TEXTOS PARA DISCUSSÃO CEPAL • IPEA

49

Planejamento em saúde: encontros e desencontros

Elizabeth Barros

NAÇÕES UNIDAS
CEPAL
ipea

TEXTOS PARA DISCUSSÃO CEPAL • IPEA

LC/BRS/R.275

49

Planejamento em saúde: encontros e desencontros

Elizabeth Barros

NAÇÕES UNIDAS
CEPAL
ipea

© Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – CEPAL, 2012

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2012

Tiragem: 250 exemplares

Barros, Elizabeth

Planejamento em saúde: encontros e desencontros/Elizabeth Barros. Brasília, DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2012. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 49).

46p.

ISSN: 2179-5495

1. Saúde-planejamento – Brasil I. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. CEPAL II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA III. Título

CDD: 614

Este trabalho foi realizado no âmbito do Acordo CEPAL-IPEA.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da CEPAL e do IPEA.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

A presente publicação encontra-se disponível para download em http//www.cepal.org/brasil

Sumário

Apresentação

Introdução 7

1 Nota sobre a questão federativa no Brasil 9

2 Desafios ao planejamento em saúde no federalismo tripartite brasileiro 11

3 O planejamento pós-CF/88 15

4 Implementação do PlanejaSUS 25

4.1 Planejamento do SUS em 2011 28

4.2 Perspectivas para o planejamento do SUS 38

Referências Bibliográficas 40

Apresentação

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mantêm atividades conjuntas desde 1971, abrangendo vários aspectos do estudo do desenvolvimento econômico e social do Brasil, da América Latina e do Caribe. A partir de 2010, os Textos para Discussão Cepal- Ipea passaram a constituir instrumento de divulgação dos trabalhos realizados entre as duas instituições.

Os textos divulgados por meio desta série são parte do Programa de Trabalho acordado anualmente entrea Cepal e o Ipea. Foram publicados aqui os trabalhos considerados, após análise pelas diretorias de ambas asinstituições, de maior relevância e qualidade, cujos resultados merecem divulgação mais ampla.

O Escritório da Cepal no Brasil e o Ipea acreditam que, ao difundir os resultados de suas atividades conjuntas,estão contribuindo para socializar o conhecimento nas diversas áreas cobertas por seus respectivos mandatos. Os textos publicados foram produzidos por técnicos das instituições, autores convidados e consultores externos, cujas recomendações de política não refletem necessariamente as posições institucionais da Cepal ou do Ipea.

Planejamento em saúde: encontros e desencontros*

Elizabeth Barros**

Introdução

As condições políticas, sociais e econômicas deste início de século trouxeram à tona o desafio de enfrentar, simultaneamente, a necessidade de mudanças profundas nas condições econômico-sociais, na distribuição da riqueza socialmente gerada e na construção de condições de desenvolvimento capazes de otimizar os resultados da utilização de recursos naturais e tecnológicos. Depois de décadas de crença nas qualidades mágicas do mercado como promotor do desenvolvimento e da distribuição da riqueza, as atenções começam a se voltar para a necessidade de estabelecer direção aos esforços de desenvolvimento, para o enfrentamento dos enormes desafios sociais, ambientais e econômicos em um ambiente que transcende os limites nacionais. As políticas públicas ganharam, nesse contexto, nova dimensão. O planejamento voltou a ser tema da agenda estatal e dos movimentos sociais. Em artigo recente, Sachs (2011) afirma que "para ganhar a guerra contra a pobreza e o atraso, devemos voltar ao planejamento" esforço que, para ser "digno deste nome, deve enfrentar simultaneamente os desafios ambientais e sociais".

Tarefa complexa porque significa, especialmente nos países mais pobres e desiguais, romper com uma cultura política que *naturalizou* a exclusão e a pobreza, a concentração da renda e a desigualdade, o uso predatório dos recursos naturais, a predominância dos interesses das elites dominantes. Construir processos de planejamento

---

* Documento elaborado no âmbito do Convênio da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Cepal/Ipea). As opiniões aqui expressas são de inteira responsabilidade da autora, não refletindo, necessariamente, a posição das instituições envolvidas.

** Para a realização deste trabalho foi fundamental a cooperação de muitas pessoas que se dispuseram a fornecer informações e trocar ideias. Com as equipes da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/Ipea, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep)/MS, da Coordenação Geral de Planejamento (CGPL)/MS mantive interlocuções fundamentais para compreender a retomada da implementação do processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças em curso na atual gestão. Menciono especialmente a disponibilidade de Luciana Servo; Sergio Piola; Ayrton G. Martinello; Marcia Muniz; Rivaldo França; Lourdes Almeida; André Luis Bonifácio; Ana Paula P. Silveira; Pedro Lucas M. Palotti; Fábio Landim Campos e Adriana Nunes de Oliveira para me receber e conversar sobre os temas objeto deste trabalho. Mas ressalvo que, embora suas contribuições tenham sido fundamentais para o resultado, não lhes cabe nenhuma responsabilidade sobre as conclusões que tirei sobre as informações que gentilmente me disponibilizaram.

democrático, superando os antigos modelos formalistas e impositivos, implica o fortalecimento da cidadania e a realização de complexas pactuações entre sujeitos dotados de interesses contraditórios.

Mais complexa ainda em um País como o Brasil, Federação integrada por 26 estados e um Distrito Federal e por 5.565 municípios dotados de autonomia administrativa e com inúmeras responsabilidades compartilhadas.

1
Nota sobre a questão federativa no Brasil

Federação, por definição, envolve pacto entre diferentes. Como aponta Daniel Elazar

> em essência, um arranjo federal é uma parceria estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles (1987 apud ABRUCIO, 2005, p. 5).

O que torna o federalismo brasileiro único é a extensão do pacto aos governos locais e a enorme desigualdade entre os parceiros.

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu artigo 1º, que "a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito" (BRASIL, 1988), tendo como fundamentos a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e o pluralismo político. Estabelece também que "são Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário" (BRASIL, 1988, art. 2º) e que "a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição" (BRASIL, 1988, art. 18).

Nesse complexo quadro federativo, competências materiais e legislativas distribuem-se amplamente entre os entes federados. Entre as competências materiais, poucas são exclusivas (indelegáveis). A maior parte da ação estatal corresponde a competências comuns ou cumulativas, que envolvem ação paralela ou complementar no mesmo campo. Da mesma forma, as competências legislativas incluem amplo espaço de competências concorrentes, em relação às quais a União legisla sobre normas gerais e estados e municípios podem legislar de forma supletiva ou complementar.

O exercício dessas competências realiza-se em contexto de profunda heterogeneidade das unidades federadas, com enormes desigualdades socioeconômicas, de capacidades institucionais para a gestão e fiscais, tornando complexa a implementação de políticas públicas de âmbito nacional. O número de municípios se ampliou fortemente pós-CF/88, com a criação de mais de 1.500 novas unidades federadas. Como apontou Affonso (1997)

> esse desmembramento de municípios por cissiparidade não correspondeu a qualquer planejamento de ocupação territorial do espaço nacional ou a uma eventual necessidade de ampliar a capilaridade gerencial pública. Ademais, uma parcela significativa dos novos municípios são de pequeno porte, com escassa capacidade econômica-fiscal, dependentes integralmente de transferências da União e dos Estados (p. 4).

Embora essa tendência de redivisão territorial do poder político não seja característica exclusiva do Brasil e esteja também associada à desconcentração espacial da atividade produtiva e à descentralização político-administrativa produzida pelo processo de globalização da economia mundial (TAVARES; BARROS, 2010, p. 59-68), o que a transforma em desafio, no caso brasileiro, é a heterogeneidade das unidades federadas.

Não obstante, as dificuldades têm propiciado, em contrapartida, a experimentação de soluções de gestão e de desenho de políticas públicas que, como aponta Abrucio (2005), tornam "possível dizer, tendo como base a experiência comparada recente, que o federalismo brasileiro é atualmente um dos casos mais ricos e complexos entre os sistemas federais existentes" (p. 41-67). Dois elementos têm sido decisivos nesse processo: a criação de espaços de pactuação entre unidades federadas e a capacidade de coordenação da esfera federal na condução de políticas nacionais.

2
Desafios ao planejamento em saúde no federalismo tripartite brasileiro

Nesse intrincado quadro se desenvolveu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no período pós-CF/88 – propondo-se universal, capaz de assegurar integralidade da atenção e descentralizado – e também ocorre a implementação das políticas de saúde contemporâneas.

O primeiro desafio enfrentado foi a descentralização. A complexidade dessa tarefa foi referida por Arretche (1996) ao destacar que, em Estados federativos, nos quais estados e municípios são dotados de autonomia política e fiscal,

> a transferência de atribuições de um nível de governo ou a adoção de um programa proposto por um nível de governo mais abrangente supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende que sejam transferidas, [processo fortemente influenciado por] atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local (p. 112 e 114).

Mas, a despeito dessas dificuldades, a mesma autora assevera, em outro trabalho, que "é certamente no campo dos programas de saúde pública que ocorreram os mais bem-sucedidos avanços em direção a uma reforma de tipo descentralizador" em nosso País (ARRETCHE, s./d.).

Não obstante as desigualdades observadas entre regiões e unidades federadas, ao analisar a extensão e os determinantes do processo de municipalização da política de saúde no Brasil, Arretche e Marques (2002) identificaram que a expansão da capacidade de os municípios brasileiros prestarem diretamente serviços ambulatoriais "depende muito mais fortemente dos incentivos derivados da estratégia de descentralização do Ministério da Saúde, mais particularmente as regras de operação do SUS, assim como da capacidade de investimento do município" (p. 455-479) (esta fortemente influenciada pelo volume de transferências financeiras das esferas federal e estadual) que da dinâmica político-partidária ou da natureza das relações entre o Executivo e o Legislativo municipais. Mas destacam os autores a capacidade de gestão da atenção de maior complexidade, em particular a gestão do sistema hospitalar local, depende de forma mais importante da existência de condições institucionais (organização burocrática, capacidade de regulação e conhecimento técnico).

É provável que isto que apontam esteja associado também ao fato de que a atenção básica é predominantemente ofertada por meio de unidades públicas, enquanto a de maior complexidade envolve fortemente agentes privados e poderosos interesses econômicos em sua provisão.

É indiscutível a impossibilidade de assegurar à população de cada ente federado municipal todas as ações e serviços necessários para assegurar a integralidade da atenção à saúde no estrito âmbito de suas fronteiras geográficas, por razões técnicas e econômicas.[1] Por esse motivo, a operação de redes regionais de atenção à saúde se coloca como requisito para que se realizem os princípios doutrinários norteadores do sistema.

Nesse contexto, a capacidade de formulação de políticas e o planejamento de sua implementação assumem caráter decisivo, tanto quanto o suporte financeiro e institucional. E, se o papel da esfera federal na formulação de políticas e na coordenação do sistema tem sido importante para a consolidação do SUS, é por meio das instâncias de pactuação intergestores do sistema e dos espaços de participação social que a coordenação e os avanços têm se viabilizado politicamente. Esses foros têm sido reconhecidos como lugares que tem permitido ao SUS o ajuste das políticas às diferentes necessidades locorregionais e as negociações indispensáveis ao processo de implementação delas. Os acordos relativos à implementação são cruciais para assegurar o alcance de objetivos. Com a diversidade de condições políticas, institucionais e socioeconômicas das unidades federadas, preservar a direção da política e assegurar a efetivação dos princípios do sistema pressupõem pactos quanto aos objetivos, às estratégias e aos meios utilizados na implementação. E faz sobressair o papel de coordenação desse processo, que deve ser assumido pelas esferas federal e estadual.

Um dos pioneiros no debate sobre análise de políticas públicas, Dye (1972), já alertara para a importância de conferir atenção a essa questão, pois "os grupos de interesse, os partidos de oposição, e os indivíduos e grupos afetados, frequentemente tentam influenciar a implementação da política ao invés da formulação de políticas" (tradução livre). Dye também iniciou um dos capítulos de seu livro indagando "*O governo sabe o que ele está fazendo?*" para chamar a atenção para o fato de que a existência de leis, aparatos burocráticos e aportes orçamentários não são condições suficientes para assegurar o alcance dos objetivos de uma política pública, ressaltando a relevância das ações de avaliação. Mas ressalvava que conhecer como se implementam os programas, que recursos são disponibilizados, quantas pessoas são alcançadas pelas ações desenvolvidas, ainda que relevante, não permite conhecer o impacto da política, "seus efeitos sobre as condições do mundo real" (DYE, 1972).

Não há como deixar de reconhecer a pertinência das preocupações de Dye ainda hoje, ao realizar uma reflexão sobre planejamento e gestão, categorias a meu ver inseparáveis. Elas permitem dimensionar a extensão do Pacto que se faz necessário para o SUS: há que ser um processo que abranja todas as questões implicadas na formulação e implementação das políticas – que ultrapasse os aspectos técnicos e econômicos e incorpore a face eminentemente política dos processos decisórios e das escolhas das suas estratégias de implementação. Realçam também a importância do envolvimento de todos os sujeitos/agentes nesse processo, porque ninguém se compromete realmente com decisões das quais não se sente partícipe.

1 Na década de 1920, o Relatório *Dawson*, elaborado a pedido do governo britânico para subsidiar a organização de um sistema nacional de saúde, já destacava a necessidade de redes integradas para assegurar o acesso universal de forma equitativa.

O maior desafio à efetividade do planejamento transcende, assim, o domínio de desenhos institucionais, métodos, técnicas ou tecnologias. Sem desconsiderar a importância desses elementos, é indispensável que o compromisso com o planejamento esteja incorporado ao quotidiano da gestão e da implementação da política.

Planejamento é processo que abrange o conhecimento e a compreensão da realidade sobre a qual se pretende intervir, o estabelecimento de objetivos que se deseja alcançar para orientar a intervenção sobre ela, a identificação das mudanças necessárias e das estratégias para desencadear essas transformações, a programação das ações considerando suas inter-relações e interdependências, o monitoramento das intervenções e a avaliação dos resultados alcançados.

Matus (1993) afirmava que o planejamento é um "cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação", por meio de esforço de reflexão que aponte "as possibilidades do amanhã para desenhar antecipadamente o que devo fazer hoje", não apenas prevendo ações, mas sendo "oportunos e eficazes na ação".

Mais do que um processo técnico de apoio à decisão – característico do planejamento normativo – o planejamento é uma bússola que aponta a direção da ação para o alcance da situação desejada, a "imagem-objetivo", a direção da mudança pretendida (MATUS, 1993). Mas essa "imagem-objetivo" precisa ser compartilhada entre os sujeitos/agentes, de modo que se criem condições para que sejam desenhadas estratégias eficazes de intervenção e para o enfrentamento das dificuldades de construir convergências, minimizar efeitos das resistências, consolidar o comprometimento com objetivos, adequar processos de trabalho.

Entretanto, como alertam Chorny et al.,

> ainda que seja essencial a definição dos objetivos a serem alcançados, também é preciso evitar uma armadilha comum: que o processo de planejamento e o plano resultante fiquem restritos a simples declarações de como "o mundo deveria ser". Um bom plano é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de se transformar apenas num exercício para quem planeja. Para passar no teste da prática, o plano deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las (2008 p. 1).

Na história do planejamento no País, a ênfase foi sempre dada à elaboração de planos. Poucas vezes, os planos serviram efetivamente para orientar a ação. Matus assinalava que "o plano é um cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e presida é mera improvisação" (1993). Essa talvez seja uma nítida expressão do que ocorreu, por décadas, na gestão pública brasileira: administrar a conjuntura, sem clara perspectiva de rumo para orientar a intervenção e, portanto, sem possibilidade de

identificar prioridades e interdependências entre as ações. Quadro perfeito para que interesses poderosos – econômicos ou políticos – realizem a captura da intervenção. Também na esfera setorial, o planejamento das ações de saúde nunca foi muito diferente.

3
O PLANEJAMENTO PÓS-CF/88

A CF/88 estabeleceu os instrumentos gerais de planejamento para a gestão pública: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PPA, como o próprio nome anuncia, deve ser elaborado no primeiro ano de cada gestão e sua duração deve abranger o primeiro ano da gestão seguinte, estabelecendo diretrizes e metas para a ação governamental (investimentos e ação continuada) e preservando-a de rupturas bruscas quando da mudança de governos. Planos setoriais podem ser elaborados e devem submeter-se às diretrizes gerais do PPA.

A LDO e a LOA são anuais, elaboradas e submetidas à aprovação legislativa no exercício anterior ao de sua vigência. A LDO define as diretrizes, os objetivos e as metas da Administração Pública para cada exercício financeiro, orientando a formulação da Lei Orçamentária do respectivo ano, na qual estão especificadas todas as despesas da Administração direta e indireta, bem como os investimentos das empresas estatais. Na esfera federal, o Orçamento da Seguridade Social (previdência social, saúde e assistência social) integra também a LOA.

Na área da saúde, após a regulamentação dos dispositivos constitucionais de 1988 pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o planejamento setorial deveria se ajustar às características do SUS, sistema descentralizado, assumindo o caráter de um processo ascendente, em que a elaboração dos planos de saúde das instâncias estadual e nacional deveria ocorrer considerando os diagnósticos, as diretrizes e as metas contidas nos planos dos municípios e dos estados, respectivamente. A legislação estabeleceu que os planos de saúde seriam a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento seria previsto na respectiva proposta orçamentária (Lei nº 8.080, art. 36,§ 1º). O Conselho Nacional de Saúde é responsável por estabelecer "as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa" (Lei nº 8.080, art. 37). A legislação também vedou "a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde" (Lei nº 8.080/1990, art. 36 § 2º).

A instância de aprovação dos planos de saúde em cada esfera governamental deve ser o respectivo Conselho de Saúde, o que asseguraria legitimidade aos objetivos e metas, analisados e debatidos sob o crivo dos diferentes atores/interesses.

Logo após a aprovação da Lei Orgânica, diante da necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais do SUS e por recomendação do Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 02/1991, foi criada a Comissão Técnica constituída pelas três instâncias gestoras governamentais com o objetivo de "discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de Gerenciamento e Financiamento do SUS" (Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991). Essa Comissão – embrião da atual Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – não tinha caráter deliberativo e deveria "assistir o Ministério da Saúde" e "apresentar, periodicamente, relatório de suas atividades ao Conselho Nacional de Saúde".

Um primeiro esforço para orientar a regulação do planejamento do SUS em âmbito nacional, como previsto no marco legal do sistema (Lei nº 8.080/1990, art. 15 e 36), ocorreu logo no início da década de 1990, com a formulação de uma proposta elaborada por um grupo técnico do Ministério da Saúde (MS). O documento propunha a criação do Sistema Nacional de Planejamento do SUS, cuja implementação deveria implicar: a) a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento abrangendo o MS, os estados, o Distrito Federal e os municípios; e b) a superação dos entraves na orçamentação e no financiamento da saúde; e c) a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento. As orientações destacavam os dispositivos legais que determinavam o caráter ascendente do planejamento e o papel dos Conselhos de Saúde em sua aprovação e recomendavam que a elaboração dos planos de saúde deveria contemplar três eixos: a) situação epidemiológica; b) situação organizacional da rede de atenção à saúde; e c) situação político-gerencial (VIEIRA, 2009, p. 1.567).

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) nº 01/1993 (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993), que regulou o início do processo de descentralização sob a égide das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, foi preparada em longo processo de negociação que envolveu os principais atores setoriais e propunha uma estratégia de descentralização gradual, respeitando as diferentes capacidades político-institucionais dos entes subnacionais e considerando a diversidade de quadros econômicos, sociais e epidemiológicos existentes no País (LUCCHESE, 1996, p. 75-156). A previsão de três diferentes condições de gestão, às quais as unidades federadas poderiam aderir, atendidas certas condicionalidades básicas, buscava permitir o movimento de passagem da centralização antes vigente para o exercício da gestão descentralizada sem rupturas bruscas que pudessem colocar em risco o acesso da população ao cuidado à saúde. O principal mecanismo para dar sustentação a esse processo eram as Comissões Intergestores: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – foro que reunia representação dos gestores federal, estaduais e municipais – e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), constituídas em cada estado com representantes da esfera estadual e dos municípios. Essas comissões tinham o objetivo de assegurar processos decisórios compartilhados em relação aos diferentes aspectos da gestão do sistema – desde a análise dos pleitos de enquadramento nas condições de gestão previstas até decisões sobre critérios de partilha dos recursos financeiros entre as unidades federadas. Outro avanço introduzido foi a previsão das

condições para transferência de recursos diretamente aos Fundos de Saúde de estados e municípios sem a necessidade de convênios (a chamada "transferência fundo a fundo"), como previsto na Lei nº 8.080/1990. A criação dos Conselhos de Saúde era requisito para a adesão a qualquer das formas de gestão.

Essa Norma colocava a prática do planejamento integrado, em cada esfera de governo, como eixo do gerenciamento do processo de descentralização, estabelecendo como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde. Estados e municípios deveriam apresentar anualmente às comissões intergestores correspondentes seus planos de saúde atualizados como condição para alcançar/manter as condições de gestão parcial ou semiplena. Previa também a elaboração de um Plano Nacional de Prioridades em Investimentos, resultante da compatibilização de planos municipais e estaduais aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

A norma subsequente, NOB-SUS nº 01/1996 (Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, publicada no *DOU*, de 6 de novembro de 1996), teve como objetivo expresso "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS" (NOB-SUS nº 01/1996, cap. 2). A atenção básica passou a ser responsabilidade universal dos municípios. Por esse instrumento, os planos estaduais de saúde deveriam conter "as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais e estaduais" (NOB-SUS nº 01/1996, cap. 2).

Essa norma introduziu também a Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento destinado a explicitar a programação das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica e a dar sustentação ao processo de alocação dos recursos setoriais oriundos da esfera federal no âmbito de cada estado. Estabelecia que

> o processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o *município elabora sua própria programação*, aprovando-a no CMS; o estado *harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta*, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES (NOB-SUS nº 01/1996, cap. 11.1.2, grifo nosso).

Estabelecia ainda como imprescindível ao exercício da gestão, nas três esferas de governo, "a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica", a saber: a) informação informatizada; b) financiamento; c) programação, acompanhamento, controle e avaliação; d) apropriação de custos e avaliação econômica; e) desenvolvimento de recursos humanos; f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e g) comunicação social e educação

em saúde. Também destacava que o desenvolvimento desses sistemas dependeria do pleno funcionamento das instâncias intergestores (CIB e CIT) e dos foros de participação social (Conselhos de Saúde), "nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos" (NOB-SUS nº 01/1996, cap.6).

Colocava também, como condicionante ao adequado exercício da gestão do sistema, a necessidade de

> redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da *estrutura*, quanto de *agilidade* e de *integração*, como no que se refere às *estratégias*, aos *mecanismos* e aos *instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão*, destacando-se: a) *a elaboração do Plano Nacional de Saúde*, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde (NOB-SUS nº 01/1996, cap. 7, grifo nosso).

Elaborada em 1996, a NOB nº 01/1996 só teve efetividade, contudo, a partir de 1998. Nesse interregno, diversas portarias do MS foram publicadas com o objetivo de introduzir ajustes, definir medidas e estabelecer parâmetros necessários à sua implementação, que

> acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial (LEVCOVITZ et al., 2001, p. 269-291).

Talvez a maior contribuição dessa norma tenha sido propiciar a ampliação dos volumes de recursos transferidos fundo a fundo, decorrente da criação do Piso Assistencial Básico (posteriormente Piso da Atenção Básica) – PAB, depois subdividido em duas formas – o PAB fixo, montante transferido mensalmente aos municípios com base em um valor *per capita* anual, e o PAB variável, decorrente da adesão a programas definidos pelo MS, como o de Agentes Comunitários e o de Saúde da Família, assim como outros mecanismos financeiros, os "incentivos" para implementação de programas estabelecidos pela esfera federal mediante adesão. Nos anos seguintes, a redução dos valores correspondentes ao PAB fixo associado à proliferação de "incentivos" (que alcançou mais de uma centena no início da década passada) acabou por transformar esses mecanismos em uma nova forma de centralização, uma vez que suas regras de operação

> restauram a forte presença de transferências negociadas nas relações financeiras intergovernamentais, pela introdução de condicionalidades para o acesso aos recursos, criam rigidez e reduzem a capacidade decisória dos gestores subnacionais além de determinarem grande complexidade na gestão dos recursos, que passam a ter que ser controlados através de contas específicas, sujeitos a programação e prestação de contas de modo fragmentado (BARROS, 2003, p. 17-70).

Se, de um lado, os incentivos induziram a incorporação de ações necessárias à população, desencadearam também, por outro lado, forte ingerência da esfera federal nas decisões alocativas subnacionais, com repercussão

sobre o processo de planejamento. Em pesquisa realizada por Mendes e Marques (2003, p. 71-97), foi detectada grande convergência entre as prioridades estabelecidas nos planos municipais de saúde e os recursos transferidos pela esfera federal sob a forma de "incentivos"; no entanto, diversos secretários municipais entrevistados informaram que muitas das ações foram alçadas à condição de "prioridade" exatamente para possibilitar o recebimento de recursos federais, não significando que correspondessem às necessidades sentidas como prioritárias pelo sistema municipal de saúde.

A necessidade de regular as condições de oferta de ações de média e alta complexidade, diante de problemas advindos da forma e dos mecanismos de financiamento, levou à emissão da Norma Operacional da Assistência (Noas) nº 01/2001, depois complementada pela Noas nº 01/2002 (Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Noas-SUS nº 01/2002). Dificuldades enfrentadas pelos municípios provedores para obter ressarcimento de serviços prestados à população originária de outras unidades federadas, que levaram ao desenvolvimento de barreiras institucionais, colocoram a questão da regionalização como prioridade na agenda de gestores das três esferas de governo. O texto introdutório da Noas destaca que

> além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, *as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas*, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação (NOAS nº 01/2002, introdução, grifo nosso).

A Noas instituiu um Plano de Regionalização da Assistência, que integraria o Plano Estadual de Saúde e conteria informações sobre a organização do território estadual em regiões e microrregiões de saúde; a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião e um Plano Diretor de Investimentos relativos à assistência à saúde. A Microrregião de Saúde corresponderia à base territorial de planejamento, definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, podendo compreender um ou mais módulos assistenciais. A provisão das ações assistenciais de média complexidade, ambulatoriais e hospitalares, poderia ser garantida no âmbito microrregional, regional ou estadual, de acordo com o tipo de serviço, disponibilidade tecnológica e características do estado, definida no Plano Diretor de Regionalização estadual. Ações de Alta Complexidade/Alto Custo (AC) teriam normas e diretrizes nacionais, definidas pelo Ministério da Saúde, sendo o gestor estadual responsável pela gestão da política de AC no estado, por meio de definição de prioridades assistenciais e programação da AC, cabendo ao gestor municipal (quando em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM) a organização dos serviços de alta complexidade em seu território.

Com um caráter fortemente normativo, as Noas estabeleceram regras para a configuração das regiões de saúde e a hierarquização da rede de serviços e definiram elenco de procedimentos que deveriam ser ofertados pelos municípios-sede dos módulos assistenciais.

Portarias complementares criaram novo instrumento de gestão relacionado ao processo de planejamento, à Agenda da Saúde (Portaria MS/GM nº 393, de 29 de março de 2001) e definiram orientações gerais para elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, dos Planos de Saúde, do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão (Portaria MS/GM nº 548, de 12 de abril de 2001). A Agenda estabeleceria, para o âmbito nacional, os eixos prioritários de intervenção com base nos quais seriam elaborados os planos de saúde e os orçamentos anuais, invertendo o caráter ascendente do planejamento preconizado pela legislação. Os quadros de metas sintetizariam, anualmente, as metas prioritárias e respectivos indicadores previstos no Plano de Saúde Plurianual. Relatórios de Gestão anuais explicitariam volumes de recursos efetivamente alocados, ações desenvolvidas e resultados alcançados.

O MS também estabeleceu, com base nas determinações da Noas, uma especificação detalhada de equipamentos para diagnóstico e de laboratório que deveriam existir em todos os municípios e os que deveriam estar em municípios-sede de módulos assistenciais, para delimitar o escopo e orientar a celebração de convênios destinados ao financiamento de investimentos relacionados às ações de média complexidade no primeiro nível de referência – como laboratório de patologia clínica, serviço de radiologia e ultrassonografia obstétrica (Portaria MS/GM nº 544, de 11 de abril de 2001). Ainda que debatidos e submetidos à aprovação da CIT, o grande número de programas que foram acompanhados de incentivos e de portarias regulamentando sua implementação, nesse período, evidenciou o predomínio da esfera federal no processo decisório, com previsíveis repercussões sobre a gestão e o processo de planejamento das esferas subnacionais. Mas a formulação desses programas não se reportava a um plano de saúde que assegurasse a convergência de suas ações a diretrizes e objetivos comuns.

A mudança de governos nas esferas federal e estadual, em 2003, reacendeu o debate sobre as relações intergovernamentais e abriu espaço para a constituição de novo mecanismo para regulação do processo de descentralização e gestão compartilhada do SUS. Foram necessários mais de dois anos de negociações para que se consolidasse a nova proposta. Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, foram finalmente decididos em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de janeiro de 2006, e aprovados na reunião do Conselho Nacional de Saúde de fevereiro de 2006.[2] A institucionalidade foi complementada por portaria do MS[3] que tornou o documento público e por sucessivas portarias que regulamentaram aspectos particulares do acordo firmado entre gestores das três esferas de governo. A relevância do planejamento para assegurar o acesso universal e a integralidade da atenção foi fortemente afirmada nesses instrumentos.

2 Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. *Diretrizes Operacionais*. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006.

3 Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as *Diretrizes Operacionais* do referido Pacto.

A implementação do Pacto se dá por meio da adesão de municípios, estados e União, mediante Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da Federação. Entre 2006 e 2010, todos os estados haviam aderido ao Pacto. Uma análise dos dados do Aplicativo do Pacto pela Saúde (Sispacto) sobre a situação dos Termos de Compromisso de Gestão dos Estados mostra que 23 TCGs referentes ao exercício de 2011 foram homologados até abril deste ano. Apenas três estados – AM, PB e RJ – não o haviam submetido à Tripartite, e o TCG assinado pelo RN em 2010 tinha validade até maio de 2011.

Em decorrência das negociações, foram estabelecidos cinco pontos de pactuação prioritários referentes ao planejamento,[4] a saber:

a. Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
b. Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
c. Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
d. Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, 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. Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a eqüidade no processo de planejamento do SUS (Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – *Diretrizes Operacionais* – item 4.3.).

Formalizou-se a seguir a constituição do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), definiram-se os instrumentos e foram estabelecidas diretrizes para sua implementação.[5]

Três instrumentos básicos foram definidos como integrantes do PlanejaSUS: o Plano de Saúde (PS), que a partir de uma análise situacional apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; a Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS. Recomenda-se, ainda, que o Plano de Saúde seja elaborado correspondendo à vigência do PPA em cada esfera de governo.

4 Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – *Diretrizes Operacionais* – item 4.3.

5 Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) – Portaria GM nº 3.085/2006, Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, e Portaria GM/MS nº 3.176/2008.

A portaria que aprovou as orientações gerais relativas ao fluxo do RAG e do Plano Municipal de Saúde (PMS)[6] define que a União, os estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG nos respectivos Conselhos de Saúde, devem encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Tripartite, a resolução de aprovação do referido relatório, até 31 de maio de cada ano (art. 8º, item III). O item IV do mesmo artigo estabeleceu que compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) consolidar as resoluções dos relatórios de gestão municipais e as informações acerca dos respectivos PMS em formulário específico e encaminhá-lo à CIT, até 30 de junho de cada ano. Essa informação deve ser atualizada mensalmente, conforme disposto no inciso V, do mesmo artigo 8º, e enviada à CIT à medida que os municípios aprovarem o seu PMS e o RAG nos respectivos Conselhos de Saúde.

Como diretrizes gerais para o PlanejaSUS foram incorporadas ao Pacto as seguintes:

a. O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.
b. Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locorregionais.
c. Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
d. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento levar-se-á [sic] em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira (Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – *Diretrizes Operacionais* – item 4.1).

Uma análise das informações contidas no Sispacto – sistema que registra as responsabilidades compartilhadas expressas no TCG e a situação atual de cada uma delas – permite identificar que apenas dois estados (RN e AP) informaram não ter processo de planejamento implementado (item 1.8a da Planilha de Pactuação de Responsabilidades utilizada pelo Sispacto[7]), não dispondo de Plano de Saúde. Não obstante, vários dos que afirmaram ter, informaram, ao detalhar as responsabilidades relacionadas ao planejamento, o não cumprimento de alguns dos quesitos – como a aprovação pelos Conselhos de Saúde, a formulação de políticas de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais ou a coordenação e apoio à elaboração da PPI.

6 Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, republicada em 11 de janeiro de 2010.

7 Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>.

O Pacto também estabeleceu compromissos relativos à regionalização do sistema de saúde, preconizando a conformação de sistemas regionais capazes de dar conta da organização da atenção integral à saúde e reafirmando os instrumentos de planejamento instituídos pelas Noas/SUS nº 01/2001 e Noas/SUS nº 01/2002, ou seja, a Programação Pactuada e Integradas (PPI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI).

A PPI permaneceu sendo o instrumento por meio do qual se define a programação das ações de saúde em cada território. É o instrumento de execução, controle e monitoramento dos pactos estabelecidos e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve explicitar os acordos para referência de usuários do SUS entre municípios, especificando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada. O processo da PPI da Assistência em Saúde foi definido em portaria ministerial e deve responder aos seguintes objetivos gerais

- Equidade no acesso às ações/serviços em todos os níveis de complexidade;
- Alocação de recursos de custeio da assistência pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- Limites financeiros federais para assistência de média e alta complexidade, compostos por parcela destinada ao atendimento da população própria e pela parcela das referências recebidas de outros municípios;
- Visualização dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio da assistência à saúde (transparência);
- Subsídio para processos de regulação do acesso aos serviços (equidade);
- Organização das redes de serviços de saúde (continuidade);
- Transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de PPI da Assistência e explicitados nos termos de compromisso para garantia de acesso (Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006, art. 3º).

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS), do MS, e o Departamento de Informática do SUS (DataSUS) vêm desenvolvendo um sistema informatizado para a Programação Pactuada e Integrada, denominado Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), de uso opcional, com o objetivo de registrar as pactuações, como ferramenta de formalização das discussões intergestoras e otimizadoras do processo executado nas unidades federadas. Esse sistema registra que, em fevereiro de 2011, nove estados haviam concluído a elaboração das respectivas PPIs, seis a tinham em andamento e nove ainda não haviam iniciado o processo. Três estados – CE, MG e SC – têm sistemas próprios de programação.

O PDR, a partir do Pacto, ampliou seu escopo, deixando de focalizar apenas a assistência à saúde e assumindo a função de instrumento de planejamento da saúde no espaço regional. Deveria expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em cada estado, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização, assim como a racionalização de gastos e a otimização de recursos.

O PDI dimensionaria os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional, expressos no PDR, e explicitar a participação das esferas de governos nesse financiamento.

Segundo o documento do Pacto, todos esses instrumentos devem ser elaborados a partir das diretrizes determinadas no Plano de Saúde, mantendo coerência com os demais instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O Pacto instituiu, ainda, o Colegiado de Gestão Regional (CGR) como instância de cogestão no espaço regional.[8] Até abril de 2011, haviam sido definidos 415 colegiados de gestão, envolvendo 5.307 dos 5.565 municípios existentes no País (95% dos municípios), nos quais vivem 88% da população do País. Apenas Maranhão e Roraima (além do Distrito Federal) não estabeleceram colegiados regionais e somente em São Paulo e Pará a regionalização ainda não abrange todos os municípios.

Houve importantes mudanças no processo de planejamento e nas relações intergovernamentais decorrentes dos novos mecanismos introduzidos pelo Pacto pela Saúde e pelos processos de negociação a ele associados. Alguns problemas relevantes vêm sendo enfrentados e gradualmente superados por iniciativas associadas à regionalização. Para algumas dificuldades associadas à multiplicidade de instrumentos de planejamento e programação vêm sendo desenvolvidos esforços de compatibilização de critérios e de cronogramas.[9]

Mas subsistiram também importantes desafios a serem enfrentados. Entre eles, a articulação entre os processos de planejamento e a elaboração dos orçamentos; alguns aspectos complementares da compatibilização de cronogramas, como, por exemplo, a realização das conferências de saúde (responsáveis pelo estabelecimento de diretrizes para a política de saúde) previamente à elaboração do PPA e dos planos de saúde; e a efetiva integração dos processos de elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS e dos demais instrumentos previstos pelo Pacto da Saúde.

8 Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – *Diretrizes Operacionais* – item 2.3.

9 A Portaria nº 2.751, de 11 de novembro de 2009, dispõe sobre a integração dos prazos de vigência e processos de formulação de alguns dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde, a saber: Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde; Relatório de Gestão; Termo de Compromisso de Gestão; e Plano Diretor de Regionalização.

4
Implementação do PlanejaSUS

A análise documental permitiu conhecer avanços ocorridos recentemente no marco institucional do processo de planejamento no âmbito do SUS. No entanto, entrevistas com representantes das equipes do MS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) possibilitaram complementar essas informações e aportaram elementos importantes tanto em relação ao processo de implementação do PlanejaSUS no período de 2007 a 2010 quanto sobre mudanças em curso, após o início do novo governo.

Duas linhas de ação predominaram no processo de implementação do PlanejaSUS: a disseminação de conhecimento e fortalecimento da cultura de planejamento entre as equipes técnicas das SMS e SES, com publicações e capacitação de profissionais; e o apoio à organização e equipamento da área, mediante repasse de recursos federais sob forma de incentivo.

Objeto de portaria específica,[10] que ressaltava que "a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento – englobando o monitoramento e a avaliação - deve traduzir as diretrizes do SUS e ser adaptável às particularidades de cada esfera administrativa", foram definidas orientações gerais, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS: o Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão.

Entre 2006 e 2009 foram publicados pelo MS dez volumes da Série *Cadernos de Planejamento*, voltada para disseminação de diretrizes e metodologias do PlanejaSUS, análise do arcabouço legislativo, orientação para processos de elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS, além da divulgação do Plano Nacional de Saúde. Algumas dessas publicações foram, depois, reunidas em livro publicado em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (MS/OPAS, 2009).

O incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, transferido anualmente e em parcela única, de forma automática, aos Fundos de Saúde, foi instituído por portaria do MS,[11] com valores definidos anualmente, integrando o bloco de financiamento à Qualificação da Gestão do SUS – posteriormente,

10 Gabinete do Ministro – Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

11 Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (art. 3º); Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007, institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS; Portaria nº 1.885, de 9 de setembro de 2008, institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS; Portaria nº 2.327, de 6 de outubro de 2009, define o incentivo financeiro para o ano de 2009 destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS; Portaria nº 1.964, de 23 de julho de 2010, define o incentivo financeiro para o ano de 2010 destinado ao Sistema de Planejamento do SUS.

sua transferência foi desvinculada do critério de adesão ao Pacto.[12] Poderia ser destinado a despesas de custeio, tais como: treinamentos, capacitações, seminários e/ou reuniões técnico-operacionais, contratação de serviços, produção de materiais técnicos, instrucionais e de divulgação, entre outros dessa natureza. Para fazer jus ao repasse, as Unidades da Federação (UFs) deveriam encaminhar à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria-Executiva (SPO/SE), após aprovação na respectiva CIB, proposta de ação a ser desenvolvida contendo os objetivos específicos, as ações a serem desenvolvidas e o cronograma correspondente.

Entre 2007 e 2010, foram transferidos recursos da ordem de R$ 68,3 milhões a título de incentivo financeiro do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, representando, em 2007, 9,8% das transferências Fundo a Fundo do Bloco Qualificação da Gestão do SUS e, em 2008, 10,7%. Essa participação relativa se reduz nos anos de 2009 (6,6%) e 2010 (7,6%).[13]

Na perspectiva do Conass, o PlanejaSUS permitiu

> *a recuperação da cultura de planejamento e a retomada de processos de planejamento nos estados e municípios e o Incentivo representou ajuda relevante na organização de equipes e divulgação da cultura de planejamento, ao viabilizar cursos, publicações, seminários e outras atividades de capacitação dos profissionais* (entrevista com Lourdes Lemos Almeida – Conass).

Contudo, nesse processo ainda se está longe de alcançar a consolidação de um sistema de planejamento efetivo. As prioridades do governo federal predominam – programas e projetos se reproduzem nos estados e nos municípios independentemente dos seus planos –, e o financiamento federal vinculado a projetos induz ações que nem sempre estariam classificadas como prioridades locais. Ademais, da perspectiva do Conass, *"a autonomia de gestão é eliminada porque cada programa/projeto que se cria traz junto regras de operação e um sistema para alimentar"* (entrevista com Lourdes Lemos Almeida – Conass).

Alguns estados – e foram destacados MG, SP, PR, SC, RS, CE, BA, PE e TO – já dispõem de sistemas de planejamento bastante consolidados, que conseguem articular processos, instrumentos e informações.

Em muitas UFs, contudo, a elaboração de Planos de Saúde que expressem com clareza a política de saúde e orientem efetivamente a ação das secretarias de saúde ainda é inexistente. Os planos são "*extraídos a fórceps*", na expressão de um dos entrevistados, em geral para responder à exigência do Tribunal de Contas da União (TCU) ou da Controladoria-Geral da União (CGU). Nesses, ainda, persiste a fragmentação das ações de planejamento e programação, sob a responsabilidade das respectivas áreas finalísticas, e a elaboração de

12 Portaria nº 1.510, de 25 de junho de 2007, desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde.

13 Dados disponibilizados na Sala de Situação do MS. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 20 ago. 2011.

planos é apenas um processo de consolidação de documentos elaborados sem interação e com debate quase inexistente sobre objetivos, prioridades e estratégias. Da mesma forma, é frágil a articulação dos processos de elaboração, implementação e avaliação dos diversos instrumentos de planejamento e programação previstos no Pacto, resultando não raro em processos pouco congruentes.

Nos relatórios das Oficinas Macrorregionais realizadas pela Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria de Planejamento e Orçamento do MS (CGPL/SPO/MS) desde 2005 é perceptível o reconhecimento de alguns gestores e equipes técnicas de que a implementação do PlanejaSUS tem resultado em fortalecimento da área e revalorização do processo de planejamento. Reestruturação das assessorias de planejamento, recomposição e capacitação de equipes, informatização de processos, montagem de salas de situação foram algumas das ações possibilitadas pelos mecanismos de apoio técnico e financeiro associados à implementação do PlanejaSUS. Nos mesmos eventos, secretários estaduais e municipais destacaram a importância do PlanejaSUS para o fortalecimento das equipes técnicas e a relevância do apoio financeiro para a sustentação da área.

Não obstante, na avaliação da equipe da CGPL/MS, a falta de adesão dos gestores ao PlanejaSUS persiste como o maior desafio a ser superado.

Seja pela pressão para dar resposta a demandas conjunturais, seja por não valorizar a contribuição do planejamento à gestão ou por ser o planejamento visto como restrição à liberdade de ação, muitos gestores resistem à incorporação dessa atividade. Há aqui um claro desafio de ordem cultural e política.

Sob o ponto de vista do Conass, a incorporação do planejamento às diretrizes do Pacto representou um importante marco: "*Conseguiu transformar o processo de planejamento em instrumento de coordenação, deu um* upgrade *ao planejamento e, simultaneamente, o planejamento deu mais consistência ao Pacto*" (entrevista com Lourdes Lemos Almeida – Conass) Por essa perspectiva, o planejamento ajuda a organizar a ação do sistema, confere maior organicidade e integração.

Outro avanço, referido pelo Conass, foi o fato de que o "*planejamento saiu das fronteiras das SES e passou a compor o sistema estadual de saúde, agregando o olhar das regiões e municípios*" (entrevista com Lourdes Lemos Almeida – Conass), contribuindo para a definição de estratégias mais adequadas e melhorando a articulação intergovernamental.

Em muitos estados a representação da SES nos CGR tem sido atribuída às equipes de planejamento. O envolvimento dessas equipes com a organização da regionalização tem proporcionado "*a transformação das mesmas em instância de articulação entre estado e município, o que tem permitido que os processos de planejamento municipal, regional e estadual ocorram de forma mais articulada e convergente*" (entrevista com Lourdes Lemos Almeida – Conass).

Muitas dificuldades precisam ainda ser superadas, no entanto, para que a esfera federal e as secretarias de saúde estaduais e municipais assumam efetivamente seus respectivos papéis na consolidação de um processo de planejamento do SUS capaz de produzir mudanças significativas na operação do sistema e na garantia de acesso universal à integralidade das ações. Gestores que não valorizam o planejamento, equipes insuficientes, fragmentação das ações, baixa integração das áreas de planejamento com as áreas técnicas finalísticas e com o processo orçamentário, insuficiente disponibilidade de recursos financeiros, foros de controle social ausentes, processos de programação que não incorporam as unidades prestadoras de serviços. Esses são alguns dos desafios que podem ser captados na interlocução com atores da área e na leitura dos relatórios dos encontros macrorregionais entre equipes da área.

4.1 PLANEJAMENTO DO SUS EM 2011

O ano de 2011 corresponde ao início de nova gestão nas esferas federal e estaduais e, por determinação legal, à elaboração dos PPAs para o período 2012-2015. Na esfera federal, coincide também com a elaboração do Plano Nacional de Saúde.

A elaboração do PPA 2012-2015 está sendo realizada, na esfera federal, com mudanças metodológicas e algumas alterações de processo, devendo estar concluído até o final de agosto. Prioridades e metas serão definidas em torno de quatro eixos: desenvolvimento econômico; infraestrutura, gestão e PAC; erradicação da miséria; e direitos e cidadania. Para o objetivo deste trabalho importa destacar as modificações relativas ao processo de articulação social, institucional e federativa. Desde a elaboração do PPA referente aos períodos 2004-2007, foram instituídos mecanismos de participação social por meio dos "Fóruns Desenvolvimento, Participação e Inclusão" realizados pela Secretaria-Geral da Presidência (SG/PR), em articulação com o Ministério do Planejamento, nas 27 UFs, como instrumentos de consulta à sociedade civil organizada acerca das orientações estratégicas do novo governo que dariam suporte às propostas de investimentos do Plano. Em 2011, foi constituído um Fórum Interconselhos do PPA do qual participam representantes dos 32 conselhos nacionais com representação da sociedade civil, com o objetivo de divulgar a metodologia de elaboração do PPA e promover o debate de propostas sob uma perspectiva multissetorial. O fórum tem a participação de 222 representantes dos órgãos colegiados federais e de 65 indicados diretamente por entidades da sociedade civil. As questões consideradas mais importantes nos debates referentes ao Plano Plurianual foram reunidas em um relatório, apresentado como contribuição ao processo de planejamento.

Além do fórum, o processo de elaboração do PPA teve outra instância de debate, os encontros entre representantes dos três níveis de governo, uma por região do Brasil. Essas reuniões tiveram como objetivo fortalecer

a cooperação federativa e discutir formas de integração das políticas públicas da União, dos estados e dos municípios por meio de seus PPAs.

São decisões tomadas fora do âmbito estritamente setorial, mas que podem repercutir sobre o planejamento da saúde. Fortalecem a diretriz do SUS sobre o planejamento integrado entre as esferas de governo e alimentam a necessária preocupação com o desenvolvimento de ações multissetoriais, essenciais para que os governos atuem sobre os determinantes da saúde.

A elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) está sendo iniciada, no período imediatamente subsequente à do PPA, e deverá guardar correspondência estreita com as prioridades e metas expressas nele, segundo a CGPL/SPO. Falta, contudo, um necessário ajuste de cronogramas para que a legislação se cumpra integralmente: a realização da Conferência Nacional de Saúde, responsável pelo estabelecimento das diretrizes[14] ocorrerá apenas em novembro, quando o PNS já deverá estar concluído e submetido ao Conselho Nacional de Saúde.[15] As diretrizes definidas no PNS deverão orientar a fixação de indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, artigo 35, § 1º).

No âmbito do MS, a mudança de governo, no início de 2011, está produzindo mudanças significativas na governança do ministério e, em especial, nas questões relacionadas aos processos de planejamento e de articulação entre as esferas de governo.

A mais importante iniciativa, debatida desde 2010 e ao longo do primeiro semestre de 2011, consubstanciou-se no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – para "dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa". Muitos de seus dispositivos conferem estatura legal a mecanismos e práticas antes regulados por meio de portarias, como é o caso do papel das comissões intergestores e do uso de protocolos clínicos.

O decreto solidifica a regionalização como base do modelo de atenção capaz de garantir acesso e integralidade do cuidado. A definição das regiões é expressamente colocada como responsabilidade dos estados e o decreto estabelece que "para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I – atenção primária; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial

14 "A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde" (§ 1º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990).

15 A CGPL pretende, antes da publicação, cotejar as prioridades do PNS com as decisões inscritas no Relatório Preliminar da 14ª Conferência Nacional de Saúde e proceder a eventuais ajustes.

especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde" (Decreto nº 7.508, art. 5º). As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores (Decreto nº 7.508/2011, art. 7º).

Regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, poderão ser definidas por ato conjunto dos respectivos estados, em articulação com os municípios.

Serão responsáveis por assegurar a integralidade da assistência à saúde que "se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores" (Decreto nº 7.508, art. 20). Aqui merece destaque o alerta do Conass (Nota Técnica nº 25/2011) quanto ao fato de que o decreto se refere à "integralidade da *assistência à saúde*", restringindo a abrangência do conceito anteriormente adotado na portaria que estabelecia diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS (Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010), de "integralidade *do cuidado*".

Em cada região de saúde deverá ser constituída uma Comissão Intergestores Regional (CIR), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, que deverá observar as diretrizes da CIB (art. 30). Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional ou interestadual, relacionadas com a organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados serão pactuadas nas respectivas comissões intergestores (art. 32).

Entre as mudanças mais importantes trazidas pelo decreto está a instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coaps), a ser firmado entre as unidades federadas. Em termos práticos, corresponde à substituição do Termo de Compromisso de Gestão por novo instrumento, de caráter contratual.

O Coaps é definido como um

> acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 2º).

Para além do Pacto (acordo, convenção), a figura do contrato pressupõe que as partes assumam compromissos ou obrigações, assegurem entre si algum direito ou estabeleçam obrigações recíprocas. O não cumprimento dessas obrigações pode sujeitar as partes a sanções administrativas ou jurídicas, também previstas no contrato. A contribuição de processos de planejamento sólidos será vital para assegurar à população ações e serviços oportunos e adequados e para conferir aos gestores segurança sobre o que será objeto do contrato.

Devem integrar o Coaps cláusulas que assegurem a gestão participativa, mediante o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria; a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e a publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS serão definidos pelo MS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (art. 35, § 1º), e servirão como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em todas as regiões de saúde, consideradas as especificidades municipais, regionais e estaduais (art. 35, § 2º). O MS poderá conceder estímulos financeiros aos municípios e aos estados que tiverem bom desempenho nos programas e nas ações da saúde.

O controle e a fiscalização do cumprimento dos compromissos firmados no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde estarão sob responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS. Baseado nos resultados desse acompanhamento, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

> I. o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto; II. a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990; III. a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e IV. outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 42).

Assim, diferentemente do que ocorria com os instrumentos do Pacto, estão criadas as condições para penalizar gestores que, sem justificativa, deixem de realizar ações e serviços que foram considerados necessários à atenção à saúde da população quando da pactuação dos termos do contrato. O principal instrumento para o acompanhamento será *o* Relatório de Gestão que deverá conter seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (art. 40). Vale ressaltar, mais uma vez, a relevância de processos de planejamento efetivos como base para os Coaps.

Ato concomitante do governo federal disciplinou a movimentação financeira dos recursos transferidos por órgãos e entidades da Administração Pública federal aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios,[16] estabelecendo mecanismos de controle sobre a utilização deles. Disposições destinadas às áreas de saúde e educação determinam que os recursos transferidos serão depositados e mantidos em conta específica aberta para este fim em instituições financeiras oficiais federais e que sua movimentação "será realizada exclusivamente por meio eletrônico, mediante crédito em conta corrente de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços devidamente identificados" (Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, art. 2º, § 1º), com

16 Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas.

exceções previstas para despesas de pequena monta. A intenção foi ampliar a visibilidade da aplicação dos recursos federais transferidos aos entes subnacionais e facilitar a instituição de mecanismos de controle sobre seu uso. Mas essas disposições repercutem também sobre a necessidade de melhor planificação das ações.

Para oferecer ao usuário do sistema de saúde maior visibilidade sobre as responsabilidades na oferta de ações e serviços, foi também instituída pelo decreto a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que será estabelecida pelo Ministério da Saúde, depois de pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. A Renases "compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde" (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 21) em todo o território nacional. Essa relação deverá ser atualizada a cada dois anos.

A responsabilidade pela oferta do rol de ações e serviços constantes da Renases será pactuada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios nas respectivas Comissões Intergestores (art. 23), podendo, porém, ser adotadas, no âmbito estadual ou municipal, relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, desde que assumidas as responsabilidades pelo seu financiamento (art. 24). Por essa razão, a Renases deverá constituir o mínimo que o SUS deve assegurar em todo o território nacional e será referência para o estabelecimento de prioridades e necessidades de investimentos. Significará também importante avanço no sentido de explicitar à sociedade as responsabilidades dos gestores do sistema. Dependendo de como venha a ser definida, contudo, poderá restringir o direito e não contribuir para a eliminação das desigualdades inter-regionais. Se for construída tendo como limite a atual capacidade de oferta das UFs menos bem aparelhadas – já que poderá pretender balizar-se pelo que *pode* (e não pelo que *deve*) ser oferecido a todos em todo o território nacional –, poderá provocar lesão ao princípio da integralidade em vez de assegurá-lo, como pretende. Com o risco adicional de que estados que já dispõem de redes mais estruturadas poderão continuar a oferecer um leque maior de ações e serviços, mantendo situações de desigualdade – ou não. No contexto de subfinanciamento crônico do SUS, dependendo do compromisso dos governantes com a saúde de sua população, nada os impedirá de passar a restringir a oferta ao que consta da relação nacional, reduzindo ou eliminando serviços já ofertados. A este aspecto deverão estar atentos os foros de controle social.

O decreto estabelece, ainda, regras para ordenar o acesso às ações e aos serviços ofertados, determinando quais as portas de entrada que permitirão acesso a eles, a saber: serviços de atenção primária; serviços de atenção de urgência e emergência; serviços de atenção psicossocial; e serviços especiais de acesso aberto; estes últimos definidos como "serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial" (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 2º). Determina que as UFs deverão ofertar regionalmente essas ações e serviços de saúde (art. 13). Limita, além disso, o acesso aos serviços de atenção hospitalar e aos ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, àqueles usuários referenciados pelas portas de entrada (art. 10). Aqui se coloca mais

um desafio ao planejamento: assegurar estratégias para que a capacidade de oferta de serviços pelas unidades que constituem portas de entrada seja capaz de absorver o inevitável acréscimo de demanda que sobrevirá em decorrência dessa exigência, em condições adequadas e em tempo oportuno.

Em seu capítulo III, o decreto trata especificamente do planejamento da saúde. Reafirma dispositivos da Lei nº 8.080 – o planejamento será obrigatório para os entes públicos, deve ser integrado e ascendente entre as esferas de governo, terá diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde em prazo de 180 dias (art. 44) e deve compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (art. 15).

Acresce que

> o planejamento da saúde em âmbito estadual *deve ser realizado de maneira regionalizada*, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde [e que] *compete à Comissão Intergestores Bipartite – CIB* [...] pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 18 e 19; grifo nosso).

O instrumento para orientar decisões será o Mapa da Saúde

> descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 2º).

Importante ferramenta para orientar investimentos, o Mapa da Saúde permitirá evidenciar as regiões nas quais há insuficiência de cobertura. O decreto estabelece que "o Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde" (Decreto nº 7.508 de 29 de junho de 2011, art. 17). Outro artigo do mesmo decreto define que "no planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, *de forma complementar ou não ao SUS*, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional" (Decreto nº 7.508, art. 16, grifo nosso), permitindo supor que a universalidade da cobertura poderá vir a ser compreendida como a oferta de serviços restrita à parcela da população que não dispõe de alternativas (planos de saúde ou pagamento pelo uso de serviços privados).

As normas que regem atualmente o PlanejaSUS terão de ser revisadas para incorporar os novos instrumentos, como o Mapa da Saúde, e se adequar ao novo quadro institucional que: atribui à CIT a competência exclusiva para "pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão" (Decreto nº 7.508, art. 32, II); estabelece papel relevante para as CIRs na definição da programação regional e cria o Coap, ao qual se incorporarão os compromissos de efetivar essas decisões.

Para se ajustar às mudanças, o MS já realizou alterações internas. Decreto subsequente[17] introduziu modificações na estrutura e distribuição de atribuições entre as unidades do ministério. Uma dessas mudanças tem repercussão importante sobre o processo de planejamento.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) passa a ter entre suas atribuições as de

> promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS; coordenar e apoiar as atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS; coordenar as ações de descentralização no SUS (Decreto nº 7.530/2011, art. 3).

O Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags), da SGEP, antes responsável por ações de acompanhamento da gestão, foi transformado em Departamento de Articulação Interfederativa, com a atribuição de:

> I. *subsidiar os processos de elaboração de diretrizes e implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das relações interfederativas e da gestão estratégica e participativa, nas três esferas de governo*;
>
> II. *promover, articular e integrar as atividades e ações de cooperação entre os entes federados*;
>
> III. *planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização entre os entes federados, visando a fortalecer a gestão compartilhada*;
>
> IV. participar do processo de negociação e da definição de critérios para o financiamento do sistema de saúde e respectiva alocação de recursos físicos e financeiros, nas três esferas de gestão do SUS.
>
> V. *desenvolver instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de gestão estratégica e participativa, visando ao fortalecimento das relações interfederativas no âmbito do SUS;*
>
> VI. *sistematizar e fornecer informações sobre a gestão do SUS nas três esferas de governo; e*
>
> VII. *acompanhar e contribuir para a efetivação das diretrizes da regionalização do SUS (Decreto 7.530, art. 36, grifos nossos).*

Uma das mais importantes consequências da nova configuração foi a transferência e absorção pela Segep, por meio do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), das responsabilidades referentes à articulação com estados e municípios dos assuntos relacionados ao PlanejaSUS. A atribuição da CGPL se restringirá a planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas ao sistema federal de planejamento, promover a articulação com o órgão central de planejamento na esfera federal, além de informar e orientar os órgãos do Ministério da Saúde quanto ao cumprimento das normas estabelecidas, ou seja, orientar e consolidar a elaboração e o monitoramento do PPA e do PNS, bem como das respectivas programações anuais.

17 Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011, aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde.

A fragmentação do processo de planejamento do SUS também se expressa no fato de que as ações de monitoramento e avaliação do sistema de saúde estão sob responsabilidade da Secretaria Executiva, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, ao qual compete, entre outras, responsabilidade de

> coordenar a formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS; coordenar os processos de elaboração, negociação, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS; articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e unidades do Ministério da Saúde e desenvolver ações com órgãos de controle interno e externo, com outros órgãos da Administração Federal e com entidades das áreas de informação e avaliação, visando a ampliar a qualidade do monitoramento e avaliação do SUS (Decreto nº 7.530/2011, art. 10).

No âmbito do DAI, a Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIGI) será a responsável pelas ações relativas ao planejamento no que tange à relação com estados e municípios.

As justificativas para a transferência das ações do PlanejaSUS ao novo departamento são de duas ordens: 1) a importância de estabelecer um canal de comunicação mais orgânico com os entes subnacionais; e 2) a necessidade de conferir maior destaque à dimensão política do planejamento, uma vez que estaria havendo grande ênfase na dimensão técnica e pouca sensibilização dos gestores para a importância dessa atividade. São fatos que correspondem ao que foi possível captar na análise documental e nas entrevistas realizadas: fragmentação e baixa adesão dos gestores às funções do planejamento. Não obstante, as relações interfederativas concernentes às demais áreas finalísticas, particularmente as referentes à regionalização e as relativas à avaliação de desempenho do sistema de saúde, não foram deslocadas de suas posições anteriores.

O Demags, antecessor da DAI, já vinha desenvolvendo ações relacionadas aos instrumentos de planejamento. Como tinha entre suas atribuições as de

> subsidiar os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento da gestão estratégica e participativa, nas três esferas de governo; integrar as atividades e ações de cooperação técnica a estados e municípios, visando aprimorar a gestão dos serviços e recursos do SUS; e desenvolver instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de avaliação da gestão estratégica e participativa no âmbito do SUS

estabeleceu-se uma zona de conflito de competências em relação à área de planejamento e à condução do PlanejaSUS.

Desde 2008, a aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho de Saúde passou a ser um indicador pactuado nacionalmente, com meta de 100% para a realização do RAG (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008), cabendo à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, por meio do Demags, o monitoramento e avaliação desse processo. Como os relatórios de gestão, além de comprovar a aplicação

de recursos do SUS, também apresentam os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientando a elaboração da nova programação anual e eventuais redirecionamentos que se façam necessários no Plano de Saúde, elaboração da programação passou a ser objeto da atenção da Segep.

Em 2010, essa secretaria desenvolveu ferramenta eletrônica destinada a apoiar estados e municípios na construção de seus relatórios de gestão – o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (Sargsus). Esse sistema, de uso voluntário, é alimentado centralizadamente pelas bases de dados nacionais e por informações disponibilizadas pelos documentos previstos no Pacto e permite a elaboração e o envio *on-line* do RAG aos Conselhos de Saúde, responsáveis por sua aprovação. Os dados serão importados dos seguintes sistemas de informação: Aplicativo do Pacto pela Saúde (Sispacto), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além de dados importados das bases do Datasus e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Sargsus mantém armazenados em sua base de dados os relatórios elaborados, facilitando o acesso dos gestores às suas informações e promovendo, na perspectiva da Segep, o cumprimento dos prazos legais de aprovação do RAG nos respectivos Conselhos de Saúde, bem como a geração de relatórios de monitoramento, o que agilizaria a avaliação de desempenho do processo de gestão do SUS.

O sistema já é utilizado por 3.785 dos municípios, 68% do total, metade dos quais já liberou o acesso para seus respectivos conselhos municipais de saúde. Todas as secretarias estaduais de saúde estão cadastradas no sistema, assim como Conselhos Estaduais de Saúde de 11 estados. Na perspectiva da Segep, sua utilização já repercute na quantidade de RAG municipais aprovados: até agosto de 2011, 3.469 municípios já tinham registrado na CIT seus RAGs relativos a 2010 aprovados, dos quais 1.320 (38%) haviam utilizado o Sargsus.

No *folder* de lançamento do Sargsus, em 2010, a Segep já destacava, como algumas das vantagens, a possibilidade que o sistema oferece para:

- Apoiar a articulação dos processos de construção dos instrumentos de planejamento, com ênfase no Relatório Anual de Gestão;
- Propiciar a integração das ações dos diversos setores da secretaria [estadual e municipal] na elaboração do RAG;
- Garantir informações oportunas sobre a situação dos dados gerados pelas secretarias de Saúde e enviados para as bases de dados, nacional e estadual;
- Apoio à participação e ao controle social e subsídio ao trabalho interno e externo de controle e auditoria [...].

Segundo informações colhidas junto à Segep, o Tribunal de Contas da União (TCU) pretende que se universalize a adesão ao sistema, que passaria a integrar a base de informações para sua ação, ampliando a importância estratégica do RAG e do processo de planejamento.

No Acórdão nº 1.459/2011 (TCU, 2011), relativo à Auditoria Operacional destinada a "analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica pelos três níveis da federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde", o TCU determinou que o MS,

> com fundamento na transparência que deve ser dada às ações públicas, como forma de viabilizar o controle social e a bem do princípio da publicidade insculpido no art. 37 da Constituição Federal de 1988 c/c o art. 5º, inciso XXXIII, da mesma Carta Magna, além de permitir o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080/1990, que, *no prazo de 120 (cento e vinte dias) apresente a este Tribunal plano de ação dispondo sobre as medidas a serem tomadas no sentido de*:
>
> [...]
>
> 9.1.1. *instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios*; e
>
> 9.1.2. permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores (TCU, 2011, grifo nosso).

A Segep espera que o Sargsus possa também apoiar a ação fiscalizadora do Ministério Público Federal e dos estados.

Não está clara, ainda, a forma como o DAI irá desempenhar suas novas atribuições relativas ao PlanejaSUS no que tange às demais funções do planejamento nem como se integrará o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (Sisppi). Até o momento, o foco segue sendo a sensibilização de gestores para a adesão ao Sarg-SUS.

Um comitê, com representação de todas as secretarias, foi constituído no Ministério da Saúde para detalhar aspectos operacionais do Decreto nº 7.508/2011,[18] no âmbito do qual haverá um Grupo Executivo do Mapa da Saúde e Planejamento Integrado, que será responsável pelo delineamento das estratégias e pela formulação de proposições metodológicas. Das recomendações desse Grupo derivarão as estratégias e ações que serão implementadas.

Novos desafios serão ainda colocados ao planejamento quando se completar a aprovação do projeto de lei complementar[19] que regulamenta os dispositivos constitucionais decorrentes da Emenda nº 29 e que

> Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (PLP nº 306/2008).

18 Formalizado pela Portaria nº 2.432, de 19 de outubro de 2011, - Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê Gestor para implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

19 PLP nº 306/2008. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=394079>.

Nele está previsto que

> os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei (PLP nº 306/2008, art. 13).

Todas essas mudanças legais e institucionais potencializam os desafios à implementação de um processo de planejamento capaz de responder aos imperativos do nosso complexo sistema de saúde, único e plural, maximizando os resultados da aplicação de seus escassos recursos, de modo a poder assegurar a todo cidadão o acesso oportuno às ações e aos serviços de saúde necessários, e nutrindo a ação estatal em outros setores relevantes para a produção da saúde.

4.2
PERSPECTIVAS PARA O PLANEJAMENTO DO SUS

As mudanças legais e institucionais em curso e as alterações na condução do processo de planejamento do SUS apresentam-se como possibilidades de avanços em muitos aspectos, mas também oferecem desafios que necessitam avaliação cuidadosa.

No que tange à relação entre a esfera federal e os entes federados subnacionais, o fortalecimento da dimensão política do processo de planejamento, com a possibilidade de maior comprometimento dos gestores com a valorização e a condução do processo, é, sem dúvida, necessário. Elaboração de planos, programações e relatórios que não sejam assumidos e não se expressem efetivamente em posturas da gestão podem ser esforços inúteis, cartoriais.

De outra perspectiva, é preciso que o desenho das estratégias de ação seja orientado por preocupação de que as mudanças não signifiquem uma ruptura com a concepção de um *sistema de planejamento do SUS*. Ao fragmentar as responsabilidades pode-se estimular o afastamento entre as equipes técnicas das diferentes esferas de governo, dificultando a circulação de ideias e a instauração de uma cultura de planejamento comum entre as equipes técnicas, capaz de permear todas as instâncias envolvidas no processo. Pode, ainda, ocorrer o insulamento da dimensão técnica, tão indesejável quanto o distanciamento da esfera política.

Se a ênfase na *expertise* técnica é insuficiente, também é necessário reconhecer a insuficiência da ação estritamente centrada na sensibilização política. Obter um processo íntegro, amalgamando as duas dimensões, é o desafio que está colocado. Simultaneamente ao esforço de sensibilizar gestores é necessário apoiar o desenvolvimento de metodologias e ferramentas para todas as etapas do planejamento, capacitar equipes para trabalhar com as metodologias e ferramentas de modo integrado, envolver no processo todos os sujeitos. São todas condições necessárias para que se cumpram as exigências legais e se alcance processos de planejamento efetivos.

Essa tarefa se torna especialmente relevante diante da determinação de regionalização do planejamento em âmbito estadual. Para a maior parte das UFs será uma experiência que exigirá a reconstrução de processos e métodos de fazer planejamento. Tem a virtude de aproximar o debate das realidades sobre as quais se pretende intervir e dos sujeitos que atuam diretamente na implementação das ações, facilitando sua integração ao processo de planejar. Mas contém também riscos ao pulverizar processos decisórios, exigindo forte capacidade de coordenação por parte das instâncias estaduais e nacional. Planejar a ação do sistema estadual deve ser mais do que somar planos regionais. É fundamental que se assegure a compatibilidade e a convergência dos objetivos, prioridades e metas às diretrizes e princípios que devem orientar a ação de todo o sistema.

Ademais, é imperativo que se compreenda o disposto no artigo 18 do Decreto nº 7.508/2011 – a determinação de que "o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde" – como sendo a consideração das necessidades dos cidadãos no município e não de gestores preocupados em minimizar gastos ou atender a outros objetivos que não o de garantir o direito à saúde.

Acresce-se a esse o desafio de articular as iniciativas da esfera federal que repercutem sobre a ação das esferas subnacionais. Estabelecer prioridades nacionais não pode significar isolar programas e projetos e estabelecer formas diferenciadas de gestão e execução orçamentária, paralelas ou descoladas da ação regular do sistema. Dessa perspectiva, o desafio maior talvez resida na reconfiguração de processos internos do MS e na integração real dos processos de planejamento das diversas secretarias. A multiplicidade de espaços decisórios exige forte coordenação interna para que não resulte em fragmentação da política e autonomização de processos decisórios sobre ações que são interdependentes. E, não menos importante, a superação da lógica tradicional ao MS de segmentação da ação, vinculando-a ao repasse de recursos sob a forma de "incentivos", cuja captação pode se converter em prioridade que se coloque acima do atendimento às necessidades de saúde da população.

Apenas assim pode-se esperar que o planejamento regionalizado seja capaz de realmente espelhar as necessidades locorregionais e que as Comissões Intergestores Regionais detenham as condições para realizar pactuações capazes de responder ao objetivo de garantir à população acesso integral, oportuno e adequado.

A interlocução entre processos de planejamento e de gestão ganha, nesse quadro, importância ainda maior para assegurar suporte ao desenho de estratégias e à fixação de metas. E torna ainda mais relevante a articulação das instâncias de controle e participação social com o processo de planejamento.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, UFPr, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

AFFONSO, Rui. *Os Estados e a descentralização no Brasil (Sumário Executivo)*., São Paulo: Iesp-Fundap, set. 1997. Mimeografado.

ARRETCHE, Marta T. S. *Políticas sociais no Brasil*: descentralização em um estado federativo. In: XXI MEETING OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION. Chicago, Illinois, Sept. 24-26, 1996. Disponível em: <http://lasa.international.pitt.edu/LASA98/Arretche.pdf>.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas*? Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Anpocs, 31/03 [s./d.]. Disponível em <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm>.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), p. 455-479, 2002.

BARROS, Elizabeth. *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil*: marco legal e comportamento do gasto. OPS, Brasília, 2003 (Série Técnica 4 do Projeto de Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde).

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

_____. *Decreto nº 7.507, de 27 junho de 2011*. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7507.htm>. Acesso em: 2 jul. 2011.

_____. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384>. Acesso em: 2 jul. 2011.

_____. *Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/LEGISLA/Legislacao.nsf/viwTodos/A2E230BC66A49F3F832578D5004583D0?OpenDocument&HIGHLIGHT=1>. Acesso em: 5 ago. de 2011.

_____Ministério da Saúde. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. *Diretrizes Operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS*. *Uma construção coletiva*. *Organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS*. *Uma construção coletiva*. *Instrumentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS nº 1.180, de 22 de julho de 1991*.

_____. Ministério da Saúde. *GED 1993*. Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB-SUS) nº 01, 1993.

_____. *Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994*. Dispõe sobre as condições e as formas de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1996, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 6 nov. 1996

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) nº 01/1996*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) nº 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 29 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 393, de 29 de março de 2001. Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 30 mar. 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 483/GM, de 6 de abril de 2001*. Estabelece objetivos gerais, diretrizes e instrumentos para o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n° 544, de 11 de abril de 2001*. Regula a regionalização da assistência à saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 548 de 12 de abril de 2001. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 16 abr. 2001.

_____. Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) nº 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 28 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 1.097, de 22 de maio de 2006*. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o PlanejaSUS.

_____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais*. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006*. Regulamenta e orienta a implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão e institui o Termo de Compromisso de Gestão e seus anexos.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 29 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 376, de 16 de fevereiro de 2007*. Institui o incentivo financeiro para o PlanejaSUS.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº. 1.510, de 25 de junho de 2007*. Desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde.

_____. Câmara dos Deputados. *PLP nº 306/2008*. Projeto de Lei Complementar. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=394079>.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.176/2008*. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* nº 253, 30 dez. 2008. Seção 1, p. 70.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.885, de 9 de setembro de 2008*. Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

_____. Ministério da Saúde/OPAS. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)*: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. MS, Brasília, 2009. (Serie Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.964, de 23 de julho de 2010*. Define o incentivo financeiro para o ano de 2010 destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2327, de 6 de outubro de 2009*. Define o incentivo financeiro para o ano de 2009 destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.751, de 11 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, n. 216, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*.

_____. Tribunal de Contas da União. *Acórdão nº 1.459/2011*. Aprovado em Plenário em 1º de junho de 2011. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight;jsessionid=12B6795D5685EDE14E40A618BBB7C476?key=ACORDAO-LEGADO-2009&texto=2b4e554d41434f5244414f253341313435392b414e442b2b4e554d414e4f41434f5244414f25334132303131&sort=&ordem=&bases=ACORDAO-LEGADO;RELACAO-LEGADO;DECISAO-LEGADO;SIDOC;ACORDAO-RELACAO-LEGADO;&highlight>. Acesso em: 5 ago. 2011.

CONASS. Nota Técnica nº 25/2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8:decreto-750811-regulamenta-a-lei-n808090&catid=5:notas-tecnicas&Itemid=16>. Acesso em: 10 jul. 2011.

CHORNY, Adolfo et al. *Planejamento e programação em saúde* – Texto para Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2008. Mimeografado. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2011.

DYE, Thomas K. *Understanding public policies*. Englewood Cliffs, Nova York: Prentice Hall, Inc., 1972.

ELAZAR, Daniel. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa: University of Alabama, 1987.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), p. 269-291, 2001.

LUCCHESE, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Ipea, 14, p. 75-156, Brasília, 1996.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.

MENDES, Aquilas; MARQUES, Rosa. *O papel e as consequências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde*. OPS, Brasília, 2003, p. 71-97 (Série Técnica 4 do Projeto de Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde OPS).

SACHS, Ignacy. Voltando ao planejamento. *Envolverde*, 24 jan. 2011. Disponível em: <http://www.envolverde.com.br/materia.php?cod=74039&edt>. Acesso em: 25 jan. 2011.

TAVARES, Patrícia; BARROS, Elizabeth. Regionalização e Coordenação Intergovernamental, in Ugá, Maria Alícia et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual*: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl. 1), p. 1.565-1.577, 2009.

Entrevistas (nota da autora)

Ana Paula P. Silveira: Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIGI), Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep).

André Luís Bonifácio: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep).

Ayrton G. Martinello: Coordenação Geral de Planejamento (CGPL), Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO), Secretaria Executiva (SE)/MS.

Fábio Landim Campos: DAI/SGEP.

Lourdes Lemos Almeida: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Marcia Muniz: CGPL/SPO/SE/MS.

Pedro Lucas M. Palotti: CGAIGI/DAI/SGEP.

Rivaldo França: CGPL/SPO/SE/MS.

CEPAL ipea