicação é superior ao recomendado na referida emenda. Percebe-se então que um dos motivos desta divergência é que para o efeito do Balanço, o pagamento de inativos e pensionistas da SES-MT foi considerado como aplicação em saúde até junho de 2006, e também em virtude de um acórdão feito pelo Tribunal de Contas do Estado que exclui da base de cálculo da vinculação constitucional de recursos próprios aplicados em saúde: Imposto de

Renda Retido na Fonte – IRRF, Multa, Juros de Mora de Imposto e Dívida Ativa de Impostos e as Compensações Financeiras, Lei Kandir 87/96.

Tabela 8 - Percentual Aplicado pelo Estado de Mato Grosso de Acordo com a Emenda Constitucional 29 – SIOPS e Balanços Gerais do Estado

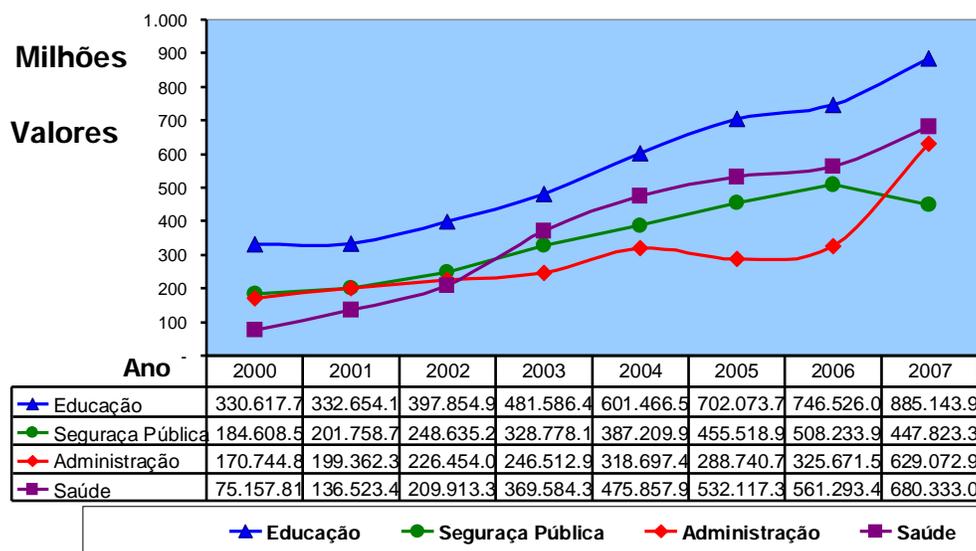
A - Ano	B - % mínimo EC - 29	SIOPS		BALANÇO GERAL DO ESTADO	
		C - % aplicado	D - diferença =(C-B)	E - % aplicado	F - diferença = (E-B)
2000	7	2,75	(4,25)	*	*
2001	8	6,33	(1,67)	8,51	0,51
2002	9	7,72	(1,28)	9,35	0,35
2003	10	9,09	(0,91)	8,44	-1,56
2004	12	11,01	(0,99)	12,59	0,59
2005	12	11,19	(0,81)	12,52	0,52
2006	12	11,07	(0,93)	12,28	0,28
2007	12	11,90	(0,10)	12,80	0,80
2008	12	11,24	(0,76)	12,39	0,39

Fonte SIOPS e Balanços Gerais do Estado

* Informação não disponível no Balanço

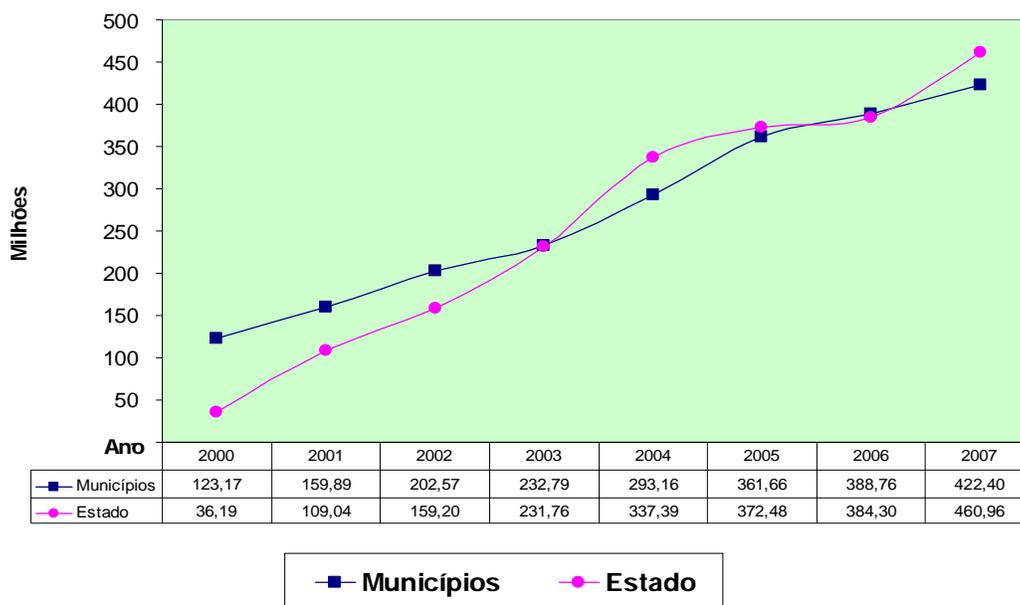
Contudo é importante salientar que apesar de ocorrer esta divergência, conforme demonstra a figura 4, dentre as quatro funções apontadas, educação, segurança, administração e saúde, fica evidente que a saúde, dentre as outras, é a que apresenta maior crescimento no período, sendo inferior apenas a educação a partir do ano 2003, verificando deste modo que há de fato uma positividade na instituição, ou melhor, na vinculação de recursos para saúde a partir da Emenda Constitucional 29.

Figura 4 - Estado de Mato Grosso - Evolução da Despesa: Função Educação, Segurança Pública, Administração e Saúde - Período de 2000 a 2007



Fonte: Balanços Gerais do Estado

Figura 5 – Evolução dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde Recursos Nominais - R\$ Milhões Estado e Municípios de Mato Grosso - Período 2000 a 2007.



Fonte: SIOPS

Fazendo uma comparação evolutiva, através de dados cedidos pelo SIOPS, entre os recursos próprios do Estado e dos Municípios aplicados em saúde, em Mato Grosso, verifica-se, observando a figura 5, que ambas apresentam

crescimento de relevância no período, ao que parece mais uma vez, reflexo da Emenda Constitucional 29 – EC 29.

Analisando o período de 2000 até 2003 os recursos próprios aplicados pelos Municípios (R\$ 485,63 milhões) foram superiores aos recursos próprios aplicados pelo Estado (R\$ 304,43 milhões) o que equivale a uma diferença de R\$ 181,20 milhões. Já em 2004 e 2005 esta relação se inverte, o Estado passa a aplicar um montante superior (R\$ 43,20 milhões a mais que o Município). E Estado aproxima aos valores preconizados pela EC-29, uma vez que o percentual de aplicação de recursos próprios por ele chega a 12% de sua receita de impostos e transferências constitucionais e legais.

Em 2006 ambos aplicaram valores semelhantes, contudo em 2007, o Estado passa a aplicar um valor superior, chega-se à conclusão de que os valores aplicados em saúde são crescentes ano a ano, refletindo assim, em aumento dos recursos aplicados em saúde no Estado de Mato Grosso.

As principais fontes de recursos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso são demonstradas nas Tabelas 9 e 10, abaixo, no período de 2000 a 2007 de acordo com os dados dos Balanços Gerais do Estado.

Tabela 9: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso Distribuição do Gasto, segundo a Fonte de Financiamento Período de 2000 a 2007

Fonte	Recursos Próprios		Ministério da Saúde		Outras Fontes		Total	
	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real
2000	46,38	46,38	30,51	30,51	0,25	0,25	77,14	77,14
2001	106,82	99,21	46,92	43,58	0,45	0,42	154,19	143,21
2002	148,54	122,59	69,21	57,12	0,34	0,28	218,09	179,99
2003	229,98	173,66	143,01	107,99	0,06	0,04	373,05	281,69
2004	355,46	249,45	121,27	85,11	0,27	0,19	477,00	334,75
2005	389,39	258,56	131,85	87,55	0,06	0,04	521,30	346,15
2006	399,40	257,13	135,21	87,05	0,04	0,02	534,65	344,20
2007	460,97	284,10	165,60	102,06	0,08	0,05	626,65	386,21

Fonte: Balanço Geral do Estado, SIG-MT (Sistema de Informação Gerencial)

Nota: Valores Deflacionados pelo IPCA/IBGE ano a ano

Tabela 10: Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso Evolução Percentual do Gasto, segundo Fontes de Financiamento Período 2000 a 2007 Índice 2000 = 100

Fonte de Financiamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Recursos Próprios	100	213,89	264,30	374,40	537,80	557,43	554,35	612,49
Ministério da Saúde	100	142,81	187,19	353,90	278,91	286,92	285,27	334,47
Outras Fontes	100	167,38	113,00	16,76	74,96	15,19	9,78	19,57
Total	100	185,62	233,31	365,12	433,90	448,67	446,14	500,59

Fonte: Balanço Geral do Estado, SIG-MT (Sistema de Informação Gerencial)

Nota: Valores Deflacionados pelo IPCA/IBGE ano a ano

Houve um crescimento substancial, no período analisado, dos recursos aplicados em saúde no Estado de Mato Grosso, partindo do montante de R\$ 77,14 milhões para R\$ 626,65 milhões em valores nominais, o que representa um crescimento de 400,59%. Sendo que o maior crescimento foi dos recursos próprios, uma vez que o incremento foi acima de 512% de 2000 para 2007. Houve também aumento proveniente dos recursos do Ministério da Saúde, no período, totalizando um percentual de 234,47%. Os recursos próprios saem do percentual de 60,12% em 2000, para 74,52% em 2004, estabilizando em torno deste percentual nos anos de 2005 a 2007.

Mas, observa-se que a participação dos recursos provenientes do Ministério da Saúde decresce percentualmente a partir de 2001, caindo em 2000 do patamar de 39,55% para 26,43% em 2007. Vale ressaltar, que com as novas diretrizes implementadas pelo Pacto pela Saúde, esta fonte de recursos apresenta uma tendência a declinar em ritmo mais acelerado, uma vez que a partir da assinatura e homologação dos termos de compromissos pelos municípios, todos passam a condição de gestores plenos do sistema dentro das suas responsabilidades pactuadas, recebendo a partir de então, diretamente os recursos provenientes do Ministério da Saúde, na forma de repasse fundo a fundo.

Tabela 11: Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso Percentual de Distribuição do Gasto, segundo a Fonte de Financiamento Período 2000 a 2007

Fonte de Financiamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Recursos Próprios	60,12	69,28	68,11	61,65	74,52	74,70	74,70	73,56
Ministério da Saúde	39,55	30,43	31,73	38,34	25,42	25,29	25,29	26,43
Outras Fontes	0,33	0,29	0,16	0,01	0,06	0,01	0,00	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Balanço Geral do Estado, SIG-MT (Sistema de Informação Gerencial)

Os investimentos verificados na área da Saúde buscam atender a uma grande parte de usuários, assim, é um grande desafio para o gestor deste novo milênio equacionar humanização e tecnologia e trabalhar a interface entre esses dois aspectos, quando a humanização é vista não como mais um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Conforme define o Conasems MS (2005, p. 115), na medida em que os desafios se tornam mais complexos, as organizações de saúde respondem com sofisticação e tecnologia pesada. No entanto, não podemos ignorar o avanço e o desafio que se apresentam ao SUS, uma política pública de saúde que visa a integralidade, a universalidade, o aumento da equidade e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.

Continuando com a mesma doutrina, quando se ouve falar de atendimento público, ou seja, atendimento pelo SUS, seja em um hospital ou numa Unidade de Atendimento Ambulatorial, o que vem à nossa mente é:

- Mau atendimento;
- O velho *slogan*. “Espero que eu não precise”;
- Profissionais mal humorados;
- Pacientes em macas em corredores.

Portanto, com base nas informações concedidas pela SES, e na tentativa de reverter essas situações, é notável o alto investimento realizado no Estado de

Mato Grosso para estruturar a rede do sistema de saúde e conseqüentemente possibilitar um atendimento digno aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Porém, aliado a todo esse aparato físico disponibilizado, o órgão deve primar pelo planejamento, munido de um corpo de recursos humanos capacitados, imbuídos em desempenhar um trabalho de qualidade e um esforço concentrado, para que possa dar resposta à sociedade e cumprir os princípios do SUS.

É louvável o esforço que o governo do Estado atual (Blairo Maggi), com a parceria do governo Federal, proporcionam no âmbito de financiar o Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso e com isto proporcionar a elaboração de políticas públicas e a promoção de ações de saúde que tragam maiores benefícios para a população usuária.

6.4 Principais Indicadores Sociais da SES-MT.

O presente estudo adotou os indicadores sociais, devido à relevância em demonstrar a evolução do controle da saúde da população e como instrumento norteador das atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, além de possibilitarem o acompanhamento das condições de vida e bem-estar da população, por parte do poder público e também das sociedades civis e permitem aprofundamento sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais. O indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas, (CARLEY , 1985, p. 137).

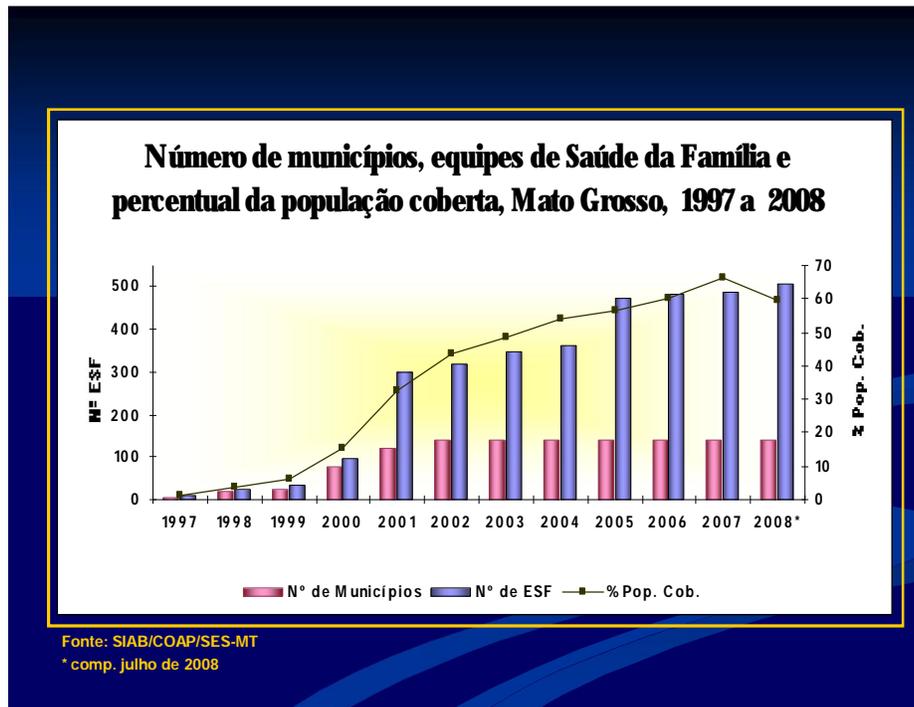
A partir disso, fazendo uma contextualização da saúde no Estado de Mato Grosso, observa-se, através do realinhamento da política estadual de saúde, que problemas relacionados à pobreza, à ocupação desordenada do solo, à devastação do meio ambiente, à violência, às drogas, à crescente urbanização,

à deficiência de infra-estrutura, continuam a ter papel preponderante sobre os processos de saúde-doença, como no caso dos homicídios e acidentes de transporte que respondem por cerca de 13%, a partir de informações da SES, dos óbitos em Mato Grosso. E Somam-se aí as morbidades e agravos relacionados ao envelhecimento da população, como as doenças crônico-degenerativas: câncer, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e renais; à incidência de doenças relacionadas à AIDS; e ao controle insuficiente das infecto-contagiosas como a tuberculose, a malária e a dengue, entre outras.

Partindo dessa idéia, e analisando os indicadores sociais da SES em Mato Grosso, o que se observa é que a interiorização de serviços públicos de saúde e a contribuição de recursos, instituído pela Emenda Constitucional 29/00, fortaleceram o SUS, melhoraram e ampliaram o acesso da população aos serviços, ao mesmo tempo, que a participação da sociedade civil organizada nos conselhos e conferências de saúde trouxeram para as instituições públicas, melhor controle das políticas de saúde, mesmo que não se tenha um estudo sobre essa participação, não deixa de ser fato.

Como veremos abaixo, através das figuras, a atuação dos serviços de saúde pública se encontram voltadas para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos crônicos, sob pena dessas patologias responderem, em curto espaço de tempo, por grande parte do orçamento da saúde. Sendo relevante salientar que aliado a isso houve forte investimento na formação e capacitação de recursos humanos e na infra-estrutura regionalizada dos serviços de saúde, unidades básicas e hospitais municipais e regionais.

6.4.1. Evolução do Programa de Saúde da Família no Estado de Mato Grosso de 1997 a 2008.



Fonte SES

Figura 6 - Equipes da Saúde da Família em MT, 1997 a 2008.

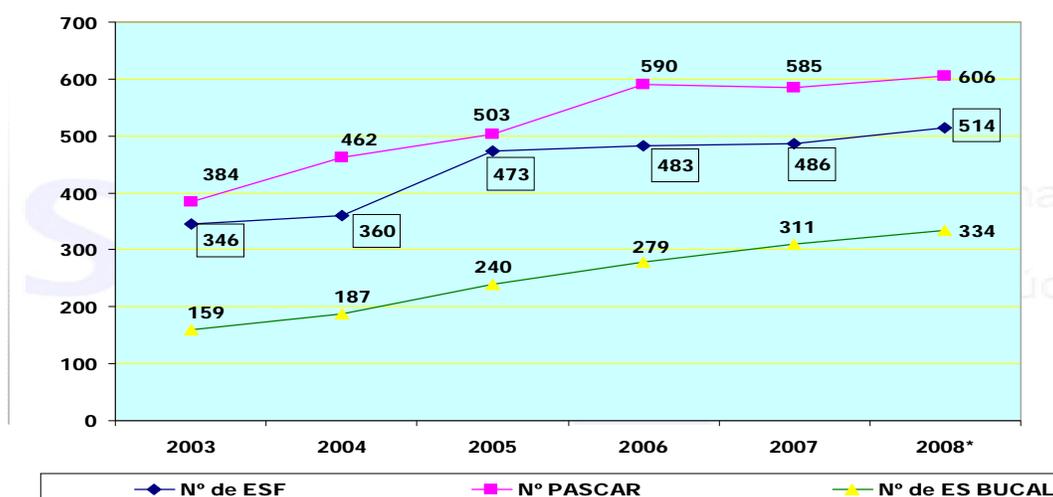
Nesse contexto, foi feita uma evolução do Programa de Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, no período compreendido entre 1997 a julho de 2008. Tendo como objeto de análise o número de municípios, as equipes de Saúde da Família e o percentual de população coberta pelo programa.

De acordo com a figura 4, em 1997 o número de municípios e as equipes de Saúde da Família estavam abaixo de 100, contudo esse número foi aumentando gradativamente nos anos seguintes.

No período que vai de 2001 a 2004, é observado uma constante tanto no número de municípios quanto nas equipes de Saúde da Família, tendo um aumento somente no ano seguinte.

É importante salientar que, em 2005 a população coberta pelo programa chegou a atingir, aproximadamente, o percentual de 60% de famílias cobertas. Nos anos seguintes esse percentual aumentou, em 2006 foi de 62%, aproximadamente, e em 2007 foi de 68%, valor aproximado. O número de municípios e de Equipes de Saúde da Família se mantiveram constante. Já em 2008 observa-se uma queda da população coberta, um pequeno aumento do número de Equipes e mantendo-se constante os municípios.

EVOLUÇÃO DA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

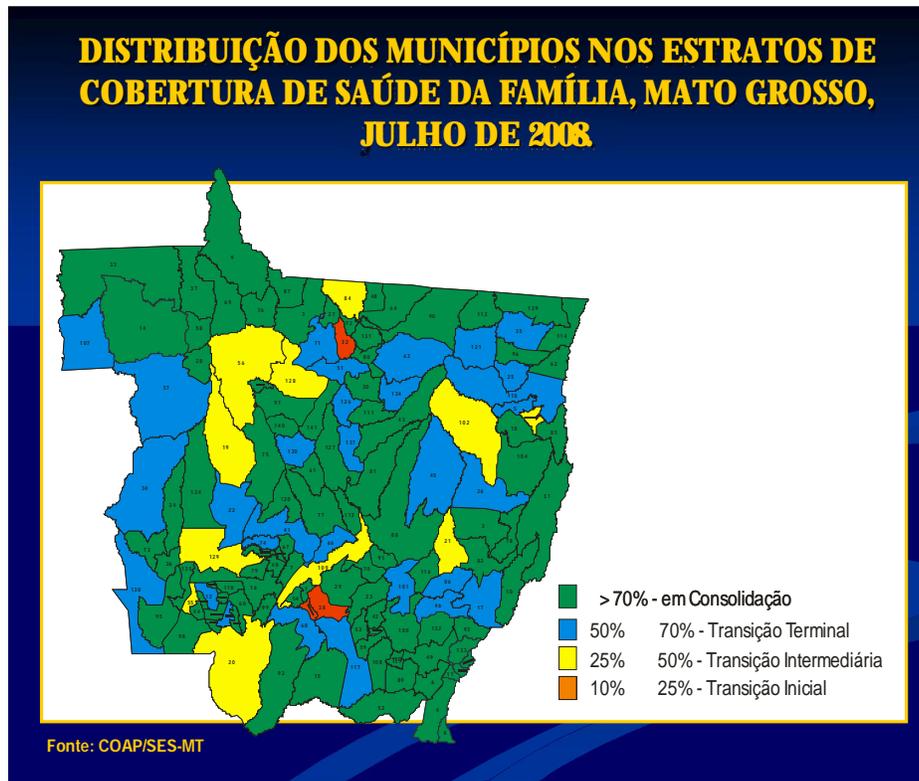


Fonte: SES - MT

Figura 7- Evolução das Equipes de Atenção Básica em MT.

Como se observa na figura 5, desde ano de 2005, 473 Equipes garantia a cobertura de mais de 60% da população, onde 50,74 % (240) dessas equipes contavam com equipe de saúde bucal, que oferecia serviços odontológicos na atenção básica. Além disso, há também o Programa de Apoio à Saúde Comunitária e aos Assentados Rurais (PASCAR), que no período oferecia atendimento a 188 assentamentos com 503 agentes de saúde rural. Vale salientar que Mato Grosso é o único Estado brasileiro a ter incentivo para a saúde básica nos assentamentos rurais.

A análise da evolução das Equipes de Atenção Básica começa em 2003, primeiro mandato do atual governo do Estado, onde havia 346 equipes destas 159 eram equipes de saúde bucal, o que equivale em percentual a 45,95%, e 384 agentes de saúde rural. Em 2004, esses números aumentaram a equipe de saúde bucal passou para 187, teve um aumento de 17,61%; o número de agentes de saúde rural também teve um aumento percentual de 20,31% e as equipes de saúde da família o percentual foi de 3,88%.



Fonte: SES

Figura 8- Municípios cobertos pelo PSF em MT – 2008

**COBERTURA PROPORCIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEGUNDO ESTRATO POPULACIONAL,
MATO GROSSO, 2008**

ESTRATO	POPULAÇÃO	Nº DE MUN	COBERTURA DO PSF %							
			< 50%		50 - 60		70 - 90		100	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	< 10.000	69	1	1,4	9	13,0	31	44,9	28	40,6
2	10 - 20.000	43	6	14,0	11	25,6	19	44,2	7	16,3
3	20 - 30.000	12	2	16,7	4	33,3	4	33,3	2	16,7
4	30 - 50.000	8	1	12,5	2	25,0	5	62,5	-	-
5	50 - 100.000	5	2	40,0	2	40,0	1	20,0	-	-
6	100. 000	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0	-	-

Fonte: COAP/SES-MT

Fonte: SES

Figura 9- Cobertura Proporcional em MT pelo PSF – 2008.

Fazendo uma análise da distribuição dos municípios nos estratos de cobertura de saúde da família no Estado de Mato Grosso, até Julho de 2008, através do mapa do Estado e da figura 7, verifica-se que mais de 70% dos municípios, precisamente 98 municípios, foram contemplados pelo Programa de Saúde da Família sendo que 59 dessa maioria representam municípios com até 10.000 habitantes, 26 representam municípios com até 20.000 habitantes, 06 representam municípios com até 30.000 habitantes, 05 representam municípios com até 50.000 habitantes, 01 com até 100.000 habitantes e 01 com mais de 100.000 habitantes. Mais de 51% dos municípios estão em fase terminal, ou seja, 29 municípios onde 09 são municípios com menos de 10.000 habitantes, 11 com até 20.000 habitantes, 04 com até 30.000 habitantes, 02 com até 50.000, 02 com até 100.000 habitantes e 01 com mais de 100.000 habitantes. Há 11 municípios na fase intermediária, um percentual que varia entre 26 a 50%. E 03 municípios estão ainda na fase inicial.

De acordo com a análise, pode-se dizer que nos municípios de pequeno porte, ou seja, aqueles que possuem até 10 mil habitantes, a cobertura populacional

ultrapassam 70%, demonstrando que se deve investir na expansão do Programa de Saúde da Família nos grandes centros, pois eles se mantêm abaixo da média estadual.

Tabela 12- Cobertura Populacional do PSF, por ano, de Jan/1994 a Jun/2002

Região UF	% COB 1994	% COB 1995	% COB 1996	% COB 1997	% COB 1998	% COB 1999	% COB 2000	% COB 2001	% COB Jun/02
Região Centro- Oeste	0,17	0,17	0,20	4,61	9,98	9,41	19,80	34,34	37,89
Mato Grosso	0,00	0,00	0,15	0,00	3,11	5,23	20,96	38,26	41,97

Fonte: SES - MT



Fonte: SES

Figura 10: COBERTURA POPULACIONAL DO PSF

O crescimento da cobertura populacional do PSF ocorre de modo gradativo, fazendo uma comparação com a Região Centro-Oeste observa-se que em 2000 a cobertura populacional do Programa de saúde da Família, supera a média regional, este fato está ligado ao número de municípios beneficiados pelo programa, como foi colocado anteriormente, os municípios pequenos têm ultrapassado a média do país, chegando a ultrapassar em média de 60%.

Em Mato Grosso, o governo vem implantando formas de incentivos e estratégias de financiamento, capacitação de profissionais de saúde, buscando também a integração das equipes do Programa de Saúde da Família. Com isso, dos 141 municípios do Estado, 137 estão dentro da estratégia da Saúde da Família. As equipes de saúde da família têm suas ações voltadas para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo e da população.

6.4.2 Orçamento para Programa de Saúde da Família em Mato Grosso.

PROGRAMA - 274 - EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Objetivo do PPA: FORTALECER A ATENÇÃO BÁSICA, ADOTANDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENTRO ORDENADOR DA ASSISTÊNCIA NO SUS E DAS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS, DE MODO A PROMOVER A ATENÇÃO INTEGRAL DO INDIVÍDUO.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	44.311.657,95	40.868.746,05	30.967.990,07	3.442.911,90	92,23
112	475.828,26	382.030,12	28.139,15	93.798,14	80,29
240	-	-	-	-	-
261	674.129,00	213.274,04	70.685,93	460.854,96	31,64
TOTAL	45.461.615,21	41.464.050,21	31.066.815,15	3.997.565,00	91,21

Fonte: SES/MT

Figura 11- Quadro Orçamentário do Programa 274 – 2008.

Para efetivação da Atenção Básica a partir da Estratégia Saúde da Família, foram orçados R\$ 45.461.615,21, observando a figura 16, 91,21% do orçamento foram executados. Esse Programa apresenta o objetivo de efetivar a atenção básica a partir da estratégia saúde da família. Somente a fonte 134 (Tesouro do Estado (FES) para cumprimento da EC nº29/2000) representa 97,47% do orçamento, em percentual do total orçado. As outras representam 2,53%, ou seja, R\$ 1.149.948,26, sendo R\$ 475.828,26 da fonte 112 (Ministério da Saúde) e R\$ 674.129,00 da fonte 261 (Convênios firmados com recursos do Ministério da Saúde). Foram empenhados R\$ 41.464.050,21 e pagos R\$ 31.066.815,15 cujo percentual representa, respectivamente, 91,21% e 68,34% do orçamento.

AÇÕES		CRITÉRIOS
22	Equipes de Saúde da Família implantadas	R\$ 2.400,00 por equipe por mês;
514	Equipes de Saúde da Família apoiadas financeiramente	R\$ 4.0000 para os municípios da Regional de Juína, Porto Alegre do Norte e São Félix do Araguaia; Obs.: os valores dobram de acordo com o nº de habitantes e a cobertura do PSF;
22	Agentes Comunitários de Saúde Rural implantados	R\$ 4.980,00 ao ano por agente comunitário contratado pelo município;
606	Agentes Comunitários de Saúde Rural apoiados financeiramente, distribuídos em 88 Municípios que recebem mensalmente incentivos financeiros por Agente Comunitário de Saúde Rural (ACSR) implantado;	Obs.: Único Estado brasileiro a ter incentivo para a saúde básica nos assentamentos rurais;
21	Equipes de Saúde Bucal implantadas	R\$ 1.400,00 por equipe por mês.
334	Equipes de Saúde Bucal apoiadas financeiramente	Obs.: R\$ 500,00 por equipe quando o município esta com 70% ou mais de cobertura de saúde bucal
80	Municípios contemplados no Programa de Incentivo ao alcance de metas da Atenção Básica	R\$ 6.000,00 mensalmente para os municípios que alcançarem 70% ou mais de alcance das metas pactuadas; R\$ 3.000,00 mensalmente aos municípios que alcançarem de 50% a 69,9% de alcance das metas pactuadas O incentivo dobra para os municípios que possuem IDH inferior a 0,702
4	Mostras Regionais de Saúde da Família, realizadas pelos ERS de Juína, Diamantino, Sinop e Peixoto de Azevedo	
33	Capacitações realizadas nas áreas das Ações Estratégicas de Atenção à Saúde e Atenção aos Ciclos de Vida	

Fonte: SES/MT

Figura 12- Ações Estratégicas da SES-MT – 2008.

Conforme demonstra a figura 10, as principais ações foram: Novas Equipes de Saúde da Família implantadas, cada equipe recebendo por mês R\$ 2.400,00; Equipes de Saúde da Família apoiadas financeiramente com R\$ 4.000,00, isso para os municípios da Regional de Juína, Porto Alegre do Norte e São Félix do Araguaia, sendo que os valores poderão ser dobrados de acordo com o número de habitantes e a cobertura do PSF; Agentes Comunitários de Saúde

Rural implantados, recebendo R\$ 4.980,00 ao ano por agente comunitário contratado pelas prefeituras; Equipes de Saúde Bucal implantadas e apoiadas financeiramente recebendo R\$ 1.400,00 por equipe mensalmente; Municípios contemplados no Programa de Incentivo ao alcance de metas da Atenção Básica, recebem R\$ 6.000,00 mensalmente para os municípios que alcançarem 70% ou mais de alcance das metas pactuadas e R\$ 3.000,00 mensalmente aos municípios que alcançarem de 50% a 69,9% de alcance de metas da Atenção Básica, dentre outras.

As ações realizadas através de recursos que o Ministério da Saúde, fontes 112 e 121, repassa para a Secretaria de Estado de Saúde de Mato, onde os Escritórios Regionais coordenam e gerenciam o programa, além de proporcionarem cursos de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

6.4.3 Mortalidade Infantil em Mato Grosso.

Os índices de mortalidade infantil representam a relação entre o número de crianças que morrem entre 0 e 1 anos de idade incompletos, sobre o total de crianças nascidas vivas em um determinado ano de referência. As taxas, em geral, se expressam sob a forma: número de mortos por 1000 nascidos vivos. Um dos grandes progressos associados aos serviços de saúde no contexto mundial durante o século XX foi à vigorosa redução das taxas de mortalidade infantil, inicialmente registrada nos países desenvolvidos e hoje estendida para muitos países em desenvolvimento.



Fonte: Ses.⁴⁴

Figura 13- Coeficiente de mortalidade infantil 2000 a 2007.

A Mortalidade infantil no Estado de Mato Grosso vem apresentando um decréscimo anualmente, conforme demonstrativo acima, a queda foi de 6,9%, no mesmo período. Em relação a 2003, último ano da seqüência analisada, o número de óbitos foi estimado em 24,11 para o Brasil e 21,04 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos, para Mato Grosso. A mortalidade vem declinando no Brasil e no Estado de Mato Grosso, muito lentamente. Mais recentemente, diversas ações (não somente partidas das esferas governamentais) foram introduzidas com o propósito de reduzir a mortalidade infantil no Brasil: campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde, entre outras.

Alguns programas e ações adotados na década de 90 pelo Estado com o mesmo propósito da União como: Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Terapia de Reidratação Oral (TRO), Imunização, Atenção ao pré-natal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDUPI); tinham e continuam tendo o mesmo objetivo

⁴⁴ O indicador utilizado para a sua mensuração é o coeficiente de mortalidade infantil, definido como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período.

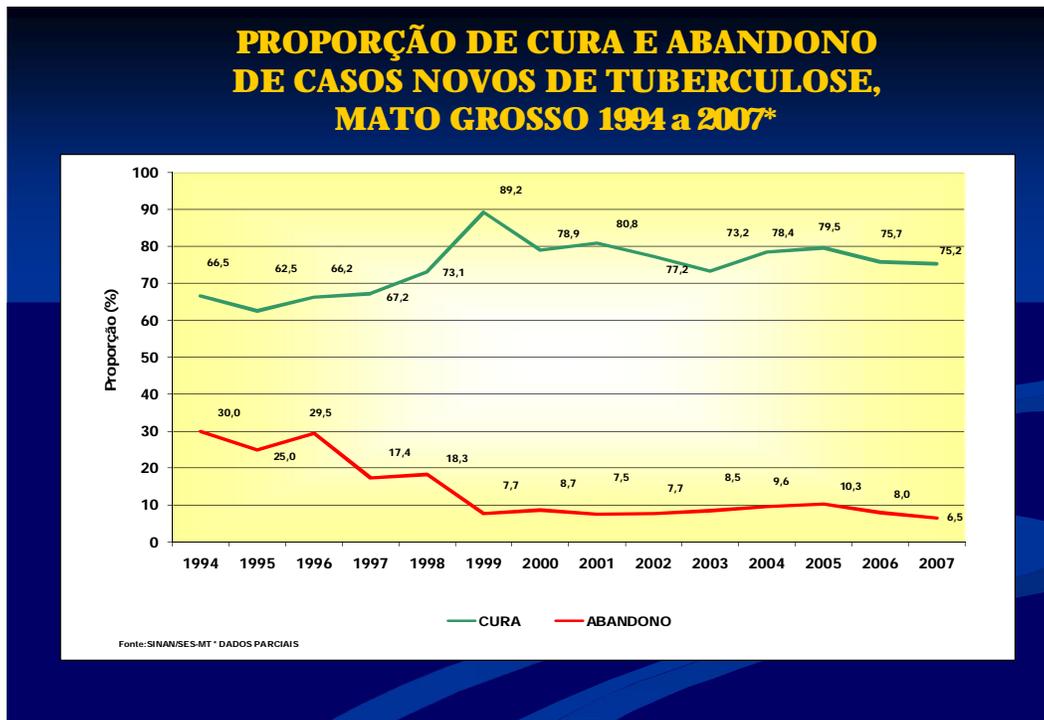
do “Pacto pela Infância”, ou seja, promoção, manutenção e a melhoria da saúde das crianças. No Estado de Mato Grosso as campanhas de vacinação têm ocorrido de forma programada juntamente com o município, onde proporciona atendimento a crianças de Creches, escolas de ensino fundamental com o apoio das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Centros de Saúde, Policlínica e Clínicas Odontológicas.

Essa ação tem caráter coletivo e individual. No individual incluem atendimento médico clínico, avaliação psicológica (o primeiro atendimento é indicado pelos professores) e avaliação nutricional. Quanto aos procedimentos coletivos, envolvem apresentação de teatro para as crianças e oficina de educação em saúde com a equipe de profissionais (técnicas de desenvolvimento infantil, técnicas de nutrição escolar). Existe uma integração entre o Estado e o Município quanto à realização de campanhas e de ações preventivas, através de parcerias com disponibilidade de técnicos, insumos e cursos de capacitação, além de apoio financeiro.

6.4.4 Tuberculose em Mato Grosso.

Fazendo uma análise do percentual de cura e de abandono dos novos casos de tuberculose no Estado de Mato Grosso, no período de 1994 a 2007, observa-se que, de modo geral, houve uma grande participação dos pacientes no tratamento da doença o que evidencia uma eficiência maior na ação, no planejamento e na programação cuja meta teve seu pico maior, positivo, entre 1999 e 2000 onde se teve um percentual de 88,2% de cura.

A redução dos casos de abandonos do tratamento vem oscilando no período analisado, contudo a maior redução ocorre no ano de 2007 onde se tem um percentual equivalente a 6,5% mais uma vez evidenciando a boa atuação do instrumento planejamento.



Fonte: SES

Figura 14 - Casos de Tuberculose em MT de 1994 a 2007.

Fazendo uma análise mais detalhada, em 1994 os casos que obtiveram cura foram aproximadamente 65% contra 30% de abandono, isso significa que o número de casos de pessoas que tiveram cura ainda era muito baixo, devido ao grande número de pessoas que abandonaram o tratamento, prejudicando assim ações planejadas. Nos anos seguintes principalmente entre 1995 e 1996, houve um aumento nos casos de abandono do tratamento, algo em torno de 4,5% de um ano para outro, uma vez que em 1995 o percentual era de 25% passando para 29,5% no ano de 1996.

Entre os anos de 1997 e 1998 houve um aumento importante do número de casos de cura, de 5,9% (1997 – 67,2%; 1998 – 73,1%) e o número de casos de abandono também aumentaram, porém em proporções bem menos significativas, representando apenas um aumento de 0,9% (1997 – 17,4%; 1998 – 18,3%), tendo ainda as ações do governo um resultado positivo.

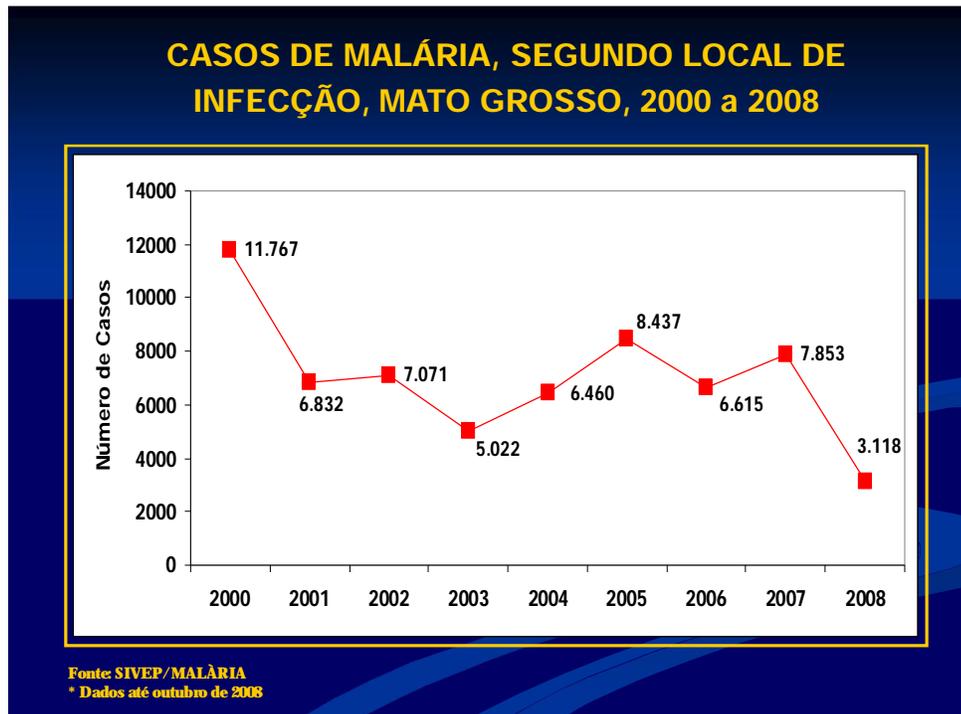
O resultado mais significativo, como foi colocado no início, das ações do governo ocorreu entre os anos de 1999 e 2000. Onde se tem um aumento de 16,1% do número de cura e ao mesmo tempo uma redução de 10,6% do número de abandono. Esse resultado positivo está associado ao começo de uma evolução do financiamento estadual, que em 2000 era de 2,75% dando um salto para 9,39% em 2001. (ver figura 10).

Nos anos seguintes houve uma razoável estabilidade, tendo apenas algumas oscilações que variaram entre 1 a 2% tanto para aumento e/ou redução de cura e de abandono do tratamento pelos pacientes.

A análise desse gráfico mostra que houve uma evolução no tratamento da tuberculose e que essa evolução está associada ao aumento das ações da Saúde no Estado de Mato Grosso que por sua vez teve seu êxito com investimento do recurso financeiro.

Dentro desse contexto, foram levantados os 10 municípios com maior incidência (em 2008) de Tuberculose no Estado de Mato Grosso. Araguainha é o município com maior incide com 263,6 dos casos, seguido por Apiacás com 72,9; Acorizal com 70,4; Juruena com 65,3; Santo Antonio do Leste com 58,5; Ponte Branca com 54,6; Salto do Céu com 54,1; Lucas do Rio Verde com 52,7; Nobres com 52,3 e Campinápolis com 49,5%.

6.4.5 Malária em Mato Grosso.



Fonte: SES

Figura 15, Casos de Malária em MT de 2000 a 2008.

Segundo a Política Estadual de Saúde (2005, p.21) a Malária apresenta um comportamento relacionado ao sistema extrativista e também de ocupação da terra. O recorde de casos ocorreu em 1992, onde foram registrados 200 mil casos e Índice Parasitário Anual de 95,2 por mil habitantes, devido à grande produção que bateu o recorde de aproximadamente 30 toneladas de ouro, atraindo assim um número muito grande de garimpeiros para o Estado.

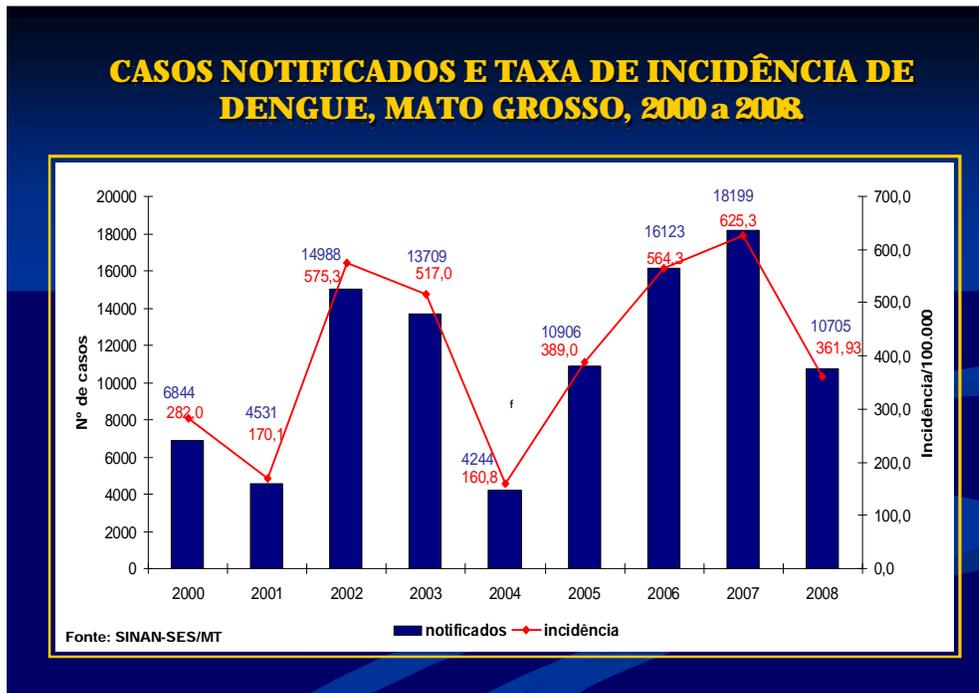
O número de casos de Malária no Estado de Mato Grosso vem reduzindo gradativamente, de acordo com a figura 11, em um período de aproximadamente de 08 (oito) anos houve uma redução de 73,5% no número de casos de Malária, sendo apresentado, segundo a figura acima, em outubro/2008 apenas 3.118 casos o que representa apenas 26,5%. Nos anos compreendidos entre 2000 e 2001, foi o período que teve uma queda bem significativa onde tem uma redução em torno de 58,02%, ou seja, de 11.767 caiu para 6.832 casos.

Observa-se que somente no ano de 2005, houve um aumento mais expressivo em comparação aos anos anteriores, principalmente em relação a 2003 cujo percentual representa 68% de aumento, em números representou um aumento de 3.415 novos casos nesse período.

Contudo no ano de 2006 tem-se uma nova queda, de 8.437 passando para 6.615 casos, em números representa uma redução de 1.822 casos e em percentual 21,6%. Já em 2007 há um aumento, pouco representativo algo em torno de 18,72%, ou seja, 1.238 casos. Esse aumento não superou a redução ocorrida no ano anterior (2006) ficando ainda a ação governamental com um saldo positivo de 584 a menos de casos. Mas é importante salientar que o município que teve o maior número de casos em 2007, foi Colniza (situado no norte do Estado) com 4.930 casos, o que representou 64% de todo o Estado. Enquanto que os demais municípios tiveram entre 1 a 900 números de casos.

Mas a queda mais importante, desses oito anos, foi em 2008 onde a queda em relação ao ano anterior (2007) foi de 4.735 a menos de caso, ou seja, mais de 50%. Mais uma vez o que se identifica nesse contexto, de acordo com os dados apresentados no gráfico, são aumentos dos recursos financeiros e principalmente os investimentos em saúde.

6.4.6 Dengue em Mato Grosso



Fonte: SES

Figura 16, Taxa de Incidência de Dengue em MT, de 2000 a 2008.

Os casos notificados de Dengue, em análise, no período de 2000 a 2008, têm apresentado uma oscilação significativa, o mesmo pode-se concluir da taxa de incidência do mesmo. Observando o ano de 2000 para 2001, houve uma redução tanto dos casos notificados quanto da taxa de incidência esta última teve uma redução de 60,32%, enquanto que o primeiro teve 66,20% de redução.

Mas em 2002 e 2003, houve um aumento expressivo da incidência e também dos casos notificados. Em 2002, o percentual para taxa de incidência foi de 338,21% e os casos notificados tiveram um percentual de 330,79%. Ambos tiveram um aumento de três vezes maior que o ano de 2001. Segundo o realinhamento da Política Estadual de Saúde (2005, p.21) o ano de 2002 foi o ano de maior número de casos notificados, desde 1992 que foi quando ocorreram os primeiros casos de Dengue no Estado de Mato Grosso.

Contudo, foi em 2002 que houve a implantação do Programa Estadual de Controle da Dengue com objetivo de intensificar as ações de controle da doença, onde foram priorizados 18 municípios.

Em 2004 esse número caiu também de forma expressiva, os casos notificados tendo uma redução, em números, de 9.465 casos a menos, ou seja, era em 2003 13.709, caindo para 4.244 em 2004. Enquanto que a taxa de incidência apresentou uma redução de 356,20 que representa a diferença entre 2003 (517) e 2004 (160,80). Esse contexto pode ser explicado, porque durante o primeiro mandato do Governo de Blairo Maggi (período de 2003 a 2006), a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso teve um investimento na ordem de R\$ 62,5 milhões.

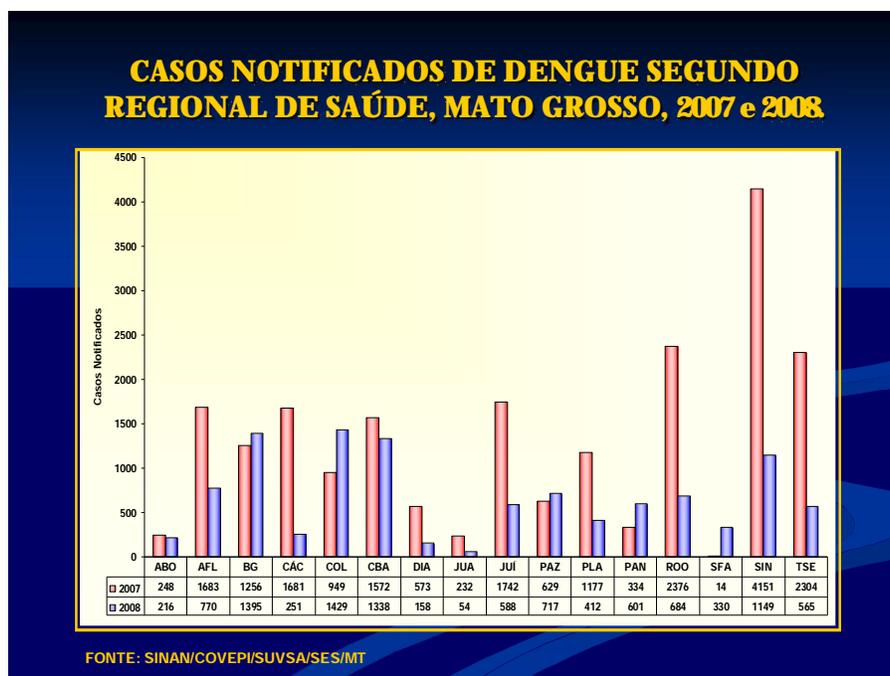
Contudo, a partir de 2005 foi observado um crescimento contínuo tanto da taxa de incidência quanto do número de casos notificados, esse crescimento está associado ao aumento do número de casos da febre hemorrágica de Dengue, que em 2004 era de praticamente de 0%, onde em 2005 teve um percentual de 23,52%, em 2006 de 14,28% e em 2007 chegou a atingir os 50%. O número de casos notificados em 2005 foi de 10.906 representando assim, em relação a 2004, um aumento de aproximadamente 259%; e a taxa de incidência em 2005 foi de 389, tendo um aumento em número de 228,20. Segundo a Política Estadual de Saúde, esse aumento pode estar associado também à mudança de gestores municipais, paralisação das atividades e a troca de pessoal, férias coletivas entre outros.

A partir de 2005 até 2007 esses indicadores só foram aumentando, tendo um decréscimo somente em 2008. Redução de 18.199 em 2007 para 10.705 casos notificados de dengue até outubro de 2008. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso procurou melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados à população por meio do fortalecimento da gestão do SUS.

Ainda dentro desse contexto, é importante salientar que foi feito um levantamento, através dos Escritórios Regionais de Saúde, sobre o número de casos notificados da Dengue por Municípios nos anos de 2007 e 2008.

Conforme, observado na figura 13, os municípios com maior números de casos notificados, em 2007 foram: Sinop com 4.151 casos, Rondonópolis com 2.376 casos e Tangará da Serra com 2.304 casos notificados. Seguidos por Juína, Alta Floresta, Cáceres, Cuiabá, Barra do Garças e Pontes e Lacerda com 1.742, 1.683, 1.681, 1.256 e 1.177 casos respectivamente.

Em 2008, comparando com o ano anterior, observa-se que cinco municípios conseguiram uma redução bem expressiva dos números de casos notificados de Dengue, são eles: Cáceres com 85,07% Tangará da Serra com 75,48%, Sinop com 72,32%, Rondonópolis com 71,21% e Pontes e Lacerda com 65%. Ficando apenas o município de Barra do Garças com um acréscimo de 11,07% no número de casos notificados da Dengue.



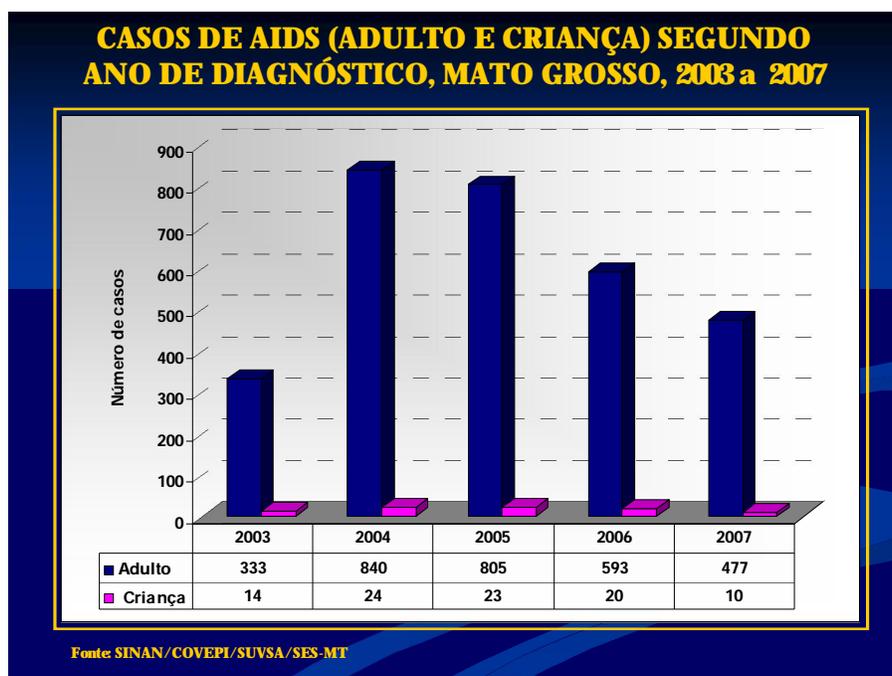
Fonte: SES

Figura 17, Casos de Dengue em MT de 2007 a 2008.

Essas reduções, em 2008, estão ligadas a medidas, ações, realização de Curso de Capacitação para os técnicos dos municípios que assinaram o Termo de compromisso do comando único no seu município no Pacto pela Saúde e Pactuação de R\$ 8,5 milhões entre os municípios, CIB 112º de 11/2008.

Contudo, o ocorrido no ano anterior, ou seja, em 2007, como foi colocado anteriormente, está associado ao aumento da taxa de letalidade da Dengue Hemorrágica que levou, em 2007, a oito óbitos dos dezesseis casos notificados, representando assim a um percentual de 50%.

6.4.7 AIDS em Mato Grosso.



Fonte: SES

Figura 18, Casos de AIDS em Adultos e Crianças em MT de 2003 a 2007.

Em levantamento feito pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, mostra que o número de casos de AIDS em Mato Grosso teve um aumento durante os anos de 2004 e 2005, mas nos anos subsequentes ocorreram decréscimos consecutivos desses números.

No ano de 2003 o número era de 333 casos passando para 840 em 2004, o que representou um aumento percentual de 252,25%. Em 2005 houve uma redução inexpressiva, tendo um impacto mesmo só no ano de 2006, quando a redução foi de 70,60% o que significa em números uma diminuição de 247

casos, comparando com o ano de maior número que foi 2004, com 840 casos de AIDS.

O Ministério da Saúde desenvolveu programas estratégicos por áreas temáticas constituídos de objetivos, formas de financiamentos e suas principais linhas de ação, dentro desse contexto o Estado de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Saúde, vem orientando suas ações cooperando de forma técnica com os municípios, capacitando os profissionais de saúde e dando apoio financeiro para construção de unidades básicas de saúde dentre outras.

6.4.8 Programa de Assistência Farmacêutica.

PROGRAMA – 273 - EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo do PPA: AMPLIAR O ACESSO DOS USUÁRIOS À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	23.594.039,00	21.724.450,00	15.214.635,37	1.869.589,00	92,08
112	23.939.838,00	17.643.343,55	14.798.664,06	6.296.494,45	73,70
240	-	-	-	-	-
261	-	-	-	-	-
TOTAL	47.533.877,00	39.367.793,55	30.013.299,43	8.166.083,45	82,82

Fonte: SES-MT

Figura 19 - Quadro Orçamentário do Programa 273 - 2008.

O Orçamento para efetivação da Política de Assistência Farmacêutica foi de R\$ 47.533.877,00 e tem o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à assistência farmacêutica. Foram executados 82,82%, ou seja, foram empenhados R\$ 39.367.793,55 e foram pagos R\$ 30.013.299,43, o que representa 63,14% do total orçado.

As fontes utilizadas foram: Fonte 134(Tesouro do Estado) com R\$ 23.594.039,00, Fonte 112(Ministério da Saúde) com R\$ 23.939.838,99. A fonte 134 representa 49,64% e a fonte 112 representa 50,36% do total orçado.

As principais Ações realizadas foram: Unidades Descentralizadas e Desconcentradas da SES/MT supridas com insumos farmacêuticos; Municípios apoiados financeiramente através das Políticas de medicamentos da Atenção Básica e Diabetes Mellitus, usuários cadastrados no fornecimento de medicamentos excepcionais previstos em Portaria Ministerial nº 2577 e Portarias Estaduais.

Esses medicamentos são adquiridos através de processo Licitatório na modalidade de Pregão Presencial, muito utilizado no Estado de Mato Grosso, onde geralmente é feito Registro de Preços. Sendo que o financiamento é tripartite e dá-se pela transferência de recursos financeiros do Governo Federal para outras instancias gestoras, além das contrapartidas estaduais e municipais.

Como as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação foram descentralizadas, a parte operacional passa para a competência dos municípios, onde se tem criação de farmácias especializadas como as de medicamentos em determinadas Policlínicas, onde são fornecidos medicamentos mensalmente a usuários cadastrados. Os Postos de Saúde, assim como as Policlínicas fornecem, para usuários cadastrados, a dose diária medicamentos para hipertensos e afere a pressão arterial dos mesmos, como forma de prevenção a Acidentes Vascular Cerebral (AVC), entre outras doenças cardiovasculares. Esses são os Programas de Hipertensão, Diabetes, Asmas e Rinite, que são programas descentralizados para a maioria dos municípios brasileiros.

6.4.9 Ações de Vigilância em Saúde.

PROGRAMA 275 - CONSOLIDAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo do PPA: REDUZIR A MORBI-MORTALIDADE POR AGRAVOS E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	121.376,48	4.820,24	-	116.556,24	3,97
112	16.473.184,54	9.502.001,33	5.033.876,34	6.971.183,21	57,68
240	129.130,05	107.345,00	107.345,00	21.785,05	83,13
261	238.270,00	78.810,56	22.751,13	159.459,44	33,08
TOTAL	16.961.961,07	9.692.977,13	5.163.972,47	7.268.983,94	57,15

Fonte: SES

Figura 20 - Quadro Orçamentário do Programa 275 – 2008.

Para consolidação das Ações de Vigilância em Saúde, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade por agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis foram orçados R\$ 16.961.961,07 destes R\$ 9.692.977,13 foram empenhados e pagos R\$ 5.163.972,47. Isso significa que, em percentual, do orçamento total para o programa, foram executados 57,15% e pagos 30,44%. As fontes foram assim distribuídas: Fonte 134(Tesouro do Estado) com 0,72%, Fonte 112(Ministério da Saúde) com 97,12%, Fonte 240(Recursos Próprios) com 0,76% e Fonte 261(Recursos de Convênios) com 1,40%.

Tendo como principais ações realizadas, capacitação de municípios em diagnóstico da Malária, Dengue, Hantavirose, Leishmaniose e Febre Amarela; municípios capacitados em diagnóstico de Tuberculose e Hanseníase; monitoramento e cooperação técnica, visando à redução da morbi-mortalidade dos agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionando treinamento em serviço e maior integração entre nível central, regional e municipal; operação Sallus – ação desenvolvida pela Agencia Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério Público Federal e Polícia Federal, com apoio da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso capacita os técnicos municipais envolvidos no contexto, bem como executa ações de monitoramento com técnicos da Vigilância Sanitária estadual e do Ministério da Saúde em casos excepcionais. Os insumos para a execução das ações são de competência do Ministério da Saúde, quanto ao controle e distribuição dos mesmos são de competência da SES, que repassam para os municípios em períodos necessários.

A SES também executa a aquisição de alguns medicamentos, via processos licitatório, para combate, redução e controle dos casos de Tuberculose e Hanseníase. Sendo que ações de diagnóstico com o processo de municipalização ficaram os municípios responsáveis pelo monitoramento e controle dos casos.

6.4.10 Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade.

276 - REORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA REGIONALIZAÇÃO

Objetivo do PPA: GARANTIR A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, ATRAVÉS DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE, DESCENTRALIZANDO OS SERVIÇOS POR MEIO DE PACTOS DE COOPERAÇÃO E ARTICULAÇÃO COM OS MUNICÍPIOS.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	73.412.979,96	70.703.723,66	55.257.976,56	2.709.256,30	96,31
112	30.782.150,17	23.766.984,89	15.363.292,60	7.015.165,28	77,21
240	-	-	-	-	-
261	6.284.771,40	2.053.999,18	1.281.995,94	4.230.772,22	32,68
TOTAL	110.479.901,53	96.524.707,73	71.903.265,10	13.955.193,80	87,37

Fonte: SES

Figura 21 - Quadro Orçamentário do Programa 276 – 2008.

O Orçamento para reorganização da rede de atenção de média e alta complexidade com foco na regionalização, cujo objetivo foi de garantir a efetividade dos serviços de média e complexidade, através da organização das ações de atenção à cooperação e articulação com os municípios, foi de R\$ 110.479.901,53. As fontes foram 134(Tesouro do Estado) com R\$ 73.412.979,96; 112(Ministério da Saúde) com R\$ 30.782.150,17 e 261(Recursos de Convênios) com R\$ 6.284.771,40. Onde foram empenhados R\$ 96.524.707,73, ou seja, 87,37% do Orçamento e pago R\$ 71.903.265,10 o que representa em percentual a 65,08%.

Principais ações realizadas foram: Unidades Descentralizadas de Reabilitação, apoiadas tecnicamente e financeiramente; municípios de referencia regional apoiados tecnicamente e financeiramente para a assistência de média e alta complexidade; leitos de UTI disponibilizados ao SUS; consórcios intermunicipais de Saúde apoiados financeiramente e Implantação dos serviços de Oncologia em Sinop, Cáceres e Rondonópolis.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso mantém um Centro de Reabilitação de referência, onde os técnicos (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, entre outros profissionais de saúde), são do quadro de funcionários de carreira da SES, bem como os equipamentos e insumos, também são adquiridos, via processo licitatório, e mantidos pela mesma.

Os Hospitais Regionais de Saúde, (Consórcio Intermunicipais de Saúde), que são unidades regionalizadas e descentralizadas de saúde, recebem da SES apoio técnico, através da disponibilização de profissionais da área de saúde para execução de procedimentos hospitalares, bem como apoio financeiro via processo licitatório onde são adquiridos insumos e equipamentos de UTIs e leitos ambulatoriais e hospitalares.

6.4.11 Aperfeiçoamento da Gestão da SES-MT.

277 - APERFEIÇOAMENTO DO PROCESSO DE GESTÃO DA SES

Objetivo do PPA: GARANTIR A EFICIÊNCIA DA GESTÃO DA SES, ASSEGURANDO A CONTINUIDADE ADMINISTRATIVA NAS ATIVIDADES EXECUTADAS PELAS ÁREAS SISTÊMICAS DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL, POSSIBILITANDO MELHOR GESTÃO DAS DESPESAS; MELHOR E MAIOR CONTROLE NOS INVESTIMENTOS; MELHOR GESTÃO DO PATRIMÔNIO PÚBLICO; MELHOR GESTÃO DE QUADRO DE SERVIDORES; MELHOR GESTÃO DE AQUISIÇÕES PÚBLICAS; MAIS EFICIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SUPORTE ÀS FUNÇÕES DIRETIVAS E FINALÍSTICAS.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	13.019.779,30	12.641.506,37	8.660.833,66	378.272,93	97,09
112	24.257.155,83	19.725.142,07	9.442.668,76	4.532.013,76	81,32
240	-	-	-	-	-
261	-	-	-	-	-
TOTAL	37.276.935,13	32.366.648,44	18.103.502,42	4.910.286,69	86,83

Fonte: SES

Figura 22 - Quadro Orçamentário do Programa 277 – 2008.

O Orçamento de aperfeiçoamento do processo de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso foi de R\$ 37.276.935,13. O objetivo era o de garantir a eficiência da gestão da SES/MT, assegurando a continuidade administrativa nas atividades executadas pelas áreas sistêmicas da administração estadual, possibilitando melhor gestão das despesas; melhor e maior controle nos investimentos; melhor gestão do patrimônio público; melhor gestão de quadro de servidores; melhor gestão de aquisições públicas mais eficiência na prestação de serviços de suporte as funções diretivas e finalísticas.

Do total orçado foi empenhado R\$ 32.366.648,44 e pago R\$ 18.103.502,42 o que significa dizer que, em percentual, foram empenhados 86,83% e pagos 48,56% sendo que os recursos utilizados foram das fontes 134(Tesouro do Estado) com R\$ 13.019.779,30 e 112(Ministério da Saúde) com R\$ 24.257.935,13. A fonte 134 representa 34,93% e a fonte 112 representa 65,07% desse orçamento.

Principais ações realizadas foram: Procedimentos odontológicos preventivos, curativos, citologias e biópsias da cavidade bucal realizados; tratamentos realizados (tratamentos odontológicos, eletrocardiogramas e coletas de sangue para exames laboratoriais) sob sedação no centro cirúrgico do CEOPE (Centro Estadual odontológico para pacientes Especiais); atendimentos complexos do CIAPS-ADAUTO BOTELHO e atendimentos a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Como gestora do SUS no Estado, a SES proporciona múltiplas funções complexas de planejamento, controle, avaliação, financiamento, edificação, assessoramento, capacitação, além de realizar atendimento diretamente à população através de serviços próprios. Assim, para garantir atendimento dessas demandas, são necessárias que as ações de eficiência e efetividade da gestão sejam ágeis, descentralizadas, auditadas, avaliadas e reorientadas e com disponibilidade de técnicos capacitados e insumos, bem como claramente definidas e aprimoradas de forma a ofertar serviços de qualidade à população de acordo com preceitos do SUS, de forma hierarquizada e regionalizada.

6.4.12 Implementação de Gestão do SUS-MT.

278 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DO SUS

Objetivo do PPA: MELHORAR A QUALIDADE E A RESOLUBILIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO POR MEIO DO FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	30.184.971,32	26.872.922,44	21.547.802,27	3.312.048,88	89,03
112	104.776.676,50	98.650.170,45	60.588.936,37	6.126.506,05	94,15
240	-	-	-	-	-
261	1.214.783,56	456.330,94	377.034,67	758.452,62	37,56
TOTAL	136.176.431,38	125.979.423,83	82.513.773,31	10.197.007,55	92,51

Fonte: SES

Figura 23 - Quadro Orçamentário do Programa 278 – 2008.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso apresentou um orçamento para implementação do processo de Gestão do SUS no valor de R\$ 136.176.431,38. O objetivo foi o de melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados à população por meio do fortalecimento da Gestão do SUS.

As fontes utilizadas foram 134(Tesouro do Estado) com R\$ 30.184.971,32; 112(Ministério da Saúde) com R\$ 104.776.676,50 e 261(Recursos de Convênios) R\$ 1.214.783,56. Em percentual, representa 22,17%; 76,94% e 0,89%, respectivamente, do orçamento.

Do total orçado foram executados 92,51%, ou seja, R\$ 125.979.423,83 e pagos R\$ 82.513.773,31 o que representa 60.59% do orçamento.

Principais ações realizadas foram: Usuários referenciados para Tratamento Fora do Domicílio – TFD; base do SAMU instalada em Várzea Grande e Tangará da Serra e Pactuação de R\$ 8,5 milhões entre os municípios, CIB 112º de 11/2008.

As ações implementadas e executadas sob a gestão do SUS, têm a finalidade de prestar suporte financeiro e atendimento às necessidades da SES e algumas unidades descentralizadas, como gerenciamento de despesas com prestações de serviços, (manutenções de equipamentos hospitalares, ambulatoriais e de transporte, custos com passagens e remoção de pacientes em tratamento fora do domicílio, aquisições de insumos, ambulâncias, maquinarias e equipamentos), via procedimento licitatório, enfim, na procura de dar resolutividade nos casos emergenciais e nos processos de gestão de acordo com a programação da máquina administrativa.

6.4.13 Ações de Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde.

PROGRAMA 279 - POLÍTICA DE INVESTIMENTO NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE

Objetivo do PPA: MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS A POPULAÇÃO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO E PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO.

FONTE	ORÇAMENTO (a)	PED + EMPENHADO (b)	PAGO	SALDO	% EXEC b/a*100
134	20.749.638,20	18.375.799,39	8.249.234,19	2.373.838,81	88,56
112	884.183,70	493.834,70	358.908,43	390.349,00	55,85
240	-	-	-	-	-
261	4.865.512,04	1.964.757,26	1.016.185,85	2.900.754,78	40,38
TOTAL	26.499.333,94	20.834.391,35	9.624.328,47	5.664.942,59	78,62

Fonte: SES

Figura 24 - Quadro Orçamentário do Programa 279 – 2008.

Já para Política de Investimento nas ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, foram orçados R\$ 26.499.333,94 das seguintes fontes: Fonte 134(Tesouro do Estado) com R\$ 20.749.638,20; Fonte 112(Ministério da Saúde) com R\$ 884.183,70 e Fonte 261(Recursos de Convênios) com R\$ 4.865.512,04. Em percentual, foi respectivamente, 78,30%; 3,34% e 18,36%.

O objetivo foi o de melhorar a qualidade dos serviços prestados a população por meio da utilização dos instrumentos de planejamento plano diretor de investimento e plano diretor de regionalização. Do total orçado, foi empenhado o total de R\$ 20.834.391,35, ou seja, 78,62% e foram pagos R\$ 9.624.328,47, ou seja, 36,32%.

A SES desenvolve ações para termos de cooperação técnica aos municípios, através de capacitação de profissionais de saúde, apoio financeiro, reforma e construção de unidades básicas de saúde e custos operacionais. Também, executa processos que visem capacitação para integração de multiprofissionais, visando à integralidade da atenção à saúde, compreendendo as áreas de enfermagem, medicina, odontologia, bem áreas afins.

6.4.14 Orçamento dos Programas da SES-MT.

Como já foi mencionada, a SES - MT é um gestor de saúde, e como tal, claro, seguindo a consolidação do Sistema Único de Saúde vem elaborando instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para superação de desafios. Dentre os quais são destaques: vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e nos planos plurianuais; ênfase na abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridade entre os diferentes gestores; e padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequadas à mesma.

Os Programas demonstrados, através de tabelas, anteriormente compõem os principais instrumentos de planejamento utilizados, não somente pela Secretaria de Estado de Saúde, mas também por todos os gestores de saúde. Onde cada um descreve o montante de recursos aplicados, por fonte, ação e produtos entregues durante o período.

Tabela 13- Orçamentária dos Programas, utilizados pela SES/MT.

PROGRAMAS	ORÇAMENTOS	EMPENHADO	PAGO	SALDO
273	R\$ 45.533.877,00	R\$ 39.367.793,55	R\$ 15.214.635,37	R\$ 1.869.589,99
274	R\$ 45.461.615,21	R\$ 41.464.050,21	R\$ 31.066.815,15	R\$ 3.997.565,00
275	R\$ 16.961.961,07	R\$ 9.692.977,13	R\$ 5.163.972,47	R\$ 7.268.983,94
276	R\$ 110.479.901,53	R\$ 96.524.707,73	R\$ 71.903.265,10	R\$ 13.955.193,80
277	R\$ 37.276.935,13	R\$ 32.366.648,44	R\$ 18.103.502,42	R\$ 4.910.286,69
278	R\$ 136.176.431,38	R\$ 125.979.423,83	R\$ 82.513.773,31	R\$ 10.197.007,55
279	R\$ 26.499.333,94	R\$ 20.834.391,35	R\$ 9.624.328,47	R\$ 5.664.942,59
TOTAL GERAL	R\$ 418.390.055,26	R\$ 366.229.992,24	R\$ 233.590.292,29	R\$ 47.863.569,56

Fonte: SES

Essa tabela é desmembramento da unidade orçamentária, onde cada Programa possui seu determinado orçamento. O Programa 278, que é a Implementação da Gestão do SUS, representa 32,55% do total geral. Nesse Programa busca-se melhorar a qualidade e a resolubilidade dos serviços

prestados à população por meio do fortalecimento da gestão do SUS, onde está concentrado as maiores ações diretas, como compra de medicamentos, UTI's e leitos, por isso o recurso utilizado é maior. O outro Programa de maior impacto é o Programa 276 - Orçamento para reorganização da rede de atenção de média e alta complexidade com foco na regionalização, que representa 26,41% do orçamento total, o objetivo do Programa é garantir a efetividade dos serviços de média e complexidade, através da organização das ações de atenção à cooperação e articulação com os municípios.

O Programa que tem o menor percentual atuante é o do Programa 275, que é a Consolidação das Ações de Vigilância em Saúde, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade por agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis, que representa apenas 4,05% do total geral do orçamento dos programas descritos na tabela acima.

Cabe salientar que os demais programas não foram citados, o que significa dizer que esse total não é o total do orçamento geral da Secretaria de Estado de Mato Grosso, é apenas o detalhamento orçamentário de cada programa, com o que foi orçado, empenhado e pago.

6.4.14.1 Análise dos Principais Indicadores Estratégicos Correlacionados aos Programas.

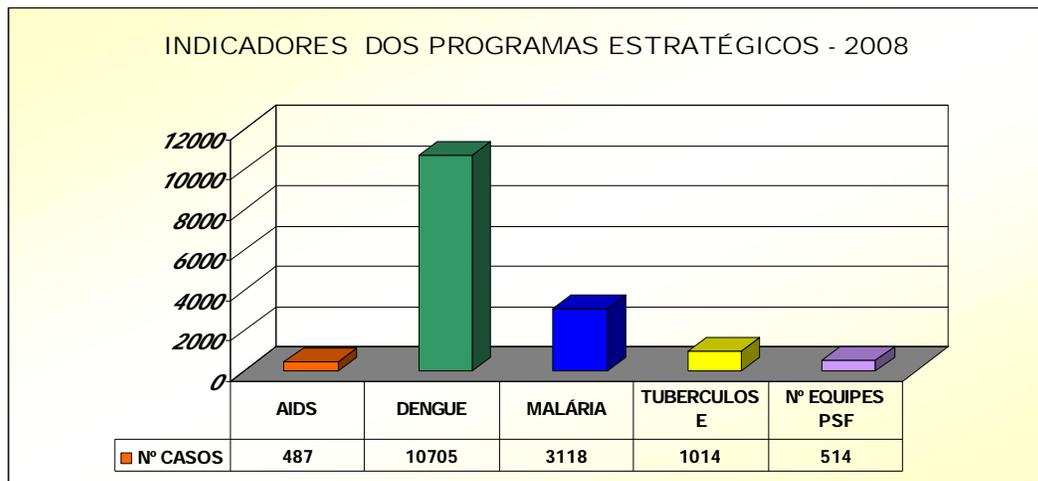


Figura 25 – Indicadores dos Programas Estratégicos

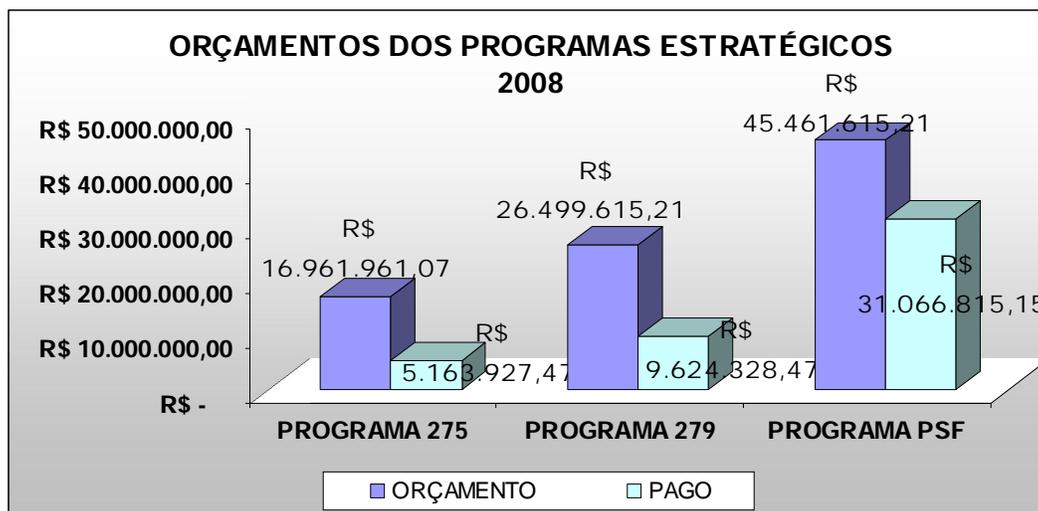


Figura 26 – Orçamentos dos Programas Estratégicos 2008

Analisando os principais programas estratégicos e seus impactos sobre os indicadores sociais de saúde, definidos no trabalho, quando dos resultados dos dados apresentados resultantes da política pública em saúde e do planejamento público administrado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Então, de acordo com os valores orçados, a disponibilidade orçamentária prevista que o governo do Estado apresentou, foi suficiente para atender as despesas empenhadas e realizadas referentes aos programas em estudo, instituídos pelo Ministério de Saúde e implementados pela SES.

O Programa Orçamentário 275 – Consolidação das Ações de Vigilância em Saúde (Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis), cujo valor inicial orçado para atender ao programa, de R\$ 16.961.961,07, onde deste montante foi utilizado e pago somente o valor de R\$ 5.163.927,42, o equivalente ao percentual de 30,5%, para atender aos Programas de Dengue, Aids, Malária e Tuberculose no Estado de Mato Grosso. Verifica-se que as ações executadas poderiam ser melhores gerenciadas, uma vez que o percentual utilizado pelo órgão gestor, a SES, não atingiu pelo menos a 50% do valor previsto para execução das ações.

No caso do programa da Dengue, foi feito um estudo entre os anos de 2000 a 2008, conforme (fig. 14), onde se verificou oscilações significativas dos números de casos notificados e de incidências. Durante a primeira gestão do governo Blairo Maggi (2003 - 2006) à frente do Estado de Mato Grosso, foi realizado um investimento na ordem de R\$ 62, 5 milhões para este programa, o que proporcionou uma redução no número de casos, fruto de um trabalho concentrado entre a SES, Ministério da Saúde e os municípios do Estado.

De acordo com fontes de informações da SES (fig. 25), no ano de 2008 foi notificado em todo o Estado de Mato Grosso o número de 10.705 casos, apesar de ocorrer reduções com referência ao ano anterior, o alto índice apresentado, julga-se estar ligado à troca de gestores municipais e também associado ao descaso dos moradores de não realizarem um trabalho de limpeza nas suas moradias, bem como também ao pequeno número de agentes de saúde contratados principalmente nos municípios maiores.

Contudo, essas reduções de casos em 2008, estão ligadas a medidas, ações, realização de Cursos de Capacitações pela SES para os técnicos dos municípios pactuados, que de acordo com a CIB 112º de 11/2008, quando assinaram o Termo de compromisso do comando único no seu município, no Pacto pela Saúde na ordem de R\$ 8,5 milhões. Importante salientar que o valor pactuado deverá ser inserido no próximo orçamento.

Deve-se esclarecer que o valor pago ao Programa 275 - Consolidação das Ações de Vigilância em Saúde (Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis), não contempla somente o programa de combate a Dengue, mas também aos programas da Tuberculose, Aids e Malária, entre outros não estudados.

Diante do exposto, conclui-se que o montante pago e utilizado para atender ao Programa da Dengue, apesar de todas as ações executadas e com resultados positivos, está aquém do necessário para que se possa ter um resultado de acordo com a real necessidade que o programa exige. Ao fazer uma comparação dos valores investidos na primeira gestão do Governo Blairo Maggi (2003 – 2006), nota-se que, o valor investido por exercício no programa da Dengue era de aproximadamente de R\$ 15 milhões.

Quanto aos demais programas da Aids, da Malária e da Tuberculose que também estão inseridos no Programa Orçamentário – 275 - Consolidação das Ações de Vigilância em Saúde (Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis), assim como da Dengue, vêm sofrendo reduções expressivas nos números de casos em consequência das ações implementadas pela SES e municípios, que são de capacitação técnica, disponibilidade de insumos, descentralização de serviços e trabalho de humanização dos técnicos envolvidos, proporcionando assim, um trabalho de qualidade que contribuem para a redução dos casos e de melhor acessibilidade dos usuários do SUS.

No entanto, verifica-se que o montante inicialmente orçado para atender estes programas estratégicos na segunda gestão do governo Blairo Maggi (2007 – 2010), está aquém dos valores investidos no primeiro mandato (2003 – 2006), que foi de aproximadamente R\$ 15 milhões anual, somente para atender ao Programa da Dengue em Mato Grosso. Sendo que para o ano de 2008, foi previsto o montante de R\$ 16.961.961,07, para atender aos quatro programas estudados.

Significa dizer que, apesar de se ter ações implementadas com resultados positivos referentes aos programas, fica claro que há uma necessidade de existir maior investimento para atender aos programas estratégicos estudados,

além de se ter uma melhor otimização dos recursos previstos para os estes, uma vez que do montante previsto (fig. 26) para o exercício de 2008, foi pago somente 30,44% do total orçado.

O Programa Orçamentário 279 – Política de investimento nas ações de Promoção, Prevenção e Proteção a Saúde. O valor inicial orçado para atender ao programa foi de R\$ 26.499.615,21, onde, deste montante foi utilizado e pago somente o valor de R\$ 9.624.328,47, equivalente ao percentual de 36,32%, para atender aos Programas de Dengue, Aids, Malária e Tuberculose, entre outros não estudados, no Estado de Mato Grosso. Mais uma vez, nota-se que ocorreu negligência administrativa por conta da realização da despesa executada para atender aos programas citados.

Sabendo que o Planejamento Público deve estar presente nas políticas públicas de saúde, na forma de execução desses programas estratégicos definidos pelo do Ministério de Saúde e implementados pelo Estado e Municípios. A noção que se tem, é de que existe um hiato entre o Planejamento Público e as Políticas Públicas de Saúde no Estado de Mato Grosso, na forma de integração e gestão, para que de fato sejam cumpridas todas as ações determinadas, ou que pelo menos, otimize melhor os investimentos públicos previstos.

Em referência ao combate a dengue, contemplado pelo Programa 279 - Política de investimento nas ações de Promoção, Prevenção e Proteção a Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Contingência da Dengue, (2005, p. 15), para subsidiar a gestão na adoção de medidas preventivas, utiliza-se a Educação em Saúde como estratégia na formação de consciência crítica dos cidadãos a respeito do agravo, buscando estimular a participação efetiva da sociedade no combate e prevenção da doença.

Integrando assim, as ações específicas de vigilância da dengue por todo o período de enfrentamento do agravo, utiliza-se como suporte o MT Laboratório para o diagnóstico da doença e o respaldo da Vigilância Sanitária para a adoção de medidas preventivas e corretivas junto a estabelecimentos que

estejam direta ou indiretamente contribuindo para a proliferação do vetor da Dengue.

A Secretaria de Estado de Saúde adotou desde 2005, algumas medidas preventivas para fomentar o Programa de Combate a Dengue no Estado, como:

- Capacitação de profissionais que atuam na educação em saúde dos ERS e municípios prioritários ao PNCD.
- Implantar a Rede de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social com a criação dos núcleos nos ERS;
- Elaborar e confeccionar materiais educativos para o dia “D”;
- Produzir material de apoio à prática educativa.
- Consolidar informações sobre o Dia “D” e divulgar os resultados que serão enviados a Coordenação Estadual e Nacional do Programa;
- Desencadear junto a Assessoria de Comunicação campanhas publicitárias (propagandas educativas) na TV e/ou rádio;
- Assessorar/planejar e monitorar o desenvolvimento das ações de Comunicação Educação em Saúde e de mobilização social.

Com relação ao Programa de Combate e Prevenção da Aids, o Estado de Mato Grosso realiza em conjunto com Ministério da Saúde, ações nos municípios de forma que haja conscientização dos grupos de riscos, por meio de campanhas educativas e através de informações na mídia, elaboração de informativos, cartilhas, de processos licitatório para aquisições de preservativos e medicamentos específicos para pacientes soros positivos. De acordo com o Sistema de Monitoramento de Indicadores de Programa Nacional de DST e Aids, a SES distribuiu no ano de 2007, 3,3 milhões de preservativos masculinos, já em 2008 esse número subiu para cerca de 11 milhões de unidades.

O Programa de Combate a Tuberculose, de acordo com a SES e dados do Sistema Nacional de Agravos Notificados (SINAN) até o momento, foram registrados 1.014 casos novos de tuberculose, em Mato Grosso. Dentre esses foram diagnosticados 746 casos de cura, 64 casos de abandono de tratamento,

e o restante em tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, a meta nacional de cura é de 85%.

Para tal, a Secretaria de Estado de Saúde em parceria com as prefeituras municipais de Saúde de Cuiabá e Várzea Grande vem realizando atividades de mobilização social no combate a Tuberculose, que é uma doença séria, tem cura e o tratamento é gratuito. O tratamento é supervisionado e gratuito e não pode ser interrompido é oferecido nas unidades básicas de saúde.

Com relação ao Programa de Combate à Malária, o Estado de Mato Grosso através do secretário de Estado de Saúde, Augustinho Moro, determinou a implantação do Plano de Contingência na região Noroeste do Estado, a justificativa das ações, segundo o secretário, é decorrente da situação epidemiológica da malária na região.

O Plano de Contingência possui dois objetivos específicos: um, o fortalecimento das ações de controle da malária e também de outras doenças que afetam a saúde da população e o outro, a ampliação dos recursos necessários para o desenvolvimento das ações.

O Estado de Mato Grosso e o Ministério da Saúde disponibilizaram, nesta primeira fase do plano, que é o controle epidemiológico, R\$ 120 mil, divididos em parcelas, sob a responsabilidade da Vigilância em Saúde, por coordenar e executar as ações em parceria com os municípios da região.

Diante do contexto e apesar de se ter ações implementadas com resultados relevantes referentes aos programas, mais uma vez fica claro que há uma necessidade de existir melhor otimização dos recursos disponibilizados para atender aos programas estratégicos estudados, uma vez que do montante previsto (fig. 26) para o exercício de 2008, foi pago somente 36,32% do total orçado.

Programa Orçamentário 274 – Efetivação da Atenção Básica a Partir da Estratégia da Saúde da Família. Teve para exercício de 2008, o valor inicial orçado para atender ao programa o valor de R\$ 45.461.615,21, onde, deste montante foi utilizado e pago a importância de R\$ 31.066.815,15, equivalente ao percentual de 68,33%. De todos os programas estudados, foi o que melhor atendeu ao quesito otimização de recursos, demonstrando assim, que foram alcançadas na sua maioria os objetivos previstos para o programa.

O Estado de Mato Grosso possuía em 2008, 514 equipes do PSF implantadas, onde cada equipe recebia R\$ 2.400,00 por mês, perfazendo um total de R\$ 1.233.600,00 mensal, e anualmente o montante de R\$ 14.803.200,00, perfazendo um percentual de 32,56%, do valor inicialmente orçado, somente com pagamento das equipes.

Cabe ainda ressaltar que o Estado de Mato Grosso é o único no Brasil a ter incentivo para a saúde básica nos assentamentos rurais, através dos Agentes Comunitários de Saúde Rurais (ACSR). Os agentes são contratados por 88 municípios contemplados e cada um recebe anualmente o valor de R\$ 4.980,00, perfazendo um total de R\$ 438.240,00/ano, o que corresponde aproximadamente a 1% do valor inicialmente orçado.

Além de pagamento das equipes montadas, existem ainda, pagamentos a títulos de incentivos no valor de R\$ 6.000,00 mensalmente com municípios que atingem acima de 70% de metas pactuadas, e R\$ 3.000,00 para municípios que alcance de 50% a 69,9% das metas pactuadas. Sendo que o incentivo dobra para os municípios que possuem Índice de Desenvolvimento Humano IDH, inferior a 0,702.

As demais despesas ocorridas por conta do Orçamento do Programa de Saúde da Família, referem-se a aquisições de insumos e equipamentos, divulgações na mídia, cartilhas informativas referentes ao programa e principalmente capacitações de profissionais envolvidos.

6.4.15 Ações realizadas pelos Hospitais Regionais.

DEMONSTRATIVO DAS GRANDES AÇÕES REALIZADAS PELOS HOSPITAIS REGIONAIS – 3º Trimestre/2008

AÇÕES	HR DE CÁCERES	HR DE COLÍDER	HR DE SORRISO	HR DE RONDONÓPOLIS	
N. DE LEITOS	110	62	112	112	
INTERNAÇÕES	3.284	2.243	4.281	3.787	
EXAMES DE LABORATÓRIOS	85.200	46.394	77.635	89.086	
EXAMES DE IMAGEM	29.090	15.195	21.808	44.693	
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14.325	20.102	22.036	15.455	
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ESPECIALIDADE MÉDICA	25367 (*)	8.788	14.834	25.963	
CIRURGIAS REALIZADAS	2.550	851	2.093	3.307	
ATENDIMENTOS DE OUTROS PROFISSIONAIS (enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, nutrição, odontologia, fisioterapia.)	42132 (*)	46.149	51599 (*)	206.030	
INTERNAÇÕES EM UTI (ADULTO, NEONATAL, PEDIÁTRICO)	376	299	374 (*)	334	
ATENDIMENTOS PELO UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE SANGUE - Fonte: HEMOPROD - MT-HEMOCENTRO	Candidatos à doação	2.303	2.282	2.400	2.200
	Bolsa Coletadas	1.872	1.765	1.926	1.697
	Bolsa Produzidas	3.486	3.314	3.540	2.800
	Transfusões realizadas	1.255	944	2.265	1.117

(*) Valores obtidos através da média de janeiro à junho

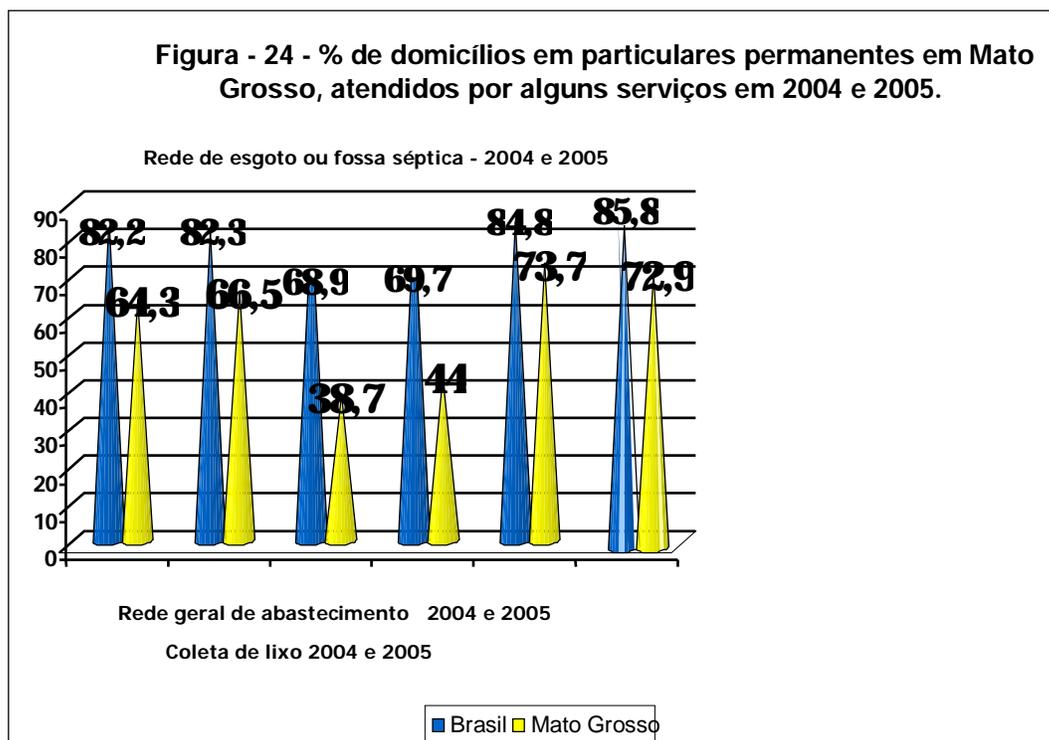
Fonte: Relatório dos Hospitais Regionais

Fonte: SES

Figura 27 -Ações Realizadas pelos Hospitais Regionais - MT – 2008.

Fazendo uma rápida análise do Demonstrativo das grandes ações realizadas pelos hospitais regionais, no terceiro trimestre de 2008. Observamos que o número de leitos em cada um dos hospitais regionais de Cáceres, Colíder, Sorriso e Rondonópolis, representam respectivamente, e em percentual, 1,99%; 1,12%; 2,02% e 2,02% do total de leitos SUS no Estado de Mato Grosso que é de 5.531, contando os públicos e os contratados. Sendo que a média é de 2 leitos para 1.000 hab. Em Mato Grosso, esta média é próxima ao parâmetro de 2,5 a 3,0 preconizado pelo Ministério da Saúde.

6.4.16 Serviços Básicos em Mato Grosso.



Fonte SEPLAN

Figura 28 - Serviços essenciais básicos

O saneamento básico compreende os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e limpeza pública e coleta de lixo, desempenha importante papel tanto na conservação ambiental como no bem estar social. Estes serviços se prestados com eficiência, contribuem para promover e garantir as condições ambientais necessárias à qualidade de vida e à saúde da população.

Em qualquer parte do mundo as atividades de abastecimento de água, esgotamento sanitário e limpeza pública e coleta de lixo, têm grande importância para elevar o nível de qualidade de vida das populações.

De acordo com a figura 02, até os anos de 2004 e 2005 o Estado de Mato Grosso apresentava percentual de domicílios favorecidos pela geral de abastecimento, rede de esgoto ou fossa séptica e coleta de lixo abaixo das dos índices gerais do país. Sendo que o que requer maior investimento público é a

rede de esgoto ou fossa com índices muito precários 38,7% e 44%, nos anos citados, enquanto que o Brasil como um todo apresentou 68,9% e 69,7% para esses serviços.

Isso demonstra quanto os governantes precisam investir nesse segmento, para alcançar o patamar nacional, que já não era tão significativo. Tendo em vista que o saneamento básico é indispensável para a manutenção da saúde humana, pois a implantação dos sistemas públicos de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino adequado do lixo trazem uma rápida e sensível melhoria na saúde e condições de vida de uma população. Como exemplo, pode-se citar: controle e prevenção de doenças; promoção de hábitos higiênicos; melhoria da limpeza pública; combate a incêndios; combate aos vetores causadores de diversas doenças.

6.5 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria do SUS é um instrumento de avanço e relevância no sistema público de saúde, uma vez que toda e qualquer manifestação do usuário no sentido de reclamar, solicitar e questionar a garantia dos seus direitos, ele tem a prerrogativa de buscar este canal de comunicação à disposição, que lhe proporciona acessibilidade e garantia de cidadania.

Este canal de comunicação entre a população mato-grossense e a Secretaria de Estado da Saúde é fruto de planejamento público, com a característica de ser um canal de comunicação do povo com a administração pública, visa estabelecer um relacionamento democrático entre o Governo e a sociedade, permitindo identificar necessidades e distorções no setor e buscar soluções para as manifestações apresentadas.

O serviço de Ouvidoria é um serviço democrático em razão do reconhecimento dos direitos fundamentais do cidadão que tanto lhe protege, respalda a instituição de críticas injustas e acusações infundadas e a sua finalidade é o controle da administração pública em prol do indivíduo pautada nos princípios

da legalidade, legitimidade, moralidade, equidade, economicidade e transparência administrativa e, portanto, é um instrumento de avaliação dos impactos dos serviços prestados à sociedade, tanto que é procurado para reclamações, mas que também está aberto a sugestões e elogios, fortalecendo os princípios do SUS.

6.6 Rede de Informações de Mato Grosso - FIPLAN.

De acordo com a Secretaria de Estado de Planejamento de Mato Grosso (SEPLAN), o FIPLAN é um sistema informatizado do Estado de Mato Grosso, que processa e controla a elaboração e acompanhamento do orçamento pelo uso de terminais instalados em todos os órgãos da administração pública estadual. O FIPLAN descentraliza a consulta de dados, relatórios e procura realizar a elaboração e acompanhamento do orçamento de forma integrada, minimizando os custos a par da eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos.

Os procedimentos adotados no sistema são regidos pelas leis federais 4.320/64⁴⁵, 6.404/76⁴⁶ e Lei de Regularidade Fiscal, inclusive as estaduais LDO, LOA e demais normas aprovadas pelos gestores gerais do Sistema.

⁴⁵ Lei 4.320, de 17 de março de 1.964, Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

⁴⁶ Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976, dispõe sobre as Sociedades por Ações.

CONCLUSÕES

O interesse em realizar este estudo surgiu da constatação das riquezas de detalhes e informações que o planejamento público poderá prestar às políticas públicas voltada especificamente para a área da saúde pública no Estado de Mato Grosso. Portanto, poderá ajudar no sentido de melhorar o seu desempenho, demonstrando assim, a necessidade de se ter o planejamento aliado como uma ferramenta que venha auxiliar nesta retomada sobre o assunto abordado.

O interesse da pesquisa voltou-se para uma abordagem analítica, com a condução de um estudo de caso sobre o Planejamento Público e da gestão nos órgãos públicos e em especial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, um Estado muito rico em potencial, situado na região Centro-Oeste do Brasil, sendo a sua capital, Cuiabá.

Adotou-se como referencial teórico de análise, o Planejamento Governamental, a partir da década de 1940 quando se iniciou a considerar o planejamento público como referência no governo do presidente Mato-grossense, Eurico Gaspar Dutra, passando por demais governos eleitos e também pelos governos militares durante a ditadura no Brasil e concluindo na Constituição Federal de 1988, com o surgimento do Sistema Único de Saúde e as concepções da reforma do aparelho do Estado.

Todavia, na década de 1980 a palavra Planejamento foi objeto de muita repulsa no Brasil. Uma vez que os diversos planos implantados e implementados no país, pelo poder público, muitas vezes frustraram as expectativas depositadas pela população, e assim, nesta década após profundo desencanto com o tema, ele foi tratado com certo ceticismo, inclusive pela população acadêmica que se negava a tratar as discussões inerentes ao assunto abordado.

A formulação do Sistema Único de Saúde a partir de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, serviu de base para discussões na Assembléia Nacional

Constituinte, até a sua legitimidade contemplada pela Constituição Federal de 1988, com envolvimento marcante das participações sociais, que se expressaram em acontecimentos concretos e assim, criou-se o SUS, reconhecendo a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido o modelo de planejamento em prazo maior, baseado nos planos plurianuais quadrienais, (PPA). Percebeu-se um esforço para a retomada do planejamento no âmbito da administração pública. Parece haver uma gradual recuperação da importância atribuída ao planejamento como instrumento da ação governamental.

De qualquer forma, observa-se que a partir de 1996 houve uma maior preocupação com o planejamento uma vez que, com um ambiente macroeconômico mais estável, o governo pôde então voltar a sua atenção novamente para as políticas de longo prazo.

Um outro fator importante foi à descentralização do Sistema Único de Saúde rumo à municipalização, uma estratégia que o sistema oferece para poder estar mais próximo do usuário. A transferência de poder é um elemento importante na caracterização deste processo. Se por um lado à agenda democrática tem reivindicado novos direitos sociais e políticos, outorga à participação social através dos conselhos estaduais e municipais de saúde, em caráter permanente e deliberativo, desempenhando a função de fiscalizar a atuação dos gestores públicos na lida com a coisa pública.

No sentido de enfatizar os programas de ações desenvolvidas na saúde pública, a partir dos investimentos disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, podemos vislumbrar avanços na condução das Políticas Públicas, inclusive com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), que é visto como uma inovação do modelo em assistências

básicas de saúde e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Quanto aos demais Programas Estratégicos revistos para avaliação das ações implantadas, têm apresentado perspectivas de melhora do sistema de saúde no Estado de Mato Grosso. Contudo, não se pode desprezar a utilização de um forte aliado para dar sustentabilidade no seu desempenho, que é o planejamento público, este sim, deveria ser mais bem valorizado como ferramenta essencial utilizada na esfera pública, no auxílio das demandas e nas implementações das políticas sociais com ênfase na saúde pública.

As iniciativas desenvolvidas pela secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso em conduzir o sistema de saúde, com relação a leitos hospitalares disponíveis aos usuários do SUS, são viáveis, uma vez que se verifica o esforço em contemplar a disponibilidade destes, embora, ainda não atenda o montante quantitativo necessário que preconiza o Ministério da Saúde, nota-se no Estado, uma aproximação da meta prevista pelo Ministério.

Um outro aspecto destacado que se observa sobre o investimento direcionado à saúde pública do Estado de Mato Grosso, pelo atual governador Blairo Maggi, é que de fato, ocorreu um aumento considerável nos recursos aplicados em termos de estruturação do Sistema Único de Saúde no Estado.

Assim, passado aproximadamente 13 anos da construção e elaboração da Política Estadual de Saúde, verifica-se que se a qualidade do serviço oferecido ainda não é o desejado por todos, porém, é inegável que, ocorreram avanços consideráveis e melhorias significativas na sua condução, principalmente, ao fazer uma análise de alguns indicadores sociais esboçados nos principais programas estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, considerando assim, uma evolução apresentada nos quadros.

Contudo, a gestão de alguns programas estudados no trabalho, ainda deixam a desejar no tocante a aplicação de recursos disponibilizados para gestão de alguns destes, verifica-se que do valor inicialmente orçado previsto para

atender o ordenamento das despesas na condução dos programas, existem sobras consideráveis entre o saldo orçado e despesas realizadas e pagas, o que caracteriza a necessidade de melhor gestão administrativa na condução do programa, ou seja, de melhor otimização dos recursos existentes para gestão dos programas estratégicos no cumprimento das metas previstas inicialmente.

No entanto, é inegável que nos últimos anos a Saúde Pública no Estado do Mato Grosso sofreu melhoras significativas na sua condução, com reaparelhamento nas bases, maior investimento, capacitação nos recursos humanos, redução dos índices dos números de casos de doenças (transmissíveis e não transmissíveis) e valorização do servidor, porém, com a potencialização do Estado e o desenvolvimento, ocasionado pelo crescimento das diversas microrregiões, requer então, que se fortaleça o investimento estrutural nestas regiões, elevando o atendimento e evitando assim, que sobrecarregue a estrutura da capital do Estado.

Concluindo, mesmo com a caracterização de falhas administrativas no tocante a otimização de alguns recursos dos Programas Estratégicos estudados, é inegável que a implementação destes no Brasil, e em especial no Estado de Mato Grosso, representa um avanço histórico para as políticas públicas na área da saúde, uma vez ocorreram melhorias estruturais, melhor integração entre profissionais de saúde e usuários, eficiência nos casos de média e alta complexidade, humanização no tocante ao tratamento do usuário, ainda que existam falhas quanto ao atendimento.

Finalmente, de modo geral, os aspectos destacados durante o estudo sobre a eficácia do planejamento público das políticas públicas de saúde do Estado de Mato Grosso foram demonstradas com algumas ressalvas.

Contudo, este estudo não é conclusivo, pois, deverá existir continuidade na tentativa de um aprofundamento, com a utilização dos demais programas e indicadores sociais, não estudados, na busca de melhorar a integração entre as gestões orçamentária, financeira e administrativa, para melhor avaliação do desempenho do planejamento público no Estado de Mato Grosso.

REFERÊNCIAS

AHUMADA, Jorge. **Teoria y Programacion del Desarrollo Económico**: curso intensivo de treinamento em problemas de desenvolvimento. Rio de Janeiro: CEPAL/DOTA, 1973.

ALMEIDA Paulo R. **A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica**. [online]. Brasília. [citado em 14 junho 2004] Disponível na World Wide Web: <<http://pralmeida.org/05DocsPRA/1277HistorPlanejBrasil.pdf>>.

AMADO, Antônio A. O. **Alguns Aspectos do Planejamento do Setor Público**. Associação Brasileira de Orçamento Público – ABOP, Brasília, 2004.

ARRETCHE, Marta T.S. **Estado Federativo s Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. São Paulo: Fapesp, 2000.

BAER, Werner. **A industrialização e o desenvolvimento econômico do Brasil**. Tradução de Paulo de Almeida Rodrigues. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

BAER, W. **A Economia Brasileira**, São Paulo: Nobel, 1996.

BRASIL. **Instrução Normativa GM/MS nº 02, 6 de abr. 2001**. Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constantes da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. [online]. Brasília, 1990. [citado em 30 Julho 2008] Disponível na World Wide Web: <http://paginas.Terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art_saucol/abcsus.pdf>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **O plano plurianual 1996-1999 (PPA 1996-1999)**. Brasília, 1995a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **O Plano Plurianual 2000-2003 (PPA 2000-2003)**. Brasília 1999a.

BRASIL, Departamento Administrativo do Serviço Público. **O Plano Salte**. Mensagem n. 196, de 10 de maio de 1948 e anexo – Lei nº 10.102, de 18 de maio de 1950, que aprova – e Decreto nº 28.255, de 12 de junho de 1950, que o regulamenta. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1950.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19/09/1990. **Legislação do SUS**. Brasília. CONASS, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28/12/1990. **Legislação do SUS**. Brasília. CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual 2000-2003 – Avança Brasil**. <http://www.Planejamento.gov.br>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **O Plano Plurianual Avança Brasil e o Programa Gestão Pública Empreendedora**. <http://www.Planejamento.gov.br>.

BRASIL. **Portaria/MS nº 2.203/GM, 6 de nov. 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS/1996.

BRASIL. **Portaria/MS nº 95/GM, 26 de jan. 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001.

BRASIL. **Portaria/MS nº 375/GM, 27 de fev. 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002.

BRASIL. **Portaria/MS nº 483/GM, 6 de abr. 2001**. Estabelece os objetivos e diretrizes gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria/MS nº 548/GM, 12 de abr. 2001**. Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão como instrumentos de Gestão do SUS”.

BRASIL. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS – Descentralização.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS – Princípios e Conquistas.** Brasília, 2000.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal, Brasília 1988.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde. Instrumento de Gestão em Saúde. Ministério da Saúde.** Brasília, 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, Revista do Serviço Público.** Brasília, 2002.

BRESSER PEREIRA, Luiz C.; SPINK, Peter. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.** 7. ed., Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2005.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Economia brasileira: uma introdução crítica.** 3 ed., São Paulo: brasiliense, 1997.

Caderno de Saúde Pública, **O serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960.** Rio de Janeiro. Fiocruz. maio, 2007.

Caderno de **Saúde Pública para debate**, Série Conasems – Saúde e Paz, Rio de Janeiro, maio de 2005.

CARLEY, M. **Indicadores Sócios: Teoria e Prática,** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais.** Petrópolis: Vozes, 2004.

FISHLOW Albert. **Desenvolvimento no Brasil e na América Latina: uma perspectiva histórica**, São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FURTADO, Celso. **O Brasil pós-“milagre”**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GANDIN, Danilo. **A Prática do Planejamento Participativo: na Educação e em Outras Instituições, Grupos e Movimentos dos Campos Cultural, Social, Político, Religioso e Governamental**. Petrópolis, Ed. Vozes, 2001.

GARCIA Ronaldo Coutinho. **A reorganização do processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003**, Brasília. [online] [citado maio 2000] <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2000/td>.

GIACOMONI James. **Orçamento Público**. São Paulo. Atlas. 2005.

Governo do Estado de Mato Grosso. Programa de Modernização da Gestão Pública Estadual. Decreto 2.485/2001 **Manual do PMG**. 2001

GREMAUD A. P., VASCONCELLOS M. A. S., JÚNIOR R. T., **Economia Brasileira Contemporânea**. São Paulo. Atlas. 2002.

IANNI Octavio. **Estado e Planejamento Econômico no Brasil**. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Departamento da População e Indicadores Sociais. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Brasília, 1999.

LAFER, Betty Mindlin. **Planejamento no Brasil, Economia em Debates**. 5 ed. São Paulo. Perspectiva, 2003.

LANA I, Francisco C. F.; GOMES II, Elizabeth Laus R. **Reflexões sobre o Planejamento em Saúde e o Processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Revista Latino-Americana de Enfermagem V. 4. Ribeirão Preto, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?lng=pt>. acesso em 26 jun. 2007.

LOPES, Carlos Thomaz. G. **Planejamento, Estado e Crescimento**. São Paulo. Pioneira Editora: 1990.

LUCCHESE Patrícia. **Descentralização do financiamento e da gestão da assistência. Saúde no Brasil: a implementação do sistema Único de Saúde.** Planejamento e Políticas públicas. RJ. 1996.

Governo do Estado de Mato Grosso - **Secretaria de Estado de Fazenda Secretaria de Estado de Planejamento. FIPLAN Sistema Integrado de Planejamento Contabilidade e Finanças do Estado de Mato Grosso,** 2007.

MATO GROSSO. **Decreto nº 2.485.** 16 de abr. 2001. Cria o Programa de Modernização da Gestão Pública, define a estrutura para a sua implementação e execução no âmbito da administração pública direta e indireta.

MATO GROSSO. **Decreto nº 752.** 22 de jan. 1996. Institui no âmbito do Poder Executivo, o Programa de Reforma do Estado de Mato Grosso e dá outras providências.

MATO GROSSO. **Lei nº 6.695.** 19 de dez. 1995. Autoriza o Poder Executivo a aderir ao Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal de Estados, proposto pelo Conselho Monetário Nacional, e dá outras providências.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Planejamento de Mato Grosso. **Manual do Programa de Modernização da Gestão Pública.** <http://www.seplan.mt.gov.br>.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo.** Brasília. IPEA, Tomos I e II, 1993.

MERHY, Emerson Elias. **Razão e Planejamento.** 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994.

OLIVEIRA, José A. P. **Desafios do Planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas,** nº 02. RJ. 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde.** [online] Lisboa 2008. [citado 05 Fevereiro 2008] disponível na World Wide Web: <http://pt.www.wikipedia.org/wiki/minist>.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Necessidades Humanas**. São Paulo, Cortez, 2000.

RIZZOTTO Maria L. F. **A Saúde nos Planos de desenvolvimento no Brasil (1948-1984)**. São Paulo: Xamã, 2007.

ROSSETTI José Paschoal. **Política e Programação Econômicas**. São Paulo, Atlas, 1987.

SANCHES Osvaldo M. **O ciclo orçamentário: uma reavaliação á luz da Constituição de 1988**. Rev. Adm. Pub. [online] out./dez.1993, [citado 25 novembro 94]. Disponível na World Wide Web: <http://www2.camara.gov.br/internet/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/artigos/Artigo070.pdf>

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo Dicionário de Economia**. São Paulo: Best Seller, 2000.

SEPLAN. Secretaria de Estado de Planejamento de Mato Grosso. **Manual do Programa de Modernização da Gestão Pública**. [online] [citado 22 julho 2008]. <http://www.seplan.mt.gov.br/html/noticia>.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Política Estadual de Saúde-realinhamento 2005** – www.saude.mt.gov.br/site/documento_ses. Acesso em 27 de abril de 2009

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade Governamental**. São Paulo: Atlas, 2004.

SILVEIRA, Mário M. **Política Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; Revan, 2005.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **O futuro da prevenção**. Salvador, Casa da Qualidade, 2001.