

Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde

Advances and challenges of the Unified Health System planning

Fabiola Sulpino Vieira¹

Abstract *Since the Unified Health System creation, managers have been expending efforts to discuss the planning and, made attempts to institutionalize it, considering that it's a basic management component. However, despite advances obtained, there are aspects that are priorities and that constitute challenges for the institutionalization of the planning at the Unified Health System. In this direction, this study describes the planning evolution in the system, by legal and technician material analysis of published documents by Ministry of Health. From the planning conception in these publications, it leads a reflection on the used approach, considering the established management instruments, and its entailing to the more currently accepted theory and methodology of health planning. Aspects that need to be observed are pointed for the effectiveness to ascendant planning at the Unified Health System.*
Key words *Unified Health System, Health planning, State health plans*

Resumo *Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores têm despendido esforços para a discussão do planejamento, enquanto componente fundamental da gestão, e feito tentativas para institucionalizá-lo. Entretanto, mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a institucionalização do planejamento no SUS. Nesse sentido, este estudo procura descrever a evolução do planejamento no sistema, por meio da análise de documentos legais e materiais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde. A partir da concepção de planejamento presente nessas publicações, faz-se a reflexão sobre a abordagem empregada, considerando os instrumentos de gestão estabelecidos e sua vinculação às abordagens teórico-metodológicas mais aceitas atualmente para o planejamento em saúde. Para finalizar, apontam-se aspectos que precisam ser observados para a efetivação do planejamento ascendente no SUS.*
Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Planejamento em saúde, Planos governamentais de saúde*

¹ Ministério da Saúde,
Secretaria Executiva,
Departamento de Economia
da Saúde e
Desenvolvimento,
Esplanada dos Ministérios
Bloco G Anexo B Sala 454
B. 70058-900 Brasília DF.
fabiolasulpino@uol.com.br

Introdução

Não poderia iniciar este trabalho sem apresentar um argumento que justifica a importância do planejamento para os governos e as organizações. De sorte que em Carlos Matus¹ encontra-se um pensamento que sintetiza sua relevância e, por isso, a escolha de citá-lo: “Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

Sob essa visão, o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Daí a percepção de que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Para Mintzberg², consiste em formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras. Este é o conceito adotado no desenvolvimento deste artigo.

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Quando analisamos o planejamento no Sistema Único de Saúde, reconhecidos os avanços decorrentes das iniciativas para ordená-lo e integrá-lo, a fim de consolidar o sistema no aspecto da unicidade de modo de operação e integração das decisões entre os gestores em suas esferas de governo, ainda encontram-se obstáculos e vazios que impedem esta unicidade e integração.

O planejamento ascendente previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990)³ não se concretizou, apesar dos esforços despendidos. Observa-se a desarticulação entre as diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo. Muitas vezes a União, por meio do Ministério da Saúde, define linhas estratégicas que não são as mesmas defendidas por estados e municípios. Existe tensão entre a necessidade de

manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos da descentralização, por meio da participação das esferas subnacionais na definição das prioridades locais. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos⁴.

Considerando este contexto, o presente trabalho discute o planejamento em saúde no SUS, por meio da apresentação de seus antecedentes e de reflexão a partir do estado da arte, a fim de apontar aspectos que precisam ser observados para a efetivação do planejamento ascendente no SUS.

Histórico do planejamento no SUS

A criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, na medida do reconhecimento de que o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, em uma rede hierarquizada.

Promulgada a Constituição Federal⁵ que previu este direito, pode-se concluir que automaticamente gerou-se desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, pois não existiu a etapa de preparação da administração pública para a assunção de novas responsabilidades. A oferta estava limitada à rede assistencial existente até então, preparada para atendimento de um público restrito e norteada pelo viés curativo, em que se privilegiavam os serviços de atenção hospitalar. Quanto à demanda, de um dia para outro, ampliou-se para o conjunto de toda a população residente no território nacional. Nesse sentido, o direito previsto tornava-se letra morta diante da impossibilidade de garanti-lo, frente às restrições administrativas e orçamentárias existentes.

Ainda por meio da Constituição Federal de 1988⁵, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais deveriam se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando processo de planejamento para sua obtenção, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, então, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PPA deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas

de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano, e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta, e os investimentos das empresas estatais.

Considerando esta normativa emanada do mais importante instrumento legal do país, os órgãos da saúde (Ministério e Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde) necessariamente deveriam realizar seu planejamento para a definição das despesas de custeio e de capital, na conjuntura global dos demais órgãos da administração em cada esfera de governo. Explicita-se aí a importância do planejamento e da existência de instrumentos que contemplem o conjunto de objetivos e metas estabelecidas para orientar a alocação dos recursos públicos.

Até então o SUS tinha sido criado, mas não regulamentado. Com a publicação da Lei 8.080/1990³, além dos instrumentos de gestão pública citados e da necessidade de realização de planejamento nos municípios, estados, Distrito Federal e União para obtê-los, tornou-se clara a necessidade de que fosse interiorizada ao setor saúde a lógica do planejamento, por meio de um sistema articulado em que as decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS pudessem ser consideradas quando da formulação das estratégias em âmbito nacional. A lei estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do nível local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias. Os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

Como forma de orientar este planejamento, o Ministério da Saúde produziu em 1992⁶, por meio de um grupo técnico, um documento que teve por objetivo apresentar uma proposta para o processo em nível nacional. Sugere-se então a criação do Sistema Nacional de Planejamento que supõe: a) a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento abrangendo o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios; b) a superação dos entraves na orçamentação e no financiamento da saúde; c) a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento.

O trabalho propõe ainda três eixos para nortear a elaboração dos planos de saúde: a) situação epidemiológica; b) situação organizacional da rede de atenção à saúde; c) situação político-gerencial. Além disso, enfatiza que o caráter ascendente do planejamento mostra que a construção da Política Nacional de Saúde realiza-se a partir das necessidades locais. Destaca a importância da aprovação de cada plano no Conselho de Saúde correspondente e da participação social no processo de planejamento.

De modo mais normativo, recomenda que a vigência do plano deva ser a mesma dos governos em cada esfera e apresenta um roteiro para a sua elaboração, contendo os seguintes tópicos: a) identificação; b) análise da situação atual de saúde; c) seleção e priorização dos problemas; d) definição dos objetivos, metas e estratégias; e) recursos financeiros e f) conclusões.

Orienta-se que o desdobramento do plano se dê por meio da programação e orçamentação em saúde, que tem o propósito de para cada ano de vigência do plano detalhar os objetivos e metas, com a previsão dos custos para o exercício financeiro, que deverão ser utilizados na elaboração do orçamento anual do respectivo governo. Recomendam-se os seguintes tópicos para a sua elaboração: a) identificação; b) introdução; c) análise da situação atual de saúde; d) prioridade, metas e ações propostas; e) recursos financeiros; e) conclusões.

Com o objetivo de normalizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993)⁷. A NOB-SUS 1993 estabelece um novo modelo de pactuação federativa e nesse modelo consolida-se o papel dos conselhos de saúde, especialmente pela definição de que, para que um município recebesse os recursos financeiros por meio de transferências, seria necessário comprovar a existência do respectivo conselho e de seu funcionamento⁸.

A partir da necessidade de formulação de ajustes nos parâmetros de operação do sistema, em 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1/96)⁹ instituiu um novo elemento que deve se integrar ao processo de planejamento da saúde; trata-se da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, constituindo o instrumento proposto para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

Os municípios passaram a elaborá-la para depois da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, submeterem-na aos respectivos estados, que por sua vez fariam a harmonização entre as PPI pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Neste momento, estava flagrante no SUS que a descentralização municipalista precisava ser compatibilizada com um instrumento que permitisse que as populações tivessem acesso aos serviços de saúde, conforme a integralidade prevista enquanto princípio do sistema, mesmo que seus municípios não os disponibilizassem. Daí a necessidade de pactuar a sua oferta por outros entes federados, o que foi inicialmente feito pela inclusão do instrumento PPI, para mediar esta relação com o estado.

Entretanto, embora a pactuação da oferta de serviços entre municípios e seus estados, por meio da PPI, tivesse constituído um avanço para a organização do sistema, ainda persistiam inúmeros problemas para garantia do acesso a eles por parte da população. Era urgente a discussão de um novo modelo para a regionalização da assistência à saúde, que incluísse os estados enquanto coordenadores desse processo.

Para resolver esta questão, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)¹⁰, que basicamente ampliava o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definia o processo de regionalização da assistência. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado.

Os estados passam a assumir responsabilidade maior na gestão do SUS, na medida em que passou a ser de sua competência a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Além disso, a submissão deste à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e seu envio ao Ministério da Saúde.

A NOAS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela NOAS 01/2002¹¹. Por essa norma operacional, o PDR constitui instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistên-

cia e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboram-se as PPI anuais.

Com a organização da regionalização em saúde, agrega-se mais um componente ao planejamento no SUS. Para a maioria dos municípios brasileiros, os gestores precisam elaborar planos e programar a assistência à saúde em bases não coincidentes com o seu território e sua autonomia político-administrativa e, portanto, com menor governabilidade sobre a questão. Este aspecto revela a complexidade de efetivação do planejamento em saúde em um sistema universal do porte do SUS.

Para exemplificar esta complexidade no loco regional, a Figura 1 esquematiza as relações entre municípios em uma macrorregião de saúde, quanto aos fluxos de referência e contra-referência para organização da assistência.

Nesse mesmo período, estabeleceu-se a Agenda de Saúde como mais um instrumento de planejamento, por meio da Portaria GM nº 393, de 29 de março de 2001¹², sendo regulamentada pela Portaria GM nº 548, de 12 de abril de 2001¹³. Foi concebida como um instrumento fundamental para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil, definindo os eixos a serem considerados como referenciais prioritários no processo de planejamento em saúde¹⁴.

O processo de construção das agendas foi idealizado de forma descendente, em que os eixos prioritários de intervenção são vistos como de natureza nacional, pactuados entre os representantes das três esferas de governo. Elas constituiriam o início do planejamento, que resultaria na elaboração dos planos de saúde e no orçamento anual.

Por sua vez, os planos seriam elaborados de forma ascendente e se desdobrariam para cada ano, em cada esfera de governo, no respectivo Quadro de Metas, no qual constariam os indicadores e a metas prioritárias de saúde.

Para a sistematização e divulgação das informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores, enquanto instrumento de prestação de contas, foi instituído o Relatório de Gestão, que estabelece a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos.

O planejamento na atualidade

Recentemente, o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006¹⁵. Esta revisão das diretrizes do planejamento

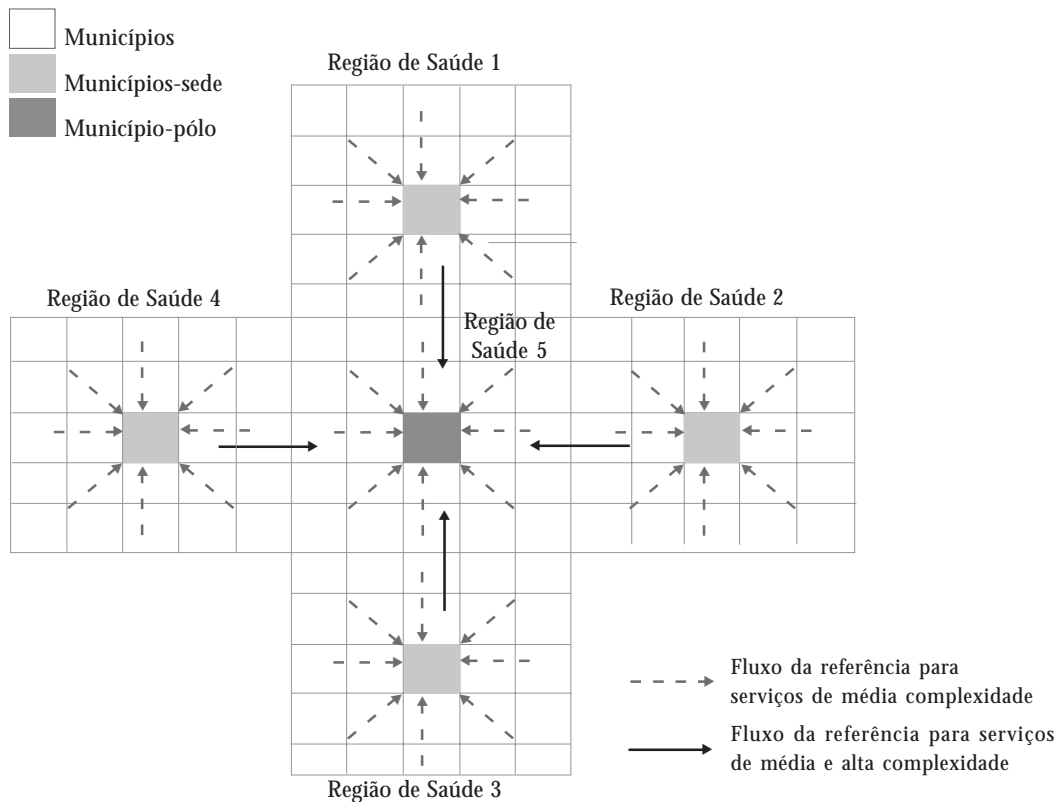


Figura 1. Representação do fluxo de atendimento de média e alta complexidade em uma macrorregião de saúde.

veio em um momento em que reformas institucionais são implementadas, por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social¹⁶.

Os objetivos do PlanejaSUS são: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados¹⁷.

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos a partir desta perspectiva são: a) Plano de Saúde (OS); b) Programação Anual de Saúde

(PAS); e c) Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS¹⁸.

Recomenda-se que a elaboração do PS seja feita em dois momentos: análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas. Sugerem-se três eixos norteadores para a elaboração do PS e suas vertentes, como segue: a) condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica); b) determinantes e condicionantes de saúde; c) gestão em saúde (planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em

saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura).

Além dos três instrumentos citados, mantém-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Recomenda-se que o PS seja elaborado obedecendo à vigência do PPA em cada esfera de governo.

Algumas reflexões sobre o planejamento no SUS

A discussão do planejamento em saúde no SUS parece já ter ultrapassado as questões metodológicas, quanto à definição de instrumentos para sua realização, evidenciando-se na atualidade a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de interligação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo a cada esfera de governo.

Quando a questão tange ao planejamento no ambiente intra-organizacional (Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde), geralmente o tema é tratado como assunto de um setor específico, responsável pelo planejamento da instituição. Nesta lógica, há escasso envolvimento dos profissionais de saúde, que seriam responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. Como estes não fazem parte do processo de sua definição, invariavelmente se observa o distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. O plano constitui-se apenas de um conjunto de intenções que figuram em um documento, mas que não levam a resultados práticos. O planejamento acaba sendo feito para o cumprimento de exigência legal, em vez de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos⁴.

No ambiente inter-organizacional, um dos grandes desafios que se apresentam é o da articulação entre os entes federados para que o planejamento em saúde de fato torne-se efetivo. A descentralização político-administrativa do sistema com consequente autonomia de gestão dos 5.564 municípios, 26 estados e o Distrito Federal traz consigo a dificuldade de integração entre eles.

Nesse contexto, reconhece-se o esforço do Ministério da Saúde em propor e discutir o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS); entretanto, até o momento, não foi pactuada normativa para regulamentar o funcionamento do planejamento ascendente, de modo que estados e a União pudessem estabelecer seus objetivos e metas, em seu âmbito de competência, baseados nas necessidades observadas e assumidas pelos municípios. Tampouco tem-se observado movimento de articulação e en-

volvimento das instâncias de controle social para discussão e implementação desse processo.

Nesse sentido, os planos de saúde, sejam nacional ou estaduais, não são elaborados de acordo com os planos de saúde municipais, os quais devem refletir a necessidade local. Dessa forma, falham enquanto instrumentos para a gestão de um sistema com caráter único. A possibilidade de dissonância entre as visões e estratégias adotadas em cada esfera é elevada e, assim, não se alcança maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população.

Outro aspecto que contribui para menor efetividade das políticas é a desconexão entre as programações de saúde e o orçamento em cada ente federado. Invariavelmente, o orçamento é elaborado sem considerar as ações definidas para o exercício financeiro.

É preciso assumir que, embora a dificuldade de articulação do planejamento entre os entes federados exista, é imprescindível à consolidação do SUS a articulação do planejamento entre as instâncias de gestão, uma vez que o sistema consiste de uma rede única, regionalizada e hierarquizada⁵.

Dessa forma, o desafio está posto. Mas como de fato implementar o planejamento ascendente? Essa é uma pergunta que não se responde facilmente. A dificuldade de sua institucionalização bem o demonstra. Daí a observação de que se faz necessária a construção coletiva, por meio do comprometimento dos gestores do SUS, com a vinculação das escolhas e decisões em cada esfera de governo.

A seguir, são feitas algumas considerações sobre aspectos que precisam ser analisados quanto ao planejamento no SUS. Longe de apresentar qualquer caráter prescritivo, tais ponderações visam apenas chamar a atenção para questões que podem estar associadas às dificuldades de concretização da ascendência do planejamento, estabelecida na Lei Orgânica da Saúde³.

Momentos do planejamento e os instrumentos de gestão do SUS

Considerando o conceito de planejamento de Mintzberg², que o define como “procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões”, tem-se que com o planejamento coordenam-se as decisões na organização. Daí, depreende-se que há uma relação entre planejamento e decisões, na qual o planejamento constitui-se no mecanismo empregado para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas.

A literatura sobre o processo decisório nas organizações enfatiza que as decisões são tomadas de forma diferenciada, de acordo com os níveis hierárquicos dessas organizações. No nível organizacional alto, constituído pelos dirigentes, as decisões são tomadas para a definição dos objetivos e das diretrizes organizacionais, o que é chamado de nível estratégico de tomada de decisão. No nível organizacional, dito intermediário, e no de supervisão, as decisões dizem respeito a questões administrativas e às operações realizadas no dia a dia, correspondendo ao nível tático-operacional de tomada de decisão¹⁹.

A partir do conceito de planejamento de Mintzberg² e da assunção de que existem níveis diferenciados de tomada de decisão nas organizações, explicita-se a existência de pelo menos dois momentos do planejamento, enquanto procedimento formal e gerador de sistema articulado de decisões, que são o estratégico e o tático-operacional.

Matus, em sua proposta de planejamento estratégico-situacional, defende a existência de quatro momentos de planejamento: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O conceito de momento é o de circunstância ou conjuntura de um processo contínuo. No momento explicativo, questionam-se as oportunidades e problemas que o ator que planeja enfrenta. No normativo, esquetiza-se a realidade. No estratégico, avalia-se a viabilidade das alternativas para chegar à situação-objetivo e no tático-operacional definem-se as ações para fazer acontecer^{20,21}. Fica claro na concepção do autor que o planejamento se dá de forma centralizada, em que a explicação da situação-problema, a sua esquematização, a definição de estratégias e a sua operação são realizadas pela ótica de apenas um ator. Para ele, há uma articulação entre planejamento e governo, em que a tomada de decisão é responsabilidade de quem governa e só planeja quem governa. Daí o desenvolvimento desta abordagem teórico-metodológico-prática para servir aos dirigentes políticos, no governo ou na oposição²².

Diferentemente desta abordagem, Mario Testa, em sua proposição para o planejamento em saúde, enfatiza a importância da participação no processo de elaboração das propostas programático-estratégicas, pois possibilitaria a acumulação de poder para os dominados e a mudança das relações de poder, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe. Propõe formas organizativas internas, democráticas, para a construção da igualdade e mudança das relações de poder, com equipe colaborativa e possibilitando a participação social, com o objetivo de que a população se torne um ator do processo²³.

Ainda segundo ele, o planejamento está dividido em duas partes: o diagnóstico de saúde e as propostas programático-estratégicas. O diagnóstico em saúde faz a análise da realidade de saúde da população e está subdividido em três aspectos: a) administrativo – no qual se procede a enumeração e quantificação da população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde; b) estratégico – que consiste na análise das relações de poder no setor: desigualdades na situação de saúde e na atenção à saúde entre grupos sociais, determinadas por diferenças de classes; além das distribuições de poder nos serviços de saúde (poder técnico, administrativo e político); c) ideológico – em que se analisa a ideologia dos grupos sociais. Após o diagnóstico, formula-se a síntese diagnóstica, a qual reconstrói a realidade de saúde analisada. A partir da síntese diagnóstica, procede-se à elaboração das propostas programático-estratégicas, com o objetivo de realizar ações de saúde para a mudança²⁴.

Considerando o estabelecimento de dois instrumentos básicos de gestão, frutos de processo de planejamento, quais sejam os planos de saúde (OS) e as programações anuais de saúde (PAS), como previstos no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)²⁵, torna-se claro que o PS é obtido por meio de planejamento estratégico e o PAS, por planejamento tático-operacional, em que os dois documentos representam produtos dos momentos (etapas) do planejamento em saúde. De acordo com o sistema de planejamento proposto, o PS contém diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos, constituindo resultado de planejamento de médio a longo prazo, o qual foca as linhas mestras de direcionamento da política de saúde, para as quais a organização deve enveredar esforços. Já o PAS detalha as ações que devem ser realizadas dentro de um exercício financeiro (um ano), com base nas diretrizes, objetivos e metas estabelecidas no PS, constituindo, portanto, instrumento de gestão para a concentração de esforços da organização, programação de recursos e execução de ações, possibilitando o alcance dos propósitos definidos no PS.

Vê-se na proposta de formulação da PAS do PlanejaSUS²⁵ a inspiração nas idéias de Mario Testa para o planejamento em saúde. A análise situacional proposta é coincidente com a dele na proposição de realização de diagnóstico a partir dos aspectos administrativo, estratégico e ideológico. O que precisa ficar mais evidente é a correspondência entre as ações da PAS e os respectivos objetivos do PS. A PAS existe para dar consecução às metas definidas no PS. Se esta correspondência é

prazo (momento tático-operacional) a fim de garantir o alcance dos objetivos definidos no momento estratégico, a participação dos colaboradores das Secretarias de Saúde necessita estar em consonância com as atividades por eles desenvolvidas.

Além disso, considerando que a Lei Orgânica da Saúde definiu as áreas de atuação do SUS, é com base nessas áreas que o processo de planejamento precisa se orientar. Nesse sentido, é necessário considerar que a elaboração de qualquer instrumento de gestão, seja o plano de saúde ou a programação anual de saúde, precisa envolver os coordenadores dessas áreas no âmbito da organização, constituindo um grupo de trabalho permanente de planejamento (GT), o qual ficará responsável pela elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão.

A elaboração dos instrumentos referidos, sem a participação das áreas técnicas, resulta na obtenção de documentos que não contarão com a adesão do pessoal necessário ao seu processo de implementação. As teorias de organização têm demonstrado que esta participação é vital para o sucesso da implementação e, assim, pode-se concluir que este processo é participativo e que são ineficazes as iniciativas que delegam ao setor de planejamento a sua elaboração, sem o envolvimento desse pessoal. Os “planejadores”, profissionais do setor de planejamento, precisam atuar como facilitadores do processo. Este é o seu papel e de grande relevância para o sucesso da iniciativa^{24,26}.

Também é preciso salientar que esta participação deve ser diferenciada, devendo estar em consonância com o instrumento que está sendo desenvolvido (plano de saúde, programação anual de saúde ou relatório de gestão) e a complexidade da organização que o está elaborando.

Assim, as Secretarias de Saúde mais complexas, que possuem para uma mesma área de atuação vários níveis hierárquicos, poderiam contar com apenas o representante superior da área para compor o grupo técnico (GT), com o propósito de elaborar o plano de saúde. Isso se justifica pelo fato de que o plano de saúde é documento que define as diretrizes, objetivos e metas da organização no nível estratégico e também pelo fato de que não se deve ter grupos de trabalho com um número excessivo de participantes, a fim de evitar dificuldades de condução do planejamento.

Para a elaboração da PAS, como esta envolve a definição de objetivos, metas, ações, etc. no nível tático-operacional, é pertinente que o representante superior de cada área de atuação deflagre planejamento interno, considerando as diretrizes, objetivos e metas estabelecidas no plano de saúde. As definições internas seriam levadas por ele ao GT permanente de planejamento para elaboração do documento final (PAS).

Para as Secretarias de Saúde menos complexas em termos de estrutura organizacional, poderia existir apenas um GT, sem a necessidade de realização do planejamento tático-operacional em duas etapas. A Figura 2 ilustra a articulação entre os momentos do planejamento e a representação das áreas de atuação do SUS.

Articulação entre o planejamento no SUS e o orçamento público

Um dos grandes problemas de governança no SUS reside na desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como geralmente são

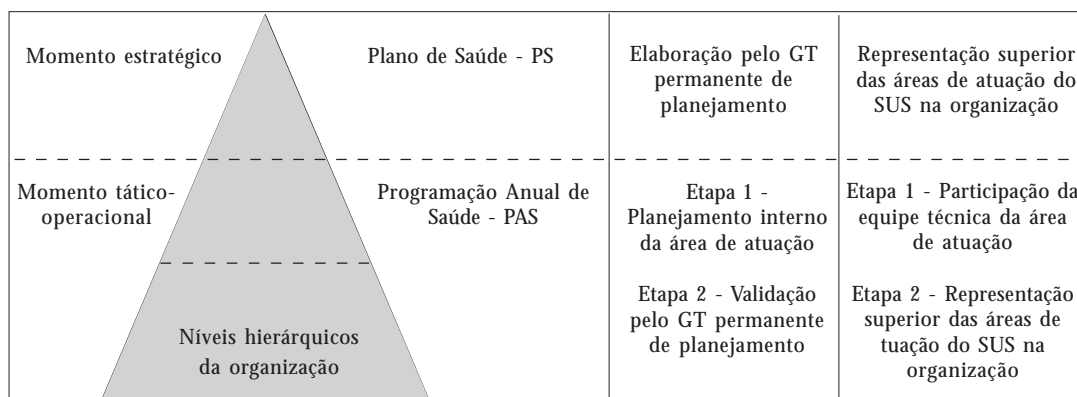


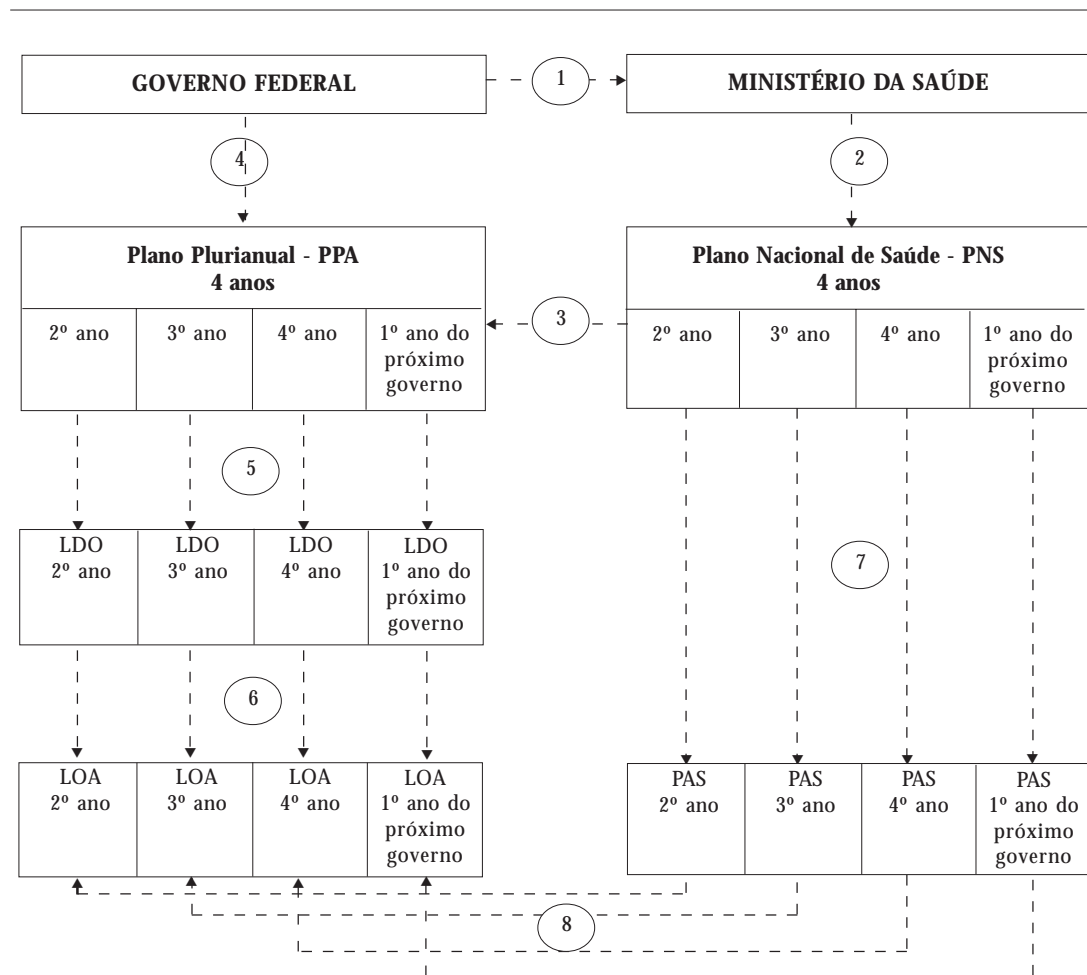
Figura 2. Momentos do planejamento, instrumentos de gestão e participação das áreas de atuação do SUS.

elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas⁴.

Em virtude disso, considerando que os instrumentos de planejamento e orçamento, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) existem como leis de iniciativa do Poder Executivo e já tiveram seus prazos de elaboração definidos no âmbito federal, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Constituição Federal)²⁷, faz-se necessário regulamentar prazos para elaboração dos instrumentos de gestão do SUS que possibilitem a vinculação entre todos eles.

A Figura 3 mostra a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os de planejamento e orçamento da gestão pública.

A etapa 1 da Figura 3 corresponde ao momento em que as diretrizes do governo são formuladas para orientar as atividades dos órgãos da administração pública, neste caso, o Ministério da Saúde na elaboração do Plano Nacional de Saúde e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão na formulação do Plano Plurianual (etapa 4). Considerando essas orientações, o Ministério da Saúde elabora o Plano Nacional de Saúde (etapa 2). Por sua vez, este plano deve subsidiar a formulação do PPA,



Legenda: a) LDO = Lei de Diretrizes Orçamentárias; b) LOA = Lei Orçamentária Anual; c) PAS = Programação Anual de Saúde

Figura 3. Interligação necessária entre os instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e instrumentos de gestão do SUS no âmbito da União.

o qual deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e, para as relativas aos programas de duração continuada (etapa 3). Para cada ano de vigência do PPA elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano (etapa 5), e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta e os investimentos das empresas estatais (etapa 6)⁵.

Voltando à perspectiva do setor saúde, o PNS se desdobra em Programações Anuais de Saúde (PAS) para cada ano de sua vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, metas, ações e, especialmente, recursos necessários para realização das ações (etapa 7). Nesse sentido, as PAS devem orientar a formulação das LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantido, para sua execução (etapa 8).

O funcionamento adequado desse fluxo é condição imprescindível à garantia de financiamento adequado, para a realização das ações de saúde em tempo oportuno.

Em busca do planejamento ascendente

A implementação do planejamento ascendente talvez seja um dos maiores desafios da gestão do SUS, para sua consolidação como sistema único. Está-se tratando da articulação entre diferentes leituras sobre uma situação-problema, as quais geram diferentes propostas de intervenção, em um ambiente de autonomia político-administrativa. Daí a importância das instâncias de negociação e da construção coletiva, para a definição de fluxos e instrumentos, além da pactuação.

A Figura 4 apresenta em linhas gerais o fluxo e a articulação necessária entre os principais instrumentos de gestão do SUS. Conforme determina a Lei nº 8.080/1990, a elaboração do Plano Nacional de Saúde

deve se dar a partir da observação das necessidades locais. Encontra-se aí o postulado de integração entre os planos de saúde elaborados por municípios e estados para subsidiar a elaboração do instrumento na etapa nacional. Estados e a União precisam considerar os objetivos e metas definidos pelos municípios para, a partir desta leitura local, fomentar as iniciativas, além de definir outras, de acordo com a sua visão sobre a realidade.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) insere-se nessa lógica como substrato para a elaboração dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Por sua vez, estes precisam orientar a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), assim como o PDR também o faz. Por fim, todos estes instrumentos são utilizados para a formulação da Programação Anual de Saúde (PAS), a qual está intimamente associada aos planos de saúde.

Assim, considerando que todos estes instrumentos de gestão do SUS ainda precisam se integrar aos instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e que estes últimos têm prazos estabelecidos para elaboração pela Constituição Federal, o estabelecimento de fluxos e prazos para a formulação dos primeiros precisa ser regulamentado para promoção desta integração.

Considerações finais

Nota-se que, desde a criação do SUS, houve preocupação com a discussão do planejamento e tentativas de institucionalizá-lo como componente fundamental de gestão. A definição de instrumentos tais como os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, obtidos por meio de planejamento e inspirados em abordagem teórico-metodológica do planejamento em saúde, revela o cuidado que se deu a esta questão.

Entretanto, mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a efetivação do planejamento em saúde, enquanto elemento da gestão no SUS. A superação dos obstáculos à institucionalização do planejamento ascendente é um deles e constitui tema primordial para a consonância entre as ações de saúde nas três esferas de governo e para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos.

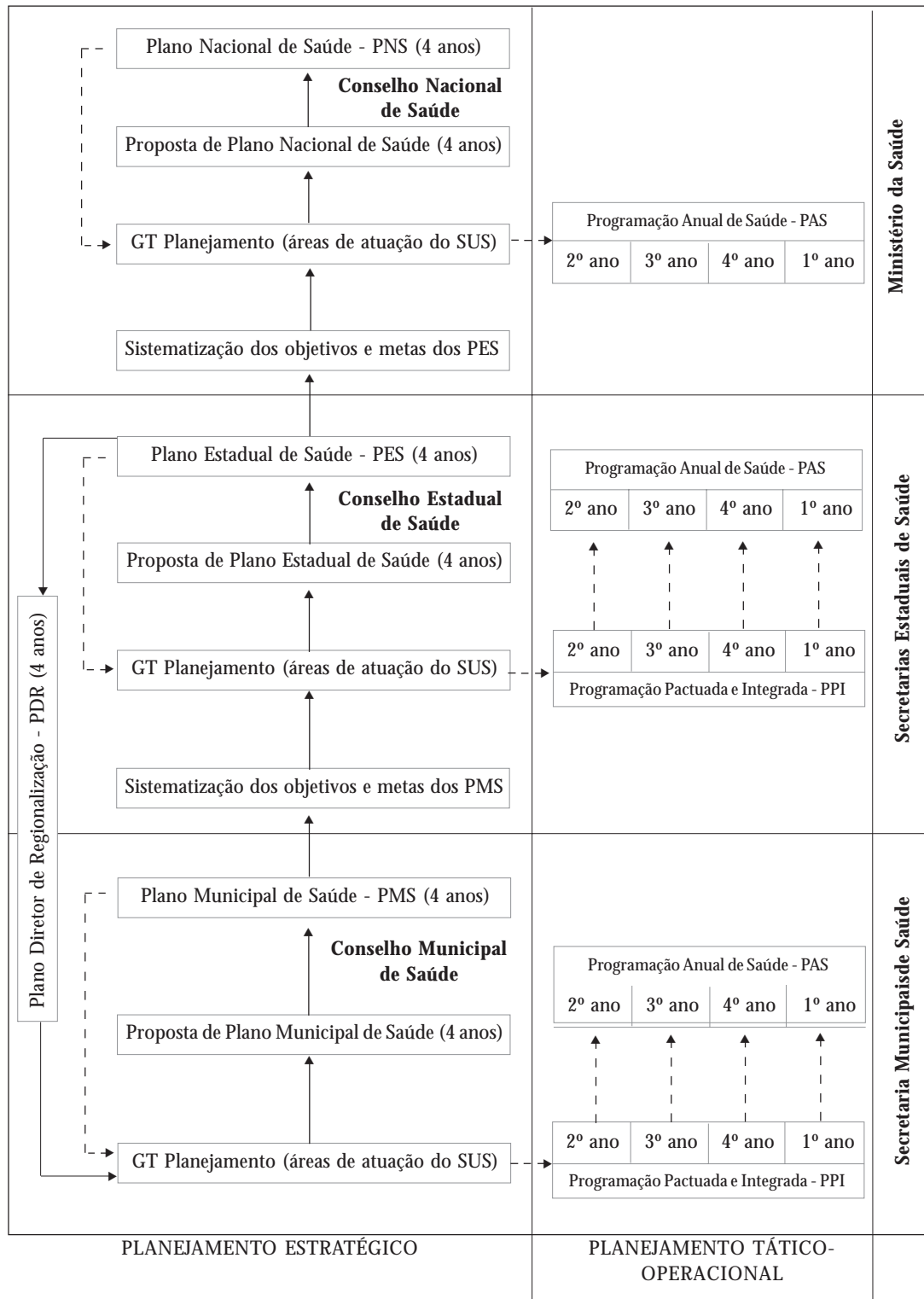


Figura 4. Planejamento ascendente e a relação entre os instrumentos de gestão do SUS.

Referências

- Matus C. *Política, planejamento & governo*. Tomo I. Brasília: IPEA; 1996.
- Mintzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- World Bank. *Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management*. [site na Internet] [acessado 2007 jul 11]. Disponível em: http://www.bancomundial.org.br/index.php/content/view_folder/88.html
- Brasil. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a nº 53/2006*. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Proposta para o processo de planejamento em nível nacional. Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. No prelo 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 1993*. Biblioteca Virtual da Saúde MS 2007. [site na Internet] [acessado 2007 dez 16]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf
- Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. *A construção do SUS. Histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. NOB - SUS 01/96*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Brasil. Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 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 União* 2001; 29 jan.
- Brasil. Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 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 União* 2002; 28 fev.
- Brasil. Portaria GM nº 393 de 29 de março de 2001. Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 30 mar.
- Brasil. 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 União* 2001; 16 abr.
- Brasil. Ministério da Saúde. *SUS - Instrumentos de gestão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. 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 União* 2006; 29 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Moritz GO, Pereira MF. Processo decisório. [site da Internet] [acessado 2007 jul 11]. Disponível em: http://www.cead.ufv.br/noticias_ead/processo_decisrio.pdf
- Matus C. *Política, planejamento & governo*. Tomo II. Brasília: IPEA; 1996.
- Azevedo CS. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. *Cad Saude Publica* 1992; 8(2):129-133.
- Huertas F. *Entrevista com Carlos Matus. O método PES*. São Paulo: FUNDAP; 1996.
- Giovanella L. A proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. In: Giovanella L, organizadora. *Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde. textos de apoio*. Rio de Janeiro: ENSP; 1992.
- Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
- Brasil. Portaria nº 3.085 de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 4 dez.
- Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
- Giacomoni J. *Orçamento público*. São Paulo: Atlas; 2005.

Artigo apresentado em 19/07/2007

Aprovado em 14/12/2007

Versão final apresentada em 31/03/2008