

PLANEJAMENTO EM SAÚDE UM CAMINHO POSSÍVEL(?): O CASO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Grupo de Trabalho: Planejamento e políticas públicas

Maria Carolina Gonçalves Oliveira¹

Wellington Alvim da Cunha²

Resumo

Este trabalho discorre sobre o contexto contemporâneo das orientações neoliberais norteando, a partir da década de 1990, os Estados nacionais em nome da “crise fiscal estatal”, tornando-se “Estados mínimos” para as políticas públicas. No Brasil, tal rebatimento causa retrocesso ao que já havia sendo estabelecido na década de 1980, pelos Movimentos Sociais Urbanos, com os ganhos políticos e sociais através da Assembléia Nacional Constituinte, Constituição Federal de 1988 e Leis infraconstitucionais, no caso específico deste trabalho as Leis Orgânicas da Saúde. A partir deste contexto do “Estado mínimo”, como então garantir os direitos universais na política de saúde? Seria operacionalizando o Planejamento da Saúde para a garantia desses direitos reafirmados? Realizou-se uma pesquisa bibliográfica da temática e de pesquisas já realizadas no município de Campos dos Goytacazes (VIDAL, 2006; SANTOS, 2008; STEVANIM, 2008; STEVANIM, 2015; SILVA, 2012 e ALVES, 2013). Assim, diante deste panorama, questionamos se a problemática encontra-se no planejamento ou em sua operacionalização?

Palavras-chave: Neoliberalismo, Planejamento como instrumento, Planejamento em Saúde.

¹ Assistente Social pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Dependência Química, Assistente Social da Prefeitura Municipal de Muriaé– Mestranda em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes/Campos dos Goytacazes-RJ. *E-mail:* mariacgo@yahoo.com.br

² Mestre em Administração pela Universidade Federal Viçosa - UFV. Possui graduação em Serviço Social pela Faculdade de Minas (2010), Pós graduado em Gestão com Pessoas pela Faculdade Redentor (2013). Trabalhou na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais (SEDESE) com lotação na Diretoria Regional de Muriaé (2009-2013). *E-mail:* wellington.alvim@ufv.br

Reafirmação no contexto Neoliberal

Para podermos iniciar o primeiro ponto de discussão, recorreremos ao pesquisador Carlos Montaña (1999), o autor afirma que o Estado moderno surgiu para gerir os interesses da ordem burguesa, isto no nascimento do sistema capitalista. Este mesmo Estado é consequência e é também construtor desta mesma sociedade.

Na verdade, o Estado é peça fundamental e seria impossível o desenvolvimento do capitalismo sem o amparo estatal. Mesmo nos períodos de crise como, por exemplo, o “período Keynesiano”, como nos Estados “benfeitores”, “populistas” e, na atualidade, a Reforma Neoliberal do Estado.

Ressaltamos que a crise do capitalismo no período histórico supracitado (décadas de 1970 e 1980), é preciso remontar o pós-segunda guerra mundial. E faz-se necessário lembrar que, até a década de 1960, as “economias industrializadas” viveram um “longo período de crescimento” (MOTA, 2008, p.49).

Na década de 1960, as economias dos países que adotavam estes modelos de produção e economia apresentaram “sinais de declínio do crescimento econômico, evidenciando o início da saturação daquele padrão de acumulação” (MOTA, 2008, p.49).

Destacamos que os modelos que norteavam tanto a economia, quanto a produção eram keynesiano e fordista, respectivamente.

A crise econômica iniciou-se na década de 1970, mais precisamente no ano de 1973: o “cartel dos exploradores de petróleo aumentou significativamente os preços do produto (...) e acabou por ser uma manobra das transnacionais petrolíferas e dos Estados Unidos contra as economias japonesa e alemã” (MOTA, 2008, p.53).

De acordo com Mota (2008, p.66), para tentar superar a “crise econômica do capital” foram criadas duas estratégias: a primeira, foi a “reestruturação produtiva”; e a segunda a “reestruturação dos mercados”.

A autora ainda afirma que “toda crise no mercado mundial expressa desequilíbrios no âmbito da produção e da circulação de mercadorias” e “ocasiona esforços por parte do capital a fim de superar tais contradições, reestruturando tanto a produção quanto os mercados” (MANDEL, 1990, apud MOTA, 2008, p.66).

E ainda,

a crise vem sendo enfrentada valendo-se de uma cruzada contra os mecanismos anticíclicos de base keynesiana, tendo como contrapartida um programa de corte neoliberal, marcado pela negação da regulação da regulação econômica estatal, pelo abandono das políticas de pleno emprego e pela redução dos mecanismos de seguridade social, em prol, é claro, da regulação operada pelo mercado (MOTA, 2008, p.56).

Podemos perceber que o Estado deixa de regular o mercado, financiar políticas sociais e passa sua responsabilidade para o mercado e/ou sociedade civil, isto de acordo com a lógica da lucratividade deste, pois existia uma crise econômica para se enfrentar.

Destacamos que a reestruturação produtiva deu-se em “dois movimentos”., são eles: a globalização foi o primeiro movimento, havendo a “reordenação geoeconômica das fases do ciclo global de mercadorias” (MOTA, 2008, p.65). E, para tal, suas intervenções ocorreram no mundo do trabalho e nas relações internacionais – entre países que faziam parte do “centro hegemônico” de forma hierárquica com os “países periféricos”.

O segundo movimento está atrelado “aos mecanismos sociopolíticos e institucionais, necessários à manutenção do processo de reprodução social, incidindo prioritariamente no âmbito da luta de classes e na relação entre ordem econômica e projeto político” (MOTA, 2008, p.66).

As orientações Neoliberais têm como um de seus pressupostos o “Estado mínimo”, normativo e administrador. Um Estado “que não interferira no funcionamento do mercado, já que sua intervenção, além de deformar os mercados de fatores, produtos e ativos, geraria espirais inflacionários, segundo a lógica do conservadorismo neoclássico” (NOVELO, 1997, p.68). Desta forma, os “gastos” com as políticas sociais devem ser mínimos e o mercado cada vez mais amplo, pois o conservadorismo neoclássico vê que quando o Estado é amplo e visa a equidade social este é considerado populista e promotor da inflação.

De acordo com Toledo (2002, p.81), “o neoliberalismo tem procurado converter-se em senso comum: o antiestatismo espontâneo do povo é reforçado pela ideia de um Estado causador da crise”.

Um elemento que ratifica o que o autor nos diz acima é a Política de Reforma do Estado que por si só deveria ser o provedor e financiador de políticas sociais públicas, mas que, no entanto, transfere ao setor privado as atividades que o

mercado possa controlar, ocasionando a privatização generalizada das empresas estatais. É o que Iamamoto (2003, p.121) afirma ser a “publicização” dos serviços de educação, saúde e cultura.

Essa “publicização” se dá de forma descentralizada para o “setor público não estatal, da execução de serviços que não envolvam o poder do Estado, mas devam ser por ele subsidiados” (IAMAMOTO, 2003, p.121).

Quando ocorre a retração do Estado, ele transfere sua responsabilidade para a sociedade civil organizada, o “Terceiro Setor”, segundo Iamamoto (2005) a “Refilantropização Social” que vai ser caracterizada como filantropia empresarial e responsabilidade social.

A realidade brasileira: avanços políticos e sociais e seus descompassos

Na década de 1980, enquanto o mundo capitalista estava implementando a Política Neoliberal, no Brasil ocorriam fenômenos diferenciados (contexto social, econômico e político) do restante do mundo. Nosso país estava vivenciando o fim da ditadura militar, que perdurou por mais de vinte anos, e o início da redemocratização. Neste período, foi editada a Constituição Federal, em 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, resultado da emergência dos Movimentos Sociais Urbanos (MSUs) tiveram grande parcela nesse processo de redemocratização

(...) através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário. Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania (FLEURY, 2004, p.109).

Ainda nas décadas de 1980 e 1990, ocorreram avanços sociais e políticos “formalizados na transição dos governos militares à ordem democrática” (COUTO, 2010, p.25), mas o “marco decisivo no campo dos direitos sociais foi o processo

constituente e a Carta Constitucional de 1988” (COUTO, 2010, p.25), O atual texto constitucional, oriundo dos movimentos sociais urbanos considerado um avanço na conquista de direitos, é considerado também um marco histórico e “um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição àquela até então prevalecente” (COHN, 2008, p.13), o que para Fleury (2004) inaugura-se um novo padrão

constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY, 2004, p.109).

Este novo modelo de Seguridade Social, que por sua vez compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art.194).

Vale lembrar que a política de saúde que antes da promulgação da Constituição Federal era um seguro social, restringindo a “formas de benefícios e prestações de serviços bastante específicas (...) abolindo o caráter estritamente contratualista até então vigente, e reafirmando esses direitos como universais” (COHN, 2008, p.13-14).

A partir desse panorama, a política de saúde atua como uma política com princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Resta saber se esses princípios doutrinários estão sendo respeitados. Tais princípios doutrinários são operacionalizados por meio de instrumentos nos âmbitos federal, estadual e municipal.

A Carta Constitucional em seus artigos 196, 197, 198, 199 e 200 determinou que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Outros avanços quanto a gestão da política de saúde encontra-se na gestão descentralizada política-administrativa (art. 18), e com a participação da sociedade civil em seu controle social, que dá-se pelo conselho em seu respectivo nível

federativo. No que cabe a descentralização ressaltamos que os municípios passam a ter autonomia e esta “assume quatro contornos: autonomia política, autonomia administrativa, autonomia financeira e autonomia legislativa”. (LIRA; AZEVEDO FILHO; SILVA, 2003, p.09).

Ressaltamos que em 1989, o então presidente José Sarney assinou o Consenso de Washington, encontro este que contava com a participação de vários representantes de Estados e que concordaram com a Política Neoliberal. A implementação dessa política teve início, na gestão seguinte, com o presidente Fernando Collor de Melo.

Em nome da “crise fiscal”, o Estado retrai-se, agravando ainda mais a questão social, pois as políticas sociais públicas devem sofrer profundas modificações, seguindo as orientações neoliberais; sendo assim, passam a ser focalizadas, precarizadas e descentralizadas.

Na política do “Estado mínimo” ocorre o ajuste e desmonte das políticas (BÓRON, 1994; SOARES, 2000; PETRAS 1999; FIORI, 2001e BEHRING, 2003), e rebate no que tange ao desmonte das políticas sociais, em que acontece, “uma contra-reforma do Estado na direção da flexibilidade, competitividade, adaptabilidade e atratividade” (BEHRING, 2003, p.127).

Dialogando com os autores supracitados Soares (2002) afirma que uma crise global

de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado de neoliberal – que inclui (por definição) a informalidade do trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma “nova” pobreza (SOARES, 2002, p. 12).

Já para Faleiros (2004) quando se refere à análise de Soares (2000) sobre o neoliberalismo, este aponta para a ideia de uma produção de um

‘novo estado’ sob o poder das grandes empresas que ditam as regras, passando-se da minimização do Estado a sua reconstrução para um novo papel no desenvolvimento. Há consenso de que a mudança do papel do Estado na economia se articula ao processo de mundialização do capital, tornando os Estados Nacionais menos soberanos e com políticas e propostas bastante semelhantes entre si (FALEIROS, 2004, p.35).

Diante de um Estado “retraído”, ocorrem as privatizações, os serviços que são um direito garantido conforme a Constituição Federal de 1988, são sucateados, como por exemplo apontamos as políticas de educação, previdência social e saúde. Na primeira delas temos a qualidade no ensino na educação básica em que predominam as escolas particulares; no caso da previdência social a previdência particular, já a saúde seu acesso se dá pelos planos de saúde e “consultas sociais”.

Conforme ressaltado anteriormente, o Brasil vivenciando tal processo de contra-reforma do Estado, que ao dialogarmos com Stevanim (2015, p.64), a pesquisadora afirma que o Estado possui

rígidos critérios de elegibilidade em relação ao acesso aos direitos sociais (KRUGER, 2010), precariedade de recursos humanos e repasse dos bens e serviços públicos para empresas terceirizada e/ou com fins lucrativos (FLEURY, 2012). No âmbito da saúde ocorre a segmentação em dois sistemas fortes, o SUS e o sistema privado, o que de certa forma impede o Estado de implementar o projeto de reforma sanitária proposto, além dos impasses que se referem ao financiamento, que afasta cada vez mais a possibilidade de efetivação do direito à saúde (BAPTISTA et al., 2009 apud STEVANIM, 2015, p.64).

Os ganhos sociais obtidos com a ampliação dos direitos inscritos na Constituição Federal e em suas leis infraconstitucionais acabam “sofrendo” um retrocesso com tais orientações neoliberais.

Diante das análises realizadas sobre a realidade do Brasil com seus e retrocessos, é necessário aprofundarmos no planejamento como conceito e um instrumento de operacionalização da gestão pública.

O Planejamento como conceito e como instrumento

Segundo Wiltold Zmitrowicz (2002) o planejamento é uma atividade através da qual as pessoas procuram definir e ordenar ações para atingir determinados objetivos. Já, para Silva (2012) o planejamento é “um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro (ou uma demanda), de forma a possibilitar (facilitar) a tomada de decisões antecipadamente” (SILVA, 2012, p.13).

Sendo assim, planejamento é uma atividade também governamental, onde o Estado detentor de recursos financeiros e político é capaz de implementar políticas públicas conducentes aos objetivos previamente definidos.

Historicamente o planejamento como “instrumento de política econômica é relativamente recente (1929), mesmo em países socialistas”, a União Soviética “era antes da guerra, o único país que usava o planejamento de maneira sistemática” (LAFER, 1975, p.9). das economias para a guerra, levaram a elaboração de modelos racionais de política econômica, que permitissem dominar as forças econômicas em direção à alocação de recursos

Já no sistema capitalista o ideário de planejamento se deu com a instabilidade de seu sistema econômico, “com crises cíclicas na atividade e desemprego periódico (...), a nova ênfase no desenvolvimento econômico e luta contra a miséria, e a mobilização. (...) Tinha sido definitivamente perdida a crença no automatismo de mercado e abandonada a teoria do *laissez-faire* nas decisões econômicas”(LAFER, 1975, p.10).

Este tipo de ideário conhecido como teoria keynesiana “permitia compreender a crise dos anos trinta e mostrava que o Governo tem um importante papel a desempenhar na eliminação do desemprego” (IDEM, p.15).

Para Lafer (1975) em países capitalistas,

o planejamento pode ser feito em diversos graus de elaboração, abrangendo apenas parte ou a totalidade da economia. O planejamento global procura dar uma visão ampla do desenvolvimento da economia, fixando objetivos a atingir e procurando assegurar a consistência entre a oferta e demanda de bens em todos os setores. (...) Esse programa pode limitar-se a alguns setores estratégicos da economia, onde se percebe claramente que há desequilíbrio. É o caso de investimentos em infraestrutura, como transportes, energia, educação, saúde, cujo crescimento pode ser planejado mesmo quando objetivos mais gerais de crescimento de renda, emprego etc. (IDEM, p.16-17).

Um exemplo deste tipo de planejamento no Brasil ocorreu no governo do presidente Juscelino Kubitschek.

Para Lafer (1975, p.17) o planejamento também pode se referir a “regiões econômicas sem estar inserido num esquema para a economia como um todo, sendo feito com objetivos específicos, como o de industrializar regiões (é o caso, no Brasil, da SUDENE), de desenvolver uma bacia fluvial, ou a agricultura regional etc”.

No que se refere aos investimentos públicos, é de suma responsabilidade e controle do Governo, “sendo necessário, porém haver coordenação entre orçamentos públicos, órgãos executivos e o organismo encarregado do

planejamento. A organização administrativa, portanto, é fundamental para a execução das metas do plano” (IDEM, p.21).

Remontando um pouco a história do planejamento no Brasil, desde a década de 1940 “várias foram as tentativas de coordenar, controlar e planejar a economia brasileira. Até 1956 essas tentativas foram apenas diagnósticos, propostas, medidas setoriais ou de racionalização do processo orçamentário” (IDEM, p.37).

Piquet (2007) afirma e seu estudo que a primeira experiência do planejamento governamental no Brasil ocorreu no Governo Juscelino Kubitschek com o Plano de Metas. Após o referido Plano, outros presidentes também recorreram ao Plano como um instrumento para suas gestões. São eles:

Tabela 1 –Trajetória dos Planos no Brasil

Planos	Períodos	Governos	Presidentes
Plano de Metas	1956-1961	civil	Juscelino Kubitschek
Plano Trienal	1961-1964	civil	João Goulart
Plano de Ação Econômica do Governo - PAEG	1964-1967	militar	Castelo Branco
Plano Estratégico de Desenvolvimento - PED	1967-1969	militar	Costa e Silva
Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento - I PND	1969-1974	militar	Garrastazu Médici
Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND	1974-1979	militar	Ernesto Geisel
Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento - III PND	1979-1985	militar	João Figueiredo

Fonte: Piquet (2007).

A tabela 1 nos mostra o planejamento com a cronologia dos planos e seus períodos governamentais. Para Piquet (2007)

durante meio século a economia brasileira experimentou duas fases de grande expansão: a primeira ocorre na segunda metade dos anos de 1950 e está associada ao Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek; a segunda corresponde o período da vigência do II Plano nacional de Desenvolvimento Econômico, durante os anos de 1970. Nas duas, a expansão dos investimentos é conduzida sob a liderança e expressiva participação do setor público, e depois de cada uma delas o país amarga baixos níveis de crescimento, queda da renda *per capita* e elevados níveis inflacionários (PIQUET, 2007, p.14).

Avançando um pouco no tempo, destacamos que na década de 1990, o país passa por profundas transformações em “virtude da abertura da economia e da perda de importância do papel do Estado na promoção do desenvolvimento, o Brasil passa por profundas transformações” (IDEM, p.14).

Nesta mesma década, com o ideário neoliberal a forma de governar encontra-se em um “dilema” de um lado, a necessidade de racionalização dos gastos

públicos, em resposta à necessidade imperiosa de garantir o equilíbrio orçamentário e fiscal, de outro, a ampliação da demanda por políticas sociais consagradas na Constituição de 1988 (RIBEIRO, 2005).

Pereira (2005) define a condução da política social início da década de 1990 como seletiva, liberal e focal das obrigações sociais do Estado e o seu objetivo primordial foi o combate à inflação e ajustes econômicos.

Destacamos que durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a reforma do Estado brasileiro foi um dos principais focos de sua gestão (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Também ressaltamos que Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, o Estado brasileiro passa ter a agenda social como eixo estruturante do novo desenvolvimentismo brasileiro, adotando uma orientação genericamente participativa, que implicou em uma forte expansão do controle social (PAULA, 2007; OLIVA, 2010, AVRITZER, 2012).

Em 2007, no segundo mandato do presidente Lula, foi criado o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que teve grande importância na “promoção da retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, contribuindo para o seu desenvolvimento acelerado e sustentável” (Ministério do Planejamento), porém para Rodrigues e Salvador (2011) o PAC além de abranger

uma série de medidas de caráter econômico visando a manutenção da estabilidade econômica e o cumprimento de acordos internacionais. (...) As implicações desse programa para as políticas sociais, visto que são previstas em suas ações medidas de desonerações tributárias, com diminuição dos recursos arrecadados para o fundo público, e medidas institucionais que enfraquecem os direitos sociais. O PAC se apropria indiretamente de parcelas dos recursos do Estado que seriam destinadas às políticas sociais e contribui para a manutenção da política econômica ortodoxa vigente de priorização do pagamento dos serviços da dívida (juros e amortização). As medidas institucionais previstas no PAC, como a reforma tributária e a instituição do fundo de pensão dos servidores públicos, fragilizam os direitos sociais e, além disso, as desonerações concedidas retiram recursos das políticas de Seguridade Social e da educação (RODRIGUES; SALVADOR, 2011, p.129).

Planejamento da política de saúde: algo possível a ser operacionalizado?

Para entendermos como surge o planejamento em saúde, faz-se necessário ressaltarmos que os princípios doutrinários do SUS possuem implicitamente a

tríplice-conceito-signo de universalidade, equidade e integralidade, que representa uma forma viva do projeto de reforma sanitária. No que se refere ao princípio de universalidade, a saúde ao ser concebida como direito de todos visa à superação de injustiças resultantes de nossas estruturas sociais. Os princípios de equidade e integralidade vão muito além do simples consumo ou acesso a determinado serviço ou bem de saúde, implicando, portanto, em repensar aspectos importantes de organização no processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2004 apud STEVANIM, 2005, p.63).

O planejamento da política de saúde se configura como um importante mecanismo de gestão, objetivando conferir direcionalidade ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão concretude, ressaltamos inicialmente, as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080/90 em seu capítulo III expõe sobre o planejamento e o orçamento da saúde. No artigo 1º deste capítulo, é “estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS” (BRASIL, 2009, p.17), que será “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990a). Esta perspectiva, temos um dos mecanismos importantes para a “observância do princípio de unicidade do SUS” (BRASIL, 2009, p.17).

Na referida Lei, temos no artigo 36, em seus parágrafos 1º e 2º, são definidos a “aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes” (BRASIL, 2009, p.18). Já no artigo 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a “responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde” (BRASIL, 2009, p.18), em “função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990a).

Quanto a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), no seu artigo. 4º,

entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria). (BRASIL, 2009, p.18).

Destacarmostambém que as Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e de nº 699, de 30 de março subsequente, foram editadas pelo Ministério da Saúde: a primeira “divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (BRASIL, 2006a), já a segunda portaria “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão” (BRASIL, 2006b).

No que cabe ao referido Pacto pela Saúde, este possui três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, “os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde” (BRASIL, 2009, p.18).

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) da Portaria nº 399/2006 está nele contido o “conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento” (BRASIL, 2009, p.18). Ressaltamos tambémque o referido Pacto vislumbra cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, são eles:

- i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- iii) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e

v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006a).

É necessário ressaltarmos que diante do exposto, observamos e compreendemos que existe o Planejamento em Saúde. Este planejamento possui instrumentos e sua operacionalização está presente em todos os entes federativos estando pactuados e em consonância entre seus entes.

No entanto, temos no próximo ponto de análise o planejamento em saúde no Município de Campos dos Goytacazes que é apontado em importantes pesquisas como um município abundante em recursos oriundos dos *royalties* e participações especiais e, porém não há planejamento na gestão da política de saúde.

O caso de Campos dos Goytacazes: o “problema da saúde” está realmente no planejamento?

O Município de Campos dos Goytacazes recebe anualmente significativa receita oriunda de *royalties* e participações especiais (em 2013 recebeu R\$ 1.375.983.824,37 (INFOROYALTIES, 2014³)), o que o torna uns dos municípios mais ricos do Estado do Rio de Janeiro.

Parte desses *royalties* é destinado ao financiamento das políticas públicas municipais, inclusive à política de saúde (SILVA; ALVES, 2013). Ressalta-se ainda que este município é credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal (DO município de 16/09/09), no qual o município recebe o “total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território”(BRASIL, 2003), conferindo maior autonomia para gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Levando-se em consideração que a política municipal de saúde conta com um financiamento privilegiado conforme supracitado, torna-se necessário que as ações de saúde sejam bem planejadas. Para tanto, essas ações são operacionalizadas por meio dos instrumentos do planejamento em saúde, que tem por finalidade a qualidade nos serviços prestados que por sua vez traz melhoria das condições de saúde da população.

A relevância deste trabalho está na forte correlação entre as condições de saúde da população e o desenvolvimento econômico (PRATES, 2014), entendendo

³INFOROYALTIES. Boletim Petróleo, Royalties e Região. (2014) Disponível em <<http://inforoyalties.u cam-campos.br/>> Acesso em 13 maio de 2014.

a política de saúde municipal e seus processos como um fator essencial para o desenvolvimento territorial, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela, mas a importância de elaborar uma política pública que permita a inclusão social, promoção da saúde e democratização (ROCHA et al., 2009).

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

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

Outro trabalho de dissertação, Vidal (2006) realizado neste município, “Demanda reprimida: estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de Campos dos Goytacazes-RJ”, destacamos que, esse fenômeno observado em sua pesquisa “ratifica a não efetivação, na prática, do direito à saúde, apregoado na Constituição Federal de 1988, como um direito universal”, e para além do financiamento temos a organização e gestão do sistema (VIDAL, 2006, p.190). A pesquisadora de forma propositiva afirma que para que possa ser modificado tal fenômeno, uma das proposições se ancora no

fortalecimento e no incentivo de discussão em diferentes instâncias, como os “Conselhos de políticas e de direitos (...) a fim de publicizar e enfrentar esta expressão cada vez mais significativa da questão social” (VIDAL, 2006, p.192).

No trabalho de dissertação de Venâncio (2001), o mesmo analisou a descentralização da política de saúde em Campos dos Goytacazes na década de 90, em suas conclusões já sinalizava para o não cumprimento dos pressupostos à municipalização

indicados pelas NOBs elaboradas no período 1990-2000, que o Município não cumpriu ou cumpriu com atraso, foram os planos de saúde, relatórios de gestão, comissão PCCS e serviço de auditoria, este exigido pela NOB/1996 para a GPSM. O primeiro plano foi organizado para o ano de 1996, o primeiro Relatório, em 1999, sem apontar indicadores de resultados de gestão. A comissão PCCS e o serviço de auditoria, em dezembro de 2000, não estavam organizados (VENÂNCIO, 2001, p.120).

Tais pesquisas já realizadas no município de Campos dos Goytacazes têm apontado para a falta de planejamento na gestão, nas ações e serviços de saúde, assim comprometendo o acesso conforme normatizado na Constituição (VIDAL, 2006; SANTOS, 2008; STEVANIM, 2008; SILVA, 2012 e ALVES, 2013). Assim, diante deste panorama, questionamos se a problemática encontra-se no planejamento ou seria na organização e gestão do sistema (VIDAL, 2006, p.190) com a operacionalização de fato do planejamento?

Conclusões

Acreditamos que as políticas públicas brasileiras sofrem influência do ideário neoliberal e que tais ideais norteiam desde 1990 a gestão do Estado inclusive nos gastos sociais públicos.

O planejamento como instrumento de operacionalização de uma política pública deverá ir ao encontro da ampliação dos direitos sociais consagrados na Constituição Federal de 1988.

Quanto ao planejamento da política de saúde, sabemos que são importantes instrumentos de elaboração de uma política pública que permita a inclusão social, promoção da saúde e democratização.

No que cabe ao planejamento em Saúde de Campos dos Goytacazes para as pesquisas de Silva (2012), Alves (2013), e os artigos de Silva & Alves (2013), que há

uma falta de planejamento e gestão eficiente da política de saúde em Campos dos Goytacazes, o que fragiliza todos os níveis de atenção: primário, secundário, terciário. O que está acontecendo como um fenômeno muito corriqueiro é a judicialização do acesso aos serviços de saúde e assistência farmacêutica.

Entretanto o SUS possui um sistema já consolidado e pactuado com a cooperação entre os entes federativos (federal, estadual e municipal) conhecido como PlanejaSUS, este tipo de planejamento inclui o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS através da “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento”(BRASIL, 2009) que são resultantes de um processo, como planos e relatórios. Tais instrumentos são objetos de grande “parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento indica processos e métodos de formulação, e requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, 2009, p.17).

Então,concluimos que existe o Planejamento em Saúde e este está consolidado nos três níveis de gestão, o que realmente ocorre no Município de Campos dos Goytacazes? Como esse planejamento é operacionalizado no nível de gestão municipal? Para responder tais questionamentos e problematiza-los faz-se necessário avaliarmos os instrumentos do Planejamento em Saúde, observando o que foi pactuado como meta a ser cumprida no Plano Municipal de Saúde (plano quadrienal)e em suas Programações Anuais de Saúde e o que foi cumprido nos Relatórios Anuais de Gestão.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Texto para Discussão (IPEA. Brasília), v. 1, p. 7-24, 2012.

BAPTISTA et al. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (3). P. 829-839. 2009.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BÓRON, A. **O estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

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

_____. **Lei Orgânica da Saúde**, Lei nº. 8080. Brasília, 19 de setembro de 1990a.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**, Lei nº. 8.142. Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRESSER - PEREIRA, L. C. Reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. V. 49, p. 542, 1999.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Diário Oficial do município. Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <<http://www.camposrj.gov/diariooficial.php>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 20 out. 2008.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 5º ed. São Paulo: Cortez. 2008

COUTO, B.R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010

FALEIROS, V.P. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: FLEURY, S. **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: Inesc,

2004. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. p.31-64. Acesso em 19 jul. de 2014.

FLEURY, S. **Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. V. 36, n. 93, p. 159-162. 2012.

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilema entre o instituinte e instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (3). P. 743-752. 2009.

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

FIORI, J.L. **Brasil no espaço**. Petrópolis: Vozes, 2001.

FUHRMANN, N.L. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. In: Movimentos Sociais e Democracia vol.4 nº1 jan-jun 2004. **Civitas Revista de Ciências Sociais**. p.111-131 Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/49/1732>> Acesso em 12 ago. de 2014.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KRUGER, T.R. Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**. UNICAMP. Campinas, v. XI. n. 10. Dez/2010.

LAFER. B.M. O conceito de planejamento. In: _____ (org.) **Planejamento no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1975, p.21-50.

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

MANDEL, E. **A crise do capitalismo**. Campinas, Unicamp/Ensaio, 1991.

MONTAÑO, C. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v.20, n.59, p. 47-79. mar.1999.

MOTA, A.E.F. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NOVELO U, F. Estado keynesiano e Estado neoliberal. In: LAURELL, A C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.59-69.

OLIVA, A. M. **As bases do novo desenvolvimentismo: análise do governo Lula**. Campinas: [s.n.], 2010.

PAULA, A. P. P. D. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PEREIRA, Larissa Dahmer. **A proteção social como “necessidade mínima”, o avanço dos preceitos (neo)liberais e a desconstrução da Seguridade Social brasileira na década de 1990**. Cadernos Especiais n. 34 – edição: jul. 2005.

PETRAS, J. **Armadilha neoliberal e as alternativas para a América Latina**. São Paulo: Xamã, 1999.

PIQUET, R. **Indústria e território no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

PRATES, A. M. Q. Consórcios públicos Intermunicipais: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde. In: RANDOLPH, R.; SIQUEIRA, H.; OLIVEIRA, A. (orgs). **Planejamento, políticas e experiências de desenvolvimento regional: problemáticas e desafios**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2014. p.271-286.

RIBEIRO, M.M. **Assistencialismo nas políticas sociais do Brasil nos anos 90**. Dissertação apresentada ao final da Pós Graduação Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

ROCHA et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, R. G.(org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

RODRIGUES, T.A.; SALVADOR, E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 129-156, jan./jun. 2011.

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

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

SOARES, L.T. **Os custos sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, L.A. **Agencificação, publicização, contratualização e controle social**: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado. Brasília: DIAP, 2000.

STEVANIM, M.A.P. **"Judicialização da saúde"**: Acesso à Assistência Farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes.2015. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, UENF.

STEVANIM, M.A.P. **“Aguarde atendimento”**: Uma análise sobre a morosidade do sistema público de saúde. Campos dos Goytacazes. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, UFF.

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

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

VENÂNCIO, V.A.S. **A descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90. 2001**. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

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