

ISSN: 2527-1946

Número 90

Fevereiro 2021

# CADERNO DE PESQUISA NEPP

ASPECTOS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DO  
PLANEJAMENTO EM SAÚDE COM ÊNFASE NO SUS

Domenico Feliciello

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas





**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**Reitor**

Prof. Dr. Marcelo Knobel

**Coordenador-Geral da Universidade**

Profa. Dra. Teresa Dib Zambon Atvars

**Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário**

Prof. Dr. Francisco de Assis Magalhães Gomes Neto

**Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários**

Prof. Dr. Fernando Augusto de Almeida Hashimoto

**Pró-Reitor de Graduação**

Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Profa. Dra. Nancy Lopes Garcia

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Dr. Munir Salomão Skaf

**Coord. Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa**

Dra. Ana Carolina de Moura Delfim Maciel



**NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Coordenador**

Prof. Dr. Carlos Raul Etulain

**Coordenador Associado**

Dra. Ana Lucia Gonçalves da Silva

**Conselho Editorial do Caderno de Pesquisa NEPP**

Cibele Yhan de Andrade

Dra. Lilia Terezinha Montali

Dra. Maria Teresa Dalla F. P. Moreira Porto

Dra. Roberta Rocha Borges

Dra. Stella M. B. da Silva Telles

**Apoio Técnico**

Maria do Carmo de Oliveira

O Caderno de Pesquisa NEPP, de caráter multidisciplinar, escrito por pesquisadores, professores, estudantes de pós-graduação, membros associados e convidados, tem periodicidade semestral. Publica artigos inéditos, relatórios de pesquisa, pesquisas em andamento, entrevistas e resenhas relacionados com as múltiplas dimensões da política pública.

Entre 1987 e 2010, publicaram-se 83 números. Desde o número 84, o Caderno de Pesquisa NEPP foi remodelado e passa a ser publicado em versão eletrônica.

*Considerações Éticas:  
A responsabilidade pelos conteúdos  
publicados é exclusivamente do(s)  
autor (es), assim como a  
revisão ortográfica.*

## **Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS(\*)**

Domenico Feliciello (\*\*)

### **Resumo**

O presente texto originou-se a partir da necessidade em explicitar os diferentes métodos de planejamento utilizados na área da saúde, considerando as demandas originadas com a implantação do SUS e, também aquelas, para a realização de processos de planejamento e planos de saúde, em âmbito municipal e estadual e, mais recentemente no nível regional. Outra motivação relaciona-se a explicitação dos diferentes métodos, fases e instrumentos utilizados pelo planejamento de modo a facilitar a sua compreensão e utilização na elaboração, implantação e acompanhamento dos planos elaborados. Neste aspecto, busca-se evitar o planejamento apenas como um exercício administrativo, sem continuidade e sem reflexos na organização das instituições, das equipes e das questões de saúde. Pretende-se ainda acentuar o seu caráter estratégico na implantação de projetos e planos, que efetivamente almejam implantar as diretrizes do SUS, num quadro de democratização e participação na sua construção. Assim a apresentação dos métodos de planejamento em saúde é realizada levando em conta o contexto histórico de seu surgimento e as forças políticas e sociais hegemônicas em cada momento, considerando que o planejamento em saúde, mais do que um conjunto de técnicas e instrumentos, é resultante de uma construção social com determinados objetivos e finalidades e, com vários grupos de interesses em ação.

Palavras Chaves: Planejamento em Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Administração em Saúde; Gestão em Saúde

### **Conceptual and operational aspects of health planning with SUS emphasis**

#### **Abstract**

The present text originated from the need to explain the different planning methods used in the health area, considering the demands originated with the implementation of SUS and also those for carrying out planning processes and health plans, in municipal and state level, and more recently at the regional level. Another motivation is related to the explanation of the different methods, phases and instruments used by the planning in order to facilitate its understanding and use in the elaboration, implantation and monitoring of the elaborated plans. In this regard, we seek to avoid planning only as an administrative exercise, without continuity and without repercussions on the organization of institutions, teams and health issues. It is also intended to emphasize its strategic character in the implementation of projects and plans, which effectively aim to implement the SUS guidelines, within a framework of democratization and participation in its construction. Thus, the presentation of health planning methods is carried out taking into account the historical context of their emergence and the hegemonic political and social forces at each moment, considering that health planning, more than a set of techniques and instruments, is the result of a social construction with certain objectives and purposes and with various interest groups in action.

Key words: Health Planning; Health Policy; Health Unic System; Health Administration; Health Management

---

\* Texto inicialmente elaborado como apoio ao Curso de Extensão sobre Planejamento Municipal de Saúde, posteriormente revisto e ampliado.

\*\* Prof. Dr. - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e pesquisador convidado do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

## Apresentação

O presente texto elaborado por **Domenico Feliciello**, pesquisador associado no Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP, pode ser visto como um rigoroso trabalho de revisão bibliográfica, realizado por alguém com grande vivência em várias instâncias gestoras e de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Evidência, como os métodos e instrumentos de planejamento foram sendo construídos e utilizados ao longo da história para responder a interesses sociais específicos e, como todos são até hoje utilizados, na dependência das singularidades de cada contexto.

Faz um apanhado sobre o início do processo de planejamento e saúde no Brasil, identificando a utilização da lógica de organização dos serviços de saúde fundamentada na Teoria de Administração Científica proposta por Taylor ou na Teoria de Administração Clássica proposta por Fayol. Aborda, em seguida, a influência do método CENDES / OPAS, elaborado no Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES, 1965) da Universidade Central da Venezuela com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que foi, naquele momento, de extrema importância para todos os países da América Latina, inclusive para o Brasil.

Em seguida, já num outro contexto de desenvolvimento, descreve e valoriza a utilização do “Pensamento Estratégico” proposto por Mario Testa que também teve uma grande influência nos processos de planejamento do setor público de saúde no Brasil e situa a proposta de planejamento estratégico situacional, formulada por Carlos Matus, que esteve muito presente nos momentos iniciais do SUS no país.

Finalmente, aponta como se dá a incorporação de atividades, métodos e instrumentos de planejamento no arcabouço jurídico legal do SUS, tecendo críticas a respeito de sua utilização.

Por tudo isso, pode-se dizer que essa publicação é destinada não só aos profissionais diretamente envolvidos nas instâncias oficiais de Planejamento em Saúde no âmbito do SUS, mas, também, a gestores, profissionais, estudiosos e demais pessoas interessadas em compreender esse importante e estratégico processo de construção das políticas públicas de saúde no país.

Carmen Lavras  
Coordenadora do Programa de Estudos em  
Sistemas de Saúde/NEPP – UNICAMP

## **1. Evolução Global das Teorias de Administração e Planejamento**

O planejamento, enquanto um conjunto sistematizado de métodos e instrumentos tem sua origem remota na ação militar, difundindo-se posteriormente para os demais setores das sociedades, incluindo a agricultura, a construção de cidades, fortificações e palácios, a administração pública entre outros. A partir dos séculos XIX e XX passa a se constituir também num campo de conhecimento sendo aplicado principalmente no setor governamental e empresarial, na medida em que se buscava mobilizar recursos para atingir objetivos de médio e longo prazo. Inicialmente, focava-se no controle de recursos financeiros tendo em vista o grande objetivo de conquista de mercados e maximização do lucro.

O planejamento a partir do século XIX nas sociedades ocidentais, assim como a administração, estava relacionado a organização e racionalização das tarefas que deveriam ser realizadas pelos subordinados. A preocupação básica era exclusivamente o trabalho do operário, visando melhorar a eficiência e eficácia do processo produtivo (CHIAVENATTO, 1987). Esta fase é conhecida como taylorismo, na medida em que Frederick W. Taylor, considerado o fundador da administração científica ocidental, pregava o uso do *planejamento* e da ciência (observação e mensuração) para combater a improvisação e o empirismo aplicados na resolução dos problemas das empresas.

Neste aspecto Taylor propunha que a empresa deveria *planejar* o método para executar as tarefas ao invés de deixar o operário escolher sua maneira pessoal de trabalhar. Para incentivar a produção propunha também os incentivos salariais, com base numa concepção de que o homem seria motivado exclusivamente pelo salário.

O taylorismo provocou a simplificação e racionalização das tarefas levando à especialização e parcelamento do trabalho, rompendo com a visão integral do trabalhador que passou a executar tarefas específicas ao longo de um setor de produção. Neste mesmo sentido, facilitou-se o desenvolvimento e padronização de máquinas, equipamentos e materiais utilizados nas diferentes parcelas de trabalho. Surge assim a “Linha de Produção”, na qual cada trabalhador possuía sua tarefa específica, utilizando instrumentos próprios, sendo treinados para as ações peculiares. Articulado, deste modo, saberes, tecnologia e ação especializados.

O taylorismo trouxe ainda a preocupação com o papel do **gerente** que seria responsável pelo planejamento, pela escolha e preparo dos operários, além de desenvolver atividades de controle, levando a um novo parcelamento do trabalho entre gerentes e operários, ou entre os que planejam e os que fazem.

Posteriormente a esta ênfase do taylorismo nas tarefas, emerge o enfoque voltado para a estrutura organizacional, segundo o qual administrar é planejar e organizar a estrutura de órgãos e cargos, com seus respectivos processos de trabalho, que compõem a empresa. Nesta perspectiva localizam-se tanto a teoria clássica de Henri Fayol, quanto a teoria de burocracia de Max Weber e as várias teorias estruturalistas.

A teoria clássica de Fayol predominou nas três primeiras décadas do século XX quando surgiu a escola de relações humanas que buscou combatê-la, enfatizando a democratização e a humanização das organizações, privilegiando os aspectos psicológicos e sociológicos, mas ainda encarava o homem como um instrumento da organização, e deixava encobertos os diferentes interesses em conflito no interior das empresas (o do empresário que queria maximizar seus lucros e do trabalhador que procurava maximizar seu salário).

7

A partir da escola de relações humanas, tendo Elton Mayo e Kurt Kart Lewin como seus principais percussores, instalou-se um debate ainda persistente na teoria da administração e no planejamento, relacionado à predominância de enfoques *estruturais determinísticos* (organização como estrutura) e de enfoques centrados na *ação pessoal voluntarista*.

Com relação especificamente ao planejamento, estas duas visões estariam relacionadas à diferentes modelos de planejamento, o normativo (comandado pela organização) e o *estratégico situacional (centrado na ação dos atores sociais) respectivamente*.

Para Astley e Van de Ven (2005, p. 52-71) as contradições presentes nas teorias da administração representadas pela dualidade entre estrutura e ação humana somente podem ser suplantadas pela práxis, a partir da reconstrução criativa dos arranjos sociais e organizacionais, na medida em que as organizações refletem o todo social, bem como determinados interesses.

As organizações, enfim, não são fenômenos puramente objetivos nem puramente subjetivos. São sistemas objetivos na medida em que exibem estruturas apenas parcialmente modificáveis por ações pessoais, mas são subjetivas na medida em que estas estruturas abrigam indivíduos que *atuam com base em suas próprias percepções e podem agir tanto de forma previsível quanto imprevisível*. As questões e problemas de interesse estão em saber como as formas estruturais e as ações pessoais se inter-relacionam e produzem tensões que estimulam mudanças através do tempo (ASTLEY; VAN DE VEM, 2005, p. 67).

Somente a partir da década de 1960 será formulado e aplicado o método do planejamento estratégico pelas empresas a partir do contexto de incerteza, imprevisibilidade e instabilidade que as pressionava. Ainda neste período foi desenvolvido o modelo Haward de análise estratégica, conhecido como o modelo SWOT (que incorpora a análise de ambiente interno com forças e fraquezas e ambiente externo com oportunidades e ameaças). Com base no pensamento estratégico seriam criadas as primeiras unidades estratégicas de negócios da General Electric (GE) já em 1970 (BRAGA; MONTEIRO, 2005, p. 16).

O planejamento estratégico também se assenta no enfoque militar na medida em que busca conquistar posicionamentos favoráveis à empresa no ambiente externo a partir do reconhecimento de oportunidades e do combate às ameaças, combinando adequadamente seus recursos internos, de acordo com suas forças e fraquezas. Neste aspecto o planejamento estratégico estaria relacionado às pressões decorrentes da conquista de mercados pelas empresas que concorrem cada vez mais por fatias deste mercado.

Segundo o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2019) as sete etapas do planejamento estratégico incluiriam: 1. Declaração de Visão e Missão; 2. Ambiente Externo: Oportunidades e Ameaças; 3. Ambiente Interno: Forças e Fraquezas; 4. Situação atual; 5. Metas e Objetivos; 6. Estratégia; 7. Feedback.

O método parte da declaração da Missão, que definiria o que a organização é, seus propósitos e finalidades e, da Visão, que estabeleceria o futuro da organização, o que ela deseja-ser e onde quer chegar. Inicialmente quando o método foi idealizado, com foco no setor empresarial, as declarações de Missão e Visão estavam muito atreladas às questões econômicas e conquista de mercados. Posteriormente a extensão da sua



utilização, por diferentes setores e organizações, abrem novas formas de definição, de acordo com os ambientes onde estas organizações se situavam.

A partir da Missão e da Visão o método propõe a análise do ambiente interno e ambiente externo da organização, que na realidade originou a criação e uso da matriz SWOT (figura a seguir) e cuja sistematização contou com a contribuição de vários autores preocupados com o planejamento empresarial (SANTOS, 2019).

A análise da matriz SWOT permitiria elaborar um diagnóstico mais elaborado da organização com base nas análises interna e externa e considerando elementos que possam facilitar ou dificultar o seu desenvolvimento estratégico, com relação às demais organizações com as quais compete, no seu ambiente.

O uso desta ferramenta permitiria definir a situação atual da organização e definir as metas e objetivos para alcance da Visão futura e, quais as estratégias para que isso aconteça.

Figura 1 – Modelo da Matriz Swot

## RESULTADOS DA MATRIZ SWOT

|                 |                                    | Análise Interna  |  |
|-----------------|------------------------------------|--|--|
|                 |                                    | S (strengths)<br>Pontos fortes   | W (Weaknesses)<br>Pontos fracos  |
| Análise Externa | O (opportunities)<br>Oportunidades | <b>SO (maxi-maxi)</b><br>Tirar o máximo partido dos pontos fortes para aproveitar ao máximo as oportunidades detectadas. | <b>WO (mini-maxi)</b><br>Desenvolver as estratégias que minimizem os efeitos negativos dos pontos fracos e que em simultâneo aproveitem as oportunidades emergentes. |
|                 | T (Threats)<br>Ameaças             | <b>ST (maxi-mini)</b><br>Tirar o máximo partido dos pontos fortes para minimizar os efeitos das ameaças detectadas.      | <b>WT (mini-mini)</b><br>As estratégias a desenvolver devem minimizar ou ultrapassar os pontos fracos e, tanto quanto possível, fazer face às ameaças.               |

Fonte: SANTOS, V. M. 2019

Embora sua utilização tenha sido marcada pela obtenção de vantagens financeiras e de mercado, num ambiente de competição capitalista, a sua posterior utilização nos setores públicos e sociais, onde predomina a cooperação, a organização de redes de

proteção social, a participação comunitária e, por vezes, a busca de recursos públicos e privados, comprometidos com o desenvolvimento social, mostrou-se como uma ferramenta útil, conquanto que associada a análise de prioridades para alcançar qualidade de vida e desenvolvimento sustentável.

## **2. Teorias de Administração e Planejamento no Setor Saúde, com ênfase no Brasil**

Historicamente, na área da saúde, as questões sobre administração e planejamento sempre estiveram presentes associadas à emergência dos hospitais como instrumentos de cura, sofrendo uma primeira sistematização pelos profissionais de saúde que passam a ocupar esse espaço, especialmente pelo pessoal de enfermagem, a partir do século XIX na Inglaterra, difundindo-se posteriormente aos EUA e, chegando ao Brasil através dos cursos de formação do pessoal de enfermagem, a partir de 1890 (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Em seguida, no mesmo período do taylorismo, surge o “Relatório Flexner, um estudo sobre educação médica nos Estados Unidos e Canadá, escrito por Abraham Flexner em 1910 sob a égide da Fundação Carnegie, para encaminhar propostas sobre a baixa qualidade do ensino médico no período, além da situação caótica das Escolas Médicas. Outro acontecimento determinante, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), relaciona-se ao fato de que

partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Além do fechamento de inúmeras escolas de medicina por falta de condições adequadas e não utilização da metodologia científica, o relatório Flexner propôs: um currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado em laboratórios, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; e, exigência de laboratórios e instalações adequadas. O ciclo clínico deveria ocorrer

fundamentalmente no hospital, pois ali se encontrava o local privilegiado de evolução das clínicas e, para estudar as doenças. Apesar de não propor qualquer forma sistematizada de planejamento e administração, a medicina laboratorial científica e a organização hospitalar traziam no seu bojo a visão por disciplinas, no curso básico, e por especialidades no ciclo hospitalar clínico (FOUCAULT, 1980; SOURNIA, 1995), cada uma com conhecimentos, pessoal, recursos e tecnologias próprios e, organizando-se de um modo particular e, ofertando ações específicas.

Assim, o pessoal de saúde formado neste tipo de organização apreendia, na prática, a forma de organização de serviços de saúde, bem como o papel a ser desempenhado pelos diferentes profissionais, médicos e enfermagem principalmente. Neste sentido, é possível assinalar que a visão de organização de serviços e do trabalho em saúde era muito próximo àquele proposto por Taylor para as empresas.

Cabe, entretanto, apontar que na área hospitalar a preocupação mais específica com a capacitação de pessoal para seu planejamento e administração, pelo menos no continente americano, se inicia em 1933 nos EUA, sendo trazida para o Brasil apenas em 1944, quando serão publicadas as primeiras orientações a respeito, reforçando o enfoque das especialidades médicas e hospitalares (BRASIL, 1944).

11

No setor saúde os problemas administrativos tornaram-se alvo de maiores preocupações na Europa e EUA após a Depressão de 1929 quando a séria crise econômica provocou a emergência de grandes demandas por assistência médica, que neste momento já apresentava tendências a especialização e custos operacionais crescentes.

Essas duas razões... determinaram a urgente aplicação dos princípios administrativos desenvolvidos por Taylor e Fayol no setor saúde, com vistas a uma racionalização no *sistema, aumentando a eficácia e a produtividade*, o que foi realizado principalmente no que se refere à organização interna de unidades ambulatoriais e hospitalares" (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1982).

No Brasil é possível identificar que:

o saber de administração, presente na formação do enfermeiro, sempre procurava conciliar princípios de Administração Científica

(Taylor) e da Teoria Clássica da Administração (Fayol), haja visto que esta última se apresentava como necessária à organização hospitalar no Brasil (FORMIGA; GERMANO, 2005).

A Enfermagem incorpora esses conhecimentos através de dois fatores essenciais: a ampliação do quantitativo dos agentes da Enfermagem (enfermeiro, auxiliar e atendente), que levou os enfermeiros a assumirem o gerenciamento do trabalho nos moldes do processo de divisão social e técnica do trabalho, e a complexificação das organizações hospitalares (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Somente com a emergência da medicina preventiva como um movimento da década de 40 nos EUA, posteriormente difundido para a América Latina na década de 1950, introduz-se a disciplina de Administração e Organização de Serviços de Saúde no currículo médico, possibilitando a publicação de obras clássicas na área (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Na avaliação de Paim e Almeida Filho (1982) os Departamentos de Medicina Preventiva cumpriram um papel essencial na produção destes conhecimentos além de fornecerem recursos humanos capacitados para esta área e propiciarem uma abordagem mais técnica da administração e planejamento em saúde.

Neste momento é evidente a influência de Taylor e Fayol sobre a área, reconhecida pelos próprios autores, inclusive por Almeida Rodrigues responsável pela publicação do primeiro livro de administração sanitária no Brasil: "Fundamentos de Administração Sanitária".

Em meados da década de 1960 surge uma nova influência no campo da saúde que ficou conhecida como o método CENDES / OPAS, elaborado no Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES, 1965) da Universidade Central da Venezuela e com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS - Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde de Washington). O método foi divulgado através da Publicação Científica nº 111 da OPAS, intitulado Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programacion de la Salud, de 1965.

O documento partia da constatação de que 2/3 da população mundial vivia em países subdesenvolvidos traduzindo-se em pobreza, doenças, morte prematura, habitações inadequadas, subalimentação, subemprego, baixa escolaridade e analfabetismo.

Reconhecia que a melhoria desta situação dependia da aplicação de fundos nacionais de recursos que eram escassos nestes países e que havia apenas duas formas de melhorar a qualidade de vida da população: o aumento dos fundos nacionais e a utilização adequada de recursos disponíveis, que deveriam estar associados.

Defendia, entretanto, que tanto o aumento de recursos quanto o seu uso adequado deveria estar orientado por um método de Programação ou Planejamento, cuja aplicação levantava duas questões: o da eleição das técnicas mais adequadas a empregar e a eleição de prioridades. Esta última trazia também duas dificuldades, relacionadas à eleição de prioridades ao longo do tempo e ao atendimento de necessidades em detrimento de outras.

Para embasar o método propunha-se a noção de eficiência dos recursos de modo que um recurso poderia ser considerado eficiente se os benefícios trazidos pela sua aplicação, em determinadas ações, fossem maiores do que a sua aplicação em outras ações. Portanto a eficiência era uma questão de relação entre objetivos esperados e recursos aplicados.

## 13

Neste sentido a definição de objetivos a alcançar constituía-se num dos princípios básico da técnica de Programação e que na área da saúde deveriam ser detalhados de modo adequado, a partir de um minucioso diagnóstico de saúde que mediria os danos à saúde, bem como dos gastos que são realizados para diminuí-los e os resultados alcançados (eficiência dos recursos aplicados).

Para tanto propunha a aplicação dos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Magnitude referia-se ao peso relativo do dano no conjunto de danos, transcendência seria o impacto do dano sobre a comunidade, considerando os diferentes grupos populacionais e, vulnerabilidade estaria relacionada à possibilidade de evitar um dano contando com a tecnologia disponível.

Considerando estes critérios a ordem de prioridades, a serem enfrentadas, resultaria do confronto entre a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade dos danos analisados.

Paralelamente, o método propunha o inventário dos recursos disponíveis, considerando recursos financeiros, materiais e recursos humanos, propondo a utilização de um

conjunto de indicadores para sua análise, bem como para o estudo de necessidades segundo as ações a serem realizadas.

A partir do diagnóstico e do estudo dos recursos indicava a elaboração de planos nacionais e regionais de saúde de forma centralizada, já que os técnicos proponentes do método eram oriundos de países da América Latina cujos serviços de saúde eram majoritariamente públicos.

A crítica principal ao método CENDES / OPAS dirige-se a sua perspectiva de um único caminho a percorrer no planejamento em saúde, indicado pelos critérios de dimensionamento dos danos à saúde, deixando de considerar outros aspectos além da eficiência dos recursos aplicados.

Neste aspecto ele se caracterizaria por um método a ser aplicado nos países subdesenvolvidos para gerenciamento de recursos escassos (TANCREDI; BARRIOS et al., 1998). Apesar disso, a partir da sua implementação foram reforçados e valorizados os processos de vacinação, na medida em que se mostravam de baixo custo e alta eficiência no combate de doenças erradicáveis, além de introduzir a discussão do custo-benefício no setor saúde. Neste aspecto, a organização e o planejamento de combate aos processos coletivos de contaminação e posteriormente de vacinação tornaram-se mais sistematizados. Este aspecto pode ser observado, por exemplo, na organização das vacinações em diversos países e mais atualmente no combate à Covid 19.

Na década de 1970 ganha importância o debate acerca da oferta de serviços de saúde para atendimento da crescente demanda populacional, num contexto em que os modelos de seguridade social e de seguro saúde são concretizados, passando a exigir definições quanto ao seu financiamento e à participação do estado, bem como a formulação de políticas e planos globais de organização de serviços, investimentos e aumento de capacidade instalada, buscando atingir determinada cobertura.

Nesta ocasião, a III Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972 no Chile, elabora o Plano Decenal da Saúde para as Américas, recomendando a formulação de Programas de Extensão de Cobertura (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1982). No novo contexto ocorrem pressões para mudar as práticas de planejamento requerendo o conhecimento sobre o processo político e decisório em saúde, bem como a

modernização das estruturas administrativa das instituições, levando a criação de autarquias e fundações. Além disso, a aplicação da teoria dos sistemas ao setor saúde possibilita a descoberta de relações entre o subsistema da saúde e o sistema social.

Estas relações recentemente ficaram claras para todos com a eclosão da Pandemia da Covid 19, a busca de tratamento e desenvolvimento de vacinas, as interferências políticas e sociais dos governantes, os reflexos para os setores econômicos e, a importância de um sistema de saúde bem organizado

Para esses novos desafios, o método CENDES / OPAS (1975) mostra-se limitado, sendo desenvolvido um novo método pelo Centro Latino Americano do Chile, o método de Formulação de Políticas de Saúde (OPAS; CPPS, 1975), que passa a reconhecer a planificação como um instrumento da política social do Estado entendendo-a, ainda, como processo de tomada de decisões.

O novo método propõe, como primeira etapa, a elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e da estrutura de serviços de saúde, passando a formular os objetivos que se pretendem alcançar através de análise em três níveis. Num primeiro nível, denominado técnico - operacional, busca-se avaliar propostas e soluções preliminares e a indicação de prioridades.

Posteriormente, no segundo nível, denominado técnico - administrativo, ocorre a análise de factibilidade (ou viabilidade diante dos recursos disponíveis) e de coerência (tendo como referência os âmbitos setoriais e intersetoriais) e, no terceiro nível, político, propõe-se a análise estratégica levando em conta o conflito de interesses dos atores, possibilitando a emergência de novos problemas e prioridades não detectados nos níveis anteriores.

Deste processo emergiriam políticas lógicas, factíveis, viáveis e coerentes que possibilitassem o alcance de situações desejáveis, através da vontade política.

Tanto o método CENDES / OPAS quanto o de Formulação de Políticas de Saúde não foram aplicados no Brasil, na medida em que até meados da década de 1970 não havia nem preocupação nem cultura de planejamento em saúde nos órgãos governamentais. Este quadro somente será modificado a partir da crise econômica e do modelo da assistência médica previdenciária, na década de 1980.

Com a crise econômica e da saúde brasileira, neste período, emergem pelo menos três alternativas. Uma conservadora que defendia a manutenção do modelo assistencial caracterizado pela compra de serviços de saúde do setor privado para atenção aos previdenciários e serviços de saúde complementares voltados às populações pobres, convivendo com serviços privados e financiamento público aos setores empresariais hospitalares.

Outra alternativa, mais modernizante, defendia que o estado não deveria prestar assistência aos trabalhadores formais, pois a medicina de grupo, os serviços corporativos e o seguro saúde deveriam competir livremente no mercado por esta clientela.

A terceira alternativa, racionalizadora, caracterizava-se pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do estado e propunha a recuperação da rede pública de saúde, a unificação dos órgãos dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a revisão das bases financeiras, o controle social e a subordinação do setor privado ao público.

Esta terceira vertente, buscou alianças com movimentos de renovação da categoria médica, com setores acadêmicos de Saúde Pública, com os Departamentos de Medicina Social e Preventiva das escolas médicas, com os setores da sociedade civil organizada e com alguns grupos partidários, sendo responsável pelo desenvolvimento de um pensamento estratégico em saúde que encontrou em Mário Testa um de seus principais formuladores.

Mário Testa já havia participado do grupo responsável pela elaboração das propostas da CENDES / OPAS e da Formulação de Políticas de Saúde, tendo também acompanhado e avaliado seus limites e dificuldades de implementação.

Este autor recusava o termo planejamento e defendia o uso de "pensamento estratégico". Na sua concepção existiria um único objetivo possível que seria a acumulação de poder que possibilitasse a implementação de propostas pelo autor do planejamento. Neste aspecto a importância principal não é estabelecer pontos de chegada, mas sim definir pontos de partida e processos.



Entretanto, quando formula estas idéias Mário Testa está trabalhando por fora das Instituições e está preocupado com a mudança cultural que possibilite o acúmulo de poder pela comunidade, neste aspecto aproxima-se de Berlinguer.

Mesmo assim, as contribuições do autor estão relacionadas a questão do poder que é analisada sob dois aspectos, o exercício do poder e a tipologia do poder. Quanto ao primeiro elemento, relaciona os mecanismos de dominação pessoal com a reprodução de mecanismos de dominação de classe no interior das instituições. Ou seja, os atores que defendem certos interesses nas instituições o fazem como representantes de determinadas classes sociais e, acrescentando, grupos de interesse.

Na tipologia do poder reconhece o poder técnico relacionado à capacidade de gerar e obter informações, o poder administrativo como capacidade de conseguir e alocar recursos e, o poder político como capacidade de mobilizar grupos sociais. Propõe ainda que o diagnóstico de saúde deve focar três âmbitos (RIVERA; TESTA, 1989), o primeiro, administrativo, que seria o diagnóstico clássico epidemiológico e dos serviços de saúde. O segundo âmbito seria o diagnóstico estratégico que busca entender como está conformado o poder no setor saúde e quais são as mudanças necessárias.

17

No terceiro aspecto, ideológico, propõe identificar grupos e atores sociais que possuem determinado entendimento da saúde. Neste âmbito reconhece três tipos de consciência sanitária: a biológica, dominante e com ações voltadas a assistência individual e centrada na atenção médica; a ecológica com ações voltadas a interação do indivíduo com o meio (vigilância epidemiológica e sanitária) e, a consciência social centrada nos problemas coletivos de saúde, configurando-se como uma prática dominada.

Tendo em vista o objetivo de acumulação de poder, as propostas programáticas devem buscar este acúmulo, através da implementação de práticas democráticas, solidárias e colaborativas entre os atores do setor que se identificam com os mesmos propósitos.

Após 1970 Carlos Matus formula nova proposta de planejamento (RIVERA; TESTA, MATUS, 1989), a partir de sua saída do Governo de Allende, quando repensou criticamente o que vinha sendo realizado no governo e quais as razões de seu insucesso.

Uma questão fundamental para Matus é definir quem é o autor do planejamento, bem como sua governabilidade no sentido de avaliar quais são as condições que permitam que este ator realmente elabore um plano viável e, consiga colocá-lo em prática.

Assim, considera o conhecimento sobre a situação atual, a possibilidade de conseguir recursos e o nível de organização do grupo que planeja como os principais pontos para conferir-lhe governabilidade, mudanças situacionais e o alcance de novas posições. Na realidade para Matus a forma de mudança situacional ocorre quando o grupo que planeja consegue implementar planos e ações por um determinado tempo, que consiga produzir novas situações, ou mudanças, em direção aos objetivos que pretende.

Seu método é organizado por momentos, no entanto, antes de iniciar o planejamento o grupo deve se alimentar de informações que possibilitem conhecer a situação inicial em profundidade, o que deve ocorrer através da observação da realidade e da busca e análise de informações, que pode ocorrer tanto pela busca de dados e informações, quanto pela apreciação de depoimentos de atores sociais chaves.

Inicialmente, o Momento Explicativo utiliza propostas alternativas de diagnóstico, através da ideia de conhecer em profundidade a situação atual em que se encontra o setor, buscando convergir com a visão de diversos atores que ocupam diferentes posições e possuem olhares variados, enriquecendo o levantamento dos problemas e suas causas, além de comprometê-los com a futura execução do plano. Neste método diagnóstico, realizado através de oficinas coletivas, busca-se também conhecer os problemas que impedem o alcance de mudanças, bem como suas causas e consequências.

No Momento Normativo são eleitos, a partir do diagnóstico, os nós críticos, que seriam elementos que ao serem desfeitos conseguiriam modificar vários problemas na direção da situação ideal. Ao eleger os nós críticos é preciso considerar o que está no âmbito de ação do grupo, para que se efetivem atos concretos. Ou seja, não adiantaria eleger nós críticos na medida em que o grupo não possui nenhuma condição de ação, ou governabilidade sobre os mesmos, o que deve ser avaliado a todo o momento.

Posteriormente, os nós críticos eleitos são alvo de projetos de ações do grupo que elabora o plano, definindo responsáveis, ações a serem realizadas, resultados a obter, prazos e recursos necessários.

Além de definir esses momentos, na busca das principais questões a serem enfrentadas, propõem o Momento Estratégico onde será realizada a análise de viabilidade política (forças políticas em jogo contra e a favor), econômica (acesso e disponibilidade de recursos) e técnica (conhecimento técnico já detido ou a ser buscado) dos planos e ações, para permitir a elaboração de estratégias e ações mais adequadas e operacionais, evitando a construção de planos inviáveis, que nunca se realizam. As questões de viabilidade levantadas constituem-se em novos projetos a serem executados para fortalecimento da governabilidade do grupo de planejamento.

Propõe-se a partir daí a realização do Momento Tático Operacional no qual as ações definidas devem ser acompanhadas e monitoradas, com ajustes permanentes ao longo do tempo, já que a situação é mutante, assim como a ação e o posicionamento dos atores envolvidos. Na realidade para Matus na medida em que se age a própria situação se modifica requerendo uma análise constante e acertos de trajetórias.

## 19

Nesta metodologia além de envolver o grupo, responsável por um setor, na elaboração do plano propõe que seus membros sejam incluídos na execução dos projetos e ações, de modo que a análise da situação seja aperfeiçoada e os planos e ações melhor adequados e realizados. Assim, o plano não é imutável, mas dinâmico e deve ser aperfeiçoado ao longo da sua execução, mesmo porque os apoios políticos, o acesso aos recursos e os conhecimentos necessários evoluem e se modificam ao longo do tempo, ou em diferentes conjunturas. Além disso, a própria ação do grupo que planeja resultaria em maior governabilidade sobre a situação, o ganho de posições, recursos e conhecimentos.

O método de Carlos Matus foi amplamente utilizado, pelo menos na América Latina, incluindo o Brasil, a partir do treinamento de inúmeros grupos na metodologia, sendo utilizado com frequência na área da saúde nos diferentes níveis governamentais (CAMPOS, 2003).

No Brasil este movimento do Planejamento Situacional de Matus ocorre no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da publicação de sua Lei Orgânica em 1990, que incluía o planejamento ascendente, a elaboração de Planos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, além da constituição do controle social, através dos Conselhos de Saúde dos três níveis governamentais, e, da participação popular por meio das Conferências de Saúde.

### **3. O Planejamento no âmbito do SUS**

Apesar deste contexto de evolução do planejamento organizacional e do planejamento em saúde em âmbito mais geral das sociedades ocidentais e do Brasil, a incorporação desta atividade ocorre, desde o início, no arcabouço jurídico do SUS, a partir de 1990, com as propostas de planejamento ascendente, entre os três níveis governamentais, a elaboração de planejamento estratégico pelos respectivos governos e a edição de normas e orientações para sua realização.

Na Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a elaboração e atualização periódica de plano de saúde e, a preparação de proposta orçamentária em conformidade com o plano são consideradas atribuições comuns dos três níveis governamentais (BRASIL, 1990). O Título V, Capítulo III desta lei, indica diretrizes para o Planejamento e Orçamento no SUS:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990).

Na sequência, a Lei Nº 8.142 de 22 de dezembro de 1990, além de dispor da participação da comunidade no âmbito do SUS, através de Conferências e Conselhos de Saúde no respectivo nível governamental, condiciona o recebimento de recursos federais por

Estados e Município ao estabelecimento do Fundo de Saúde, do Plano de Saúde Plurianual, da Programação e Orçamento Anual da Saúde e do Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 1990), cujas diretrizes operacionais passam a ser publicadas pela NOB SUS Nº 01/1991.

Entretanto orientações mais detalhadas sobre o planejamento são publicadas na NOB SUS de 1992. Dedicando um item do documento, estabelece que o Plano de Saúde deve ser *“desenvolvido através de uma metodologia participativa com a projeção de ações a serem executadas e a racionalização dos processos técnicos-administrativos, necessários à execução dessas ações”* (BRASIL, 1992).

Reafirma ainda o planejamento como um processo permanente e de responsabilidades dos três níveis governamentais e, como base para acompanhamento, avaliação, controle e a gerência da saúde. Além disso, propõe que o conceito abrangente de saúde, inscrito na constituição, deve nortear a mudança dos serviços com a incorporação progressiva das ações de promoção, proteção e recuperação, compondo a integralidade das ações.

## 21

Em termos metodológicos indica a elaboração de diagnóstico através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis.

A seguir são definidos os objetivos e metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas (é importante identificar, nessa fase, os possíveis entraves políticos, técnicos, administrativos e financeiros para a consecução de cada atividade e do plano de ação como um todo)” (BRASIL, 1992, p.13).

Posteriormente, seriam estabelecidos os recursos necessários e as fontes de financiamento para cada atividade e, a organização de um cronograma de execução.

Neste aspecto, o documento assume uma perspectiva de planejamento estratégico para o setor mais próximo do modelo de Carlos Matus.

A partir destas diretrizes e orientações iniciais, os Planos de Saúde passam a constar como exigências nas diversas fases de implantação do SUS. Entretanto, a implantação do sistema não encontrou uma cultura de planejamento já difundida, a não ser nos aspectos financeiros e de necessidades de recurso de infraestrutura física, insumos,

tecnologia e recursos humanos, herdados dos setores hospitalares tradicionais, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e das ações campanhistas e programáticas da saúde pública realizadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais.

Assim, num primeiro movimento de unificação federal e implantação do SUS continuaram presentes métodos e instrumentos utilizados pelo INAMPS e pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), na medida em que seus serviços iam sendo estadualizados e municipalizados, baseados em produções e faturamentos financeiros, já que a sistemática de descentralização de recursos do nível federal aos demais níveis eram calculados sobre capacidade instalada e produção de procedimentos (FELICIELLO et al., 2016).

Posteriormente, a publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS, (BRASIL, 1993), estabelece como seu objetivo mais importante:

“... a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (BRASIL, 1993).

Tendo como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS, passa a entender a descentralização como *“um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social”* (BRASIL, 1993).

Para tanto estabelece Comissões Intergestores em nível federal (tripartite) e estadual (bipartite) com a finalidade de assistir os respectivos gestores na elaboração de propostas de implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder dos Conselhos de Saúde.

As Comissões passaram a se responsabilizar pela operacionalização de todos os aspectos atinentes à regionalização incluindo: as propostas de estados e municípios no que se

refere às condições de gestão do SUS, criadas pela NOB SUS 93; apreciar anualmente o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão atualizados pelos respectivos gestores; bem como, avaliar a contrapartida de recursos aplicados pelos gestores para o SUS.

Em julho de 1993 o INAMPS será extinto e suas responsabilidades integradas ao Ministério da Saúde, mas incorporando uma série de instrumentos e sistemas utilizados por aquele órgão (FELICIELLO et al., 2016). Com esta NOB possibilitou-se um importante impulso na municipalização do SUS mas, em contrapartida, o papel das SES foi pouco desenvolvido levando a constituição de uma municipalização autárquica, com baixa integração entre os municípios e, destes com o gestor estadual, impossibilitando a assistência integral à saúde, que era o objetivo principal da NOB SUS 93.

Posteriormente, Decreto de 1994 estabelece no seu Artigo 2º as formas de repasse fundo a fundo, condiciona a transferência à existência de fundo e à apresentação de plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, no qual deve constar a contrapartida dos gestores. Nos demais parágrafos do artigo institui que o (os) (BRASIL, 1994):

- Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas para aprovação dos planos municipais;
- Planos de Saúde Municipais serão consolidados na esfera regional e estadual; e que as transferências de recursos fundo a fundo fica condicionada a indicação da CIB da relação dos municípios que cumprem as exigências legais e que participem dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados pela CIB;
- Plano de Saúde deve discriminar o percentual destinado pelo Estado e Município, nos respectivos orçamentos.

Em termos de planejamento, os Planos Municipais de Saúde foram pouco incorporados aos Planos Estaduais de Saúde, uma vez que os processos para sua elaboração eram totalmente isolados e autônomos, com equipes técnicas pouco integradas. A sua aprovação pelo gestor Estadual e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) era extremamente burocrática, não sendo organizado qualquer processo de monitoramento e avaliação.

Outra questão refere-se ao fato de que os projetos e propostas dos Planos de Saúde guardavam baixa relação com os diagnósticos de saúde elaborados, respondendo principalmente às parcelas de recursos disponibilizados pelo nível federal, que ainda conservavam estrita afinidade com a antiga dinâmica e finalidades do INAMPS e Ministério da Saúde.

A Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.203, de 6 de novembro de 1996 edita Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, que tem por finalidade primordial:

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 municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. (BRASIL, 1996).

Com a NOB - SUS 1996 “*ocorre um grande impulso à Municipalização do sistema, criando formas diferenciadas de gestão e financiamento e propondo a implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), como instrumento intergestores de gestão da assistência*” (FELICIELLO, et al., 2016).

A PPI incluiria as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo-se num instrumento essencial de planejamento e reorganização do modelo de atenção integral e da gestão do SUS e em âmbito regional, além da alocação dos recursos e da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

Na realidade, a PPI regional deveria ser resultante da aglutinação da PPI de cada município, que por sua vez deveria desdobrar sua PPI entre seus prestadores públicos e privados, de modo que este instrumento refletisse realmente o pacto regional e, orientasse a partilha adequada dos recursos federais do SUS.

Quanto aos recursos de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, seu cálculo seria resultante da elaboração da PPI regional e das responsabilidades assumidas



pelos municípios e pelas SES, repassados a partir de cálculos sobre o histórico de produtividade.

Por outro lado, os recursos para a Atenção Básica e Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária foram profundamente modificados.

Com esta NOB modificam-se algumas das formas de repasse de recursos, fundo a fundo, do ente federal para os gestores estaduais e municipais com a criação de parcelas específicas, como o Piso da Atenção Básica (PAB), calculado com base em parâmetros populacionais e, o pagamento de incentivos específicos. (BRASIL, 1996).

Os incentivos referem-se ao financiamento dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, enquanto que o custeio da Vigilância Sanitária passa a ser realizado pelo Piso Básico de Vigilância Sanitária a partir de um valor per capita nacional, além de um índice de Valorização do Impacto da Vigilância sanitária e, a remuneração por serviços prestados de média e alta complexidade.

25

Por sua vez, a Vigilância Epidemiológica passa a contar com Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), cujo rateio por Estado é de responsabilidade da CIT (BRASIL, 1996).

Na realidade, os repasses dos recursos federais passam a ser realizados em três formatos: automático fundo a fundo, no caso dos Pisos Per Capita; remuneração por serviços prestados no caso da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e, por convênio no caso da Vigilância epidemiológica.

O recebimento destas várias fatias de recursos dependeria das novas formas de gestão, definidas pela NOB SUS 96, para Estados e Municípios, com suas respectivas responsabilidades, requisitos e prerrogativas. Os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão e a participação na elaboração da PPI fazem parte destas exigências.

De qualquer modo, o planejamento em saúde tornava-se mais complexo na medida em que novos instrumentos de planejamento regional (PPI) e por setores assistenciais (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade e Vigilância Sanitária e

Epidemiológica) são definidos e implementados, além do Plano Municipal e Estadual de Saúde, com o estabelecimento de novas instâncias de pactuação Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT).

A partir da NOB SUS 96 e com o grande impulso à municipalização e estadualização do sistema, seus novos instrumentos de planejamento e de integração regional foram implementados de forma burocrática, não se refletindo na integração regional do SUS e nem entre Estados e Municípios, impedindo mais uma vez a atenção integral. Além disso,

“... as formas de gestão instituídas pela NOB 96 não possibilitaram a qualificação e a efetividade da atenção básica daqueles municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, e nem asseguraram o papel de referência regional dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal” (FELICIELLO et al., 2016).

Estas fragilidades, amplamente discutidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Ministério da Saúde acabaram originando a Norma Operacional da Assistência à Saúde no SUS em 2001 / 2002 (MS, NOAS 01 / 2002), que pretendeu estabelecer;

Processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de maior equidade de acesso. Assim, buscou implantar processos e instrumentos de suporte à organização de Regiões de Saúde, bem como propiciar o estabelecimento de compromissos intergestores para garantia de acesso a todos os níveis de serviços. (BRASIL, 2002).

Assim, define o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como responsabilidade do gestor Estadual a ser realizado em conjunto com os gestores municipais, se constituindo num instrumento de organização do território estadual em Macro e Microrregiões e, Módulos Assistenciais mínimos - formados por um conjunto de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e, contando com um município sede ou polo em Gestão Plena do Sistema, como referência aos demais.

Estabelece também o Plano Diretor de Investimento (PDI) para atender as “*prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos*” (BRASIL, 2002).

Para esta organização regional retoma a PPI como um importante instrumento de gestão e, define as responsabilidades dos gestores quanto à garantia de acesso aos serviços de alta concentração territorial, com o estabelecimento de Termos de Compromisso Intergestores e sistemas adequados de referência intra e inter-regionais, através de Centrais de Regulação do Acesso. Define ainda o Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2002).

Ou seja, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) também propõe novas atividades de planejamento, especialmente de integração entre gestores municipais e estaduais, em âmbito regional. Assim, os Planos de Saúde Municipal e Estadual devem refletir o PDR o PDI e a PPI.

Estes novos instrumentos e ferramentas demandam novas atividades de planejamento e programação de serviços de saúde, de modo a possibilitar a contratualização e oferta de ações para atendimento integral de necessidades médico sanitárias em âmbito regional.

Entretanto a NOAS não se viabilizou, por diversas razões (FELICIELLO et al., 2016), e até o final de 2003 nenhuma região havia sido homologada pelas CIB e CIT, indicando a grande fragilidade de integração entre gestores Estaduais e Municipais e, a ausência de ações mais efetivas do gestor Federal.

A partir de 2004 o Ministério da Saúde organiza oficina sobre a Agenda do Pacto de Gestão para iniciar a discussão das questões sobre o processo de gestão do SUS, culminando com a proposta do Pacto pela Saúde após dois anos (MACHADO, 2009). Em 2005 o MS irá publicar “Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos”, uma versão preliminar segundo o qual

O Pacto deverá atingir metas sanitárias consensadas e, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em

diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2005).

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) é composto por três componentes articulados e integrados:

- 1) **Pacto pela Vida**, que prioriza os compromissos com o enfrentamento dos principais agravos enfatizando a promoção da saúde e, consolidar e qualificar a Atenção Básica;
- 2) **Pacto em Defesa do SUS**, realçando os compromissos de divulgar a saúde como direito e o SUS como garantidor deste direito, além de buscar a regulamentação da EC 29;
- 3) **Pacto de Gestão do SUS** priorizando a definição clara de responsabilidades dos gestores do SUS para superar o atual processo de habilitação e, fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS, bem como estabelecer diretrizes para gestão do SUS em todos os seus aspectos, incluindo Descentralização; Regionalização; Financiamento; **Planejamento**; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O Planejamento é abordado em vários momentos do Pacto pela Saúde e especificamente num item (BRASIL, 2006, p.21), sendo focado tanto o planejamento regional quanto o municipal.

Enquanto Planejamento Regional enfatiza a utilização das ferramentas PDR , PDI, PPI , além dos Termos de Compromisso Intergestores, à semelhança da NOAS. Ainda com relação ao âmbito regional cria-se o Colegiado de Gestão Regional (CGR), formado pelos gestores municipais que compõem a região de saúde e representantes do gestor estadual, que deve:

Instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local. (BRASIL, 2006).

Além disso, o planejamento regional deverá:

*Expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. (BRASIL, 2006).*

Portanto o planejamento deve se constituir numa atividade a ser realizada através da integração dos gestores no território da região, com o objetivo de formular e promover o desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento, assim como a integração entre os gestores, incluindo:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação;
- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento;
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados;
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo;
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS;
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados. (BRASIL, 2006)

Além disso, propõe que a PPI deve ser planejada e definida integradamente com o planejamento regional, devendo refletir as prioridades definidas nos planos de cada gestor, assim como os pactos de referência entre os gestores, definindo a parcela de recursos a serem destinados à população própria e referenciada (BRASIL, 2006).

Finalmente em 01/12/2006 é editada Portaria do MS (BRASIL, 2006), que Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, com o objetivo de:

I - Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

II - Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

III - Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

IV - Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

V - Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;

VI - Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Propõe ainda a definição dos Instrumentos Básicos deste sistema e a criação de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única, instituído pela Portaria Nº- 376, de 16/01/2007 (BRASIL, 2007).

Ainda em 2006 edita-se a Portaria Nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006 aprovando orientações gerais relativas aos Instrumentos Básicos do Sistema de Planejamento do SUS. A portaria indica o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de

Saúde e o Relatório de Gestão como os instrumentos básicos (Quadro a seguir), estabelecendo ainda que esses “instrumentos básicos devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão” (BRASIL, 2006).

**Quadro 1 - Dos Instrumentos Básicos de Planejamento do SUS**

| Instrumentos           | Plano de Saúde   | Programação Anual  | Relatório de Gestão  |
|------------------------|--|--|--|
| <b>Definição</b>       | Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS   | Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS  | Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários   |
| <b>Características</b> | <p>Apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.</p> <p>Instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.</p> | <p>A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.</p> <p>O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.</p> | <p>Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.</p> <p>Deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde</p> <p>Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.</p> <p>Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.</p> <p>Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.</p> <p>Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de</p> |

| <b>Instrumentos</b> | <b>Plano de Saúde</b>   | <b>Programação Anual</b>  | <b>Relatório de Gestão</b>   |
|---------------------|---|---|--|
|                     |   |   | Saúde, findo o seu período de vigência.  |
| <b>Conteúdos</b>    | <p>Deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;</p> <p>Deve conter todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;</p>   | <p>I - A definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;</p> <p>II - O estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;</p> <p>III - A identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e</p> <p>IV - A definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.</p> | <p>I - Resultado da apuração dos indicadores;</p> <p>II - Análise da execução da programação (física e orçamentária/ financeira); e</p> <p>III - Recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).</p> |
| <b>Elaboração</b>   | <p>A elaboração do Plano de Saúde pelos respectivos Gestores, compreende dois momentos, a saber:</p> <p>I - O da análise situacional; e</p> <p>II - O da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.</p> <p>A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:</p> <p>I - Condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;</p> <p>II - Determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersectorialidade; e</p> <p>III - gestão em saúde.</p> | <p>De forma integrada por Gestores Estaduais e Municipais</p>   | <p>Pelos respectivos Gestores Estaduais e Municipais</p>   |
| <b>Aprovação</b>    | <p>Conselhos de Saúde e CIB</p>   | <p>CIR e CIB</p>  | <p>Deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.</p>   |

Fonte: Elaboração PESS NEPP UNICAMP a partir das indicações na Portaria MS / GM Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006



A partir de 2006 e nos anos seguintes até 2008, a Coordenação Geral de Planejamento, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, da Secretaria-Executiva editou a Série e Cadernos do Planejamento, em número de 06 volumes neste período (BRASIL, 2007 a 2009).

Entretanto, no que se refere ao período de implantação do Pacto pela Saúde até 2011, vários observadores e pesquisadores, apesar de considerarem que o Pacto iniciava uma nova perspectiva para a regionalização da saúde, apontam que assim como na NOAS, o Pacto não levou a *“uma definição clara dos rumos a serem tomados para a construção de uma política regional, que subentende articulação com outros setores e um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bem como da situação socioeconômica de uma realidade”* (GADELHA, apud ALBUQUERQUE, 2008).

Indicavam também que *“os instrumentos normativos propostos pela saúde para a construção da regionalização estão estritamente voltados à organização da assistência à saúde com uma baixa articulação com os demais setores do Estado. Ou seja, há um insulamento da proposta de regionalização da saúde”* (GADELHA, apud ALBUQUERQUE, 2008).

Em 2009 o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou auditoria operacional

Que teve por tema a regulação assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (...). As conclusões da fiscalização (...) tratam, respectivamente, dos seguintes assuntos: Programação Pactuada e Integrada (PPI); contratação de prestadores de serviço para o SUS; implantação dos Complexos Reguladores; operacionalização dos Complexos Reguladores; e fluxo de informações da regulação. A auditoria focou as internações hospitalares de média e alta complexidade, no segundo semestre de 2009 (BRASIL, 2011).

O TCU indicou como conclusões da auditoria (Brasil, 2011 apud FELICIELLO, 2016):

A) a PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação com ausência de atualização e deficiência de seu monitoramento;

- B) existem deficiências no planejamento da contratação dos prestadores de serviços de acompanhamento e fiscalização dos contratos;
- C) ocorre baixa eficácia na implantação dos Complexos Reguladores, com descumprimento das metas assumidas nos Termos de Compromissos de Gestão;
- D) observam-se deficiências na regulação das internações hospitalares, com desconhecimento da capacidade ofertada pelos prestadores dificultando o redirecionamento da clientela;
- E) as centrais dependem das informações dos prestadores que indicam as vagas existentes;
- F) não há instrumentalização plena por protocolos operacionais para padronização de procedimentos que minimizem as interferências de caráter pessoal;
- G) não existe integração entre centrais de regulação das SES e das SMS;
- H) as informações sobre o funcionamento da regulação, tanto para usuários como para profissionais de saúde é deficitária;
- I) a informatização dos complexos reguladores e o uso de sistemas são deficitários;
- J) permanecem fragilidades no projeto de implantação do Cartão SUS.

A partir da auditoria o TCU (2009) encaminha um conjunto de recomendações ao Ministério da Saúde, resumidas a seguir (BRASIL, 2011):

- 1) determinação para que num prazo de 90 dias encaminhe plano contendo metas e cronograma de implantação do **Cartão SUS**;
- 2) recomendação para criar mecanismos que fomentem a instalação e funcionamento dos **Colegiados de Gestão Regional**;
- 3) determinação para que defina estratégia, em conjunto com o Departamento de Auditoria do SUS, de **fiscalização a formalização de contratos com os prestadores de serviços**;
- 4) recomendação para adotar medidas de **fomento à elaboração, atualização, monitoramento e publicação da PPI pelos gestores**;
- 5) recomendação para expedir orientações técnicas para **auxiliar estados e municípios na elaboração de estudo sobre necessidades de serviços para subsidiar a PPI**;
- 6) recomendação para **fixar o prazo final para aplicação dos recursos destinados à implantação dos Complexos Reguladores**;

7) estabelecer a obrigatoriedade de os estados e seus municípios elaborarem a **grade dos estabelecimentos hospitalares, com informações sobre capacidade de atendimento, quantidade de internações de cada estabelecimento e os fluxos de referência.**

Avaliações do CONASS, segundo nota técnica emitida em 2015 (BRASIL, 2015), indicavam que este conjunto de recomendações foram atendidas apenas em 25%. Além disso vários estudiosos, o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde reconheciam as fragilidades na implantação do Pacto pela Saúde (FELICIELLO et al. 2016) e, especialmente no Estado de São Paulo (FELICIELLO et al., 2016).

Neste quadro, o governo edita o Decreto Nº 7.508 em 28/06/2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), aprovado após discussões e reuniões com o CONASS e CONASEMS, o qual, além de incorporar à legislação do SUS questões relacionadas a regionalização e a organização de Redes de Atenção à Saúde, institui como inovação o Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde (COAP), que pretende se constituir em

## 35

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, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O COAP surge a partir das dificuldades apresentadas pelos gestores da saúde, no âmbito do Pacto pela Saúde, no estabelecimento e cumprimento de responsabilidades intergestores, necessárias para organização da Regiões de Saúde e de Redes de Atenção à Saúde, configurando-se como

Instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada Região de Saúde (incluindo a PPI), retratando a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e, expressando a programação geral de ações e serviços de saúde para a região, além de definir a alocação de recursos das três esferas de Governo. Ou seja,

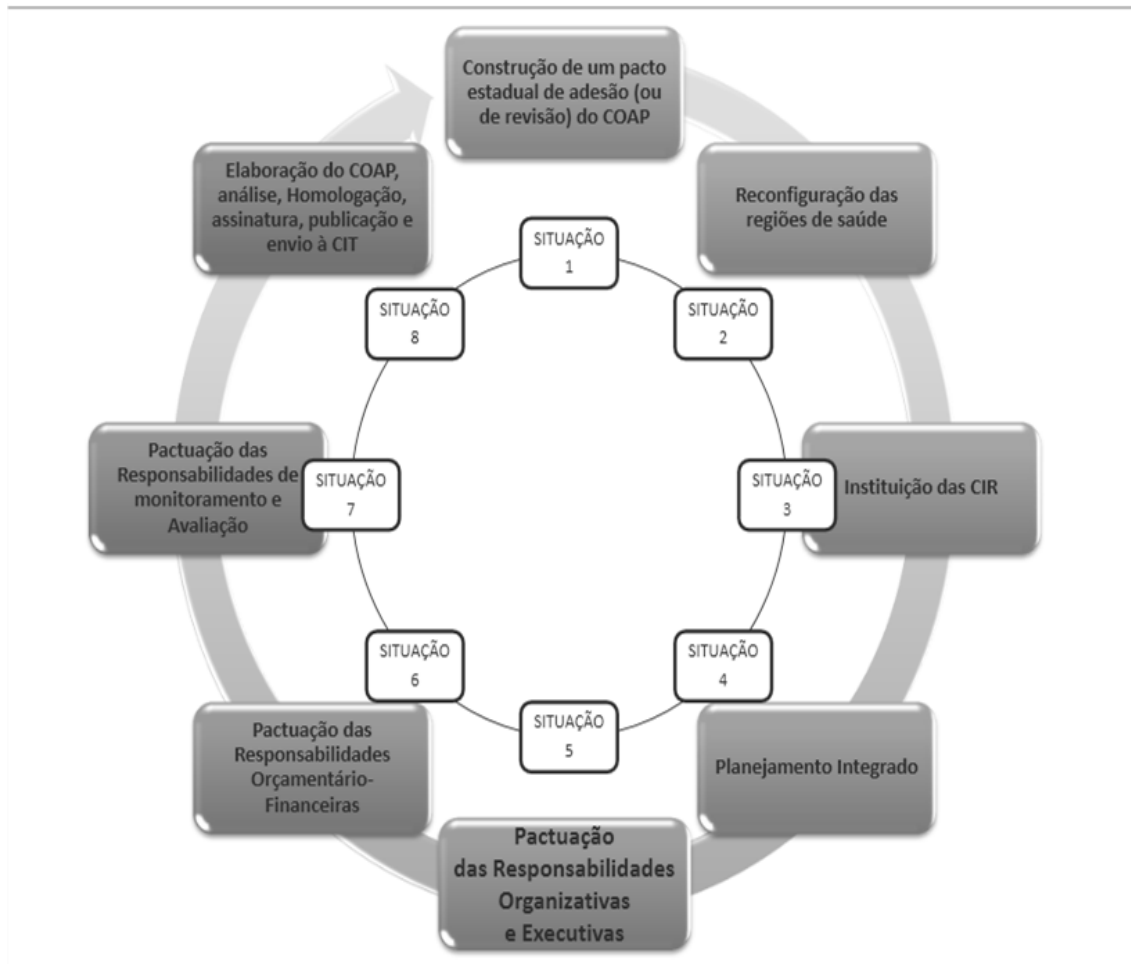
busca conferir um fundamento jurídico legal aos compromissos assumidos que possam ser efetivamente cobrados pelos gestores do SUS, no âmbito da regionalização (FELICIELLO et al., 2016).

Sua elaboração seria realizada pelos entes federativos em cada Região de Saúde, expressando os consensos desses entes na CIT, CIB e CIR, e resultando da integração dos planos de saúde dos entes signatários, em consonância com o planejamento regional integrado. Neste sentido, buscava-se a integração do planejamento entre os entes federados em âmbito da Região de Saúde. O Planejamento Regional Integrado deve ocorrer na Região de Saúde, partindo do

“... reconhecimento da região como o território para a identificação das necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico, socioeconômico; a articulação e coordenação interfederativa; a organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção; e a alocação dos recursos de custeio e investimentos” (BRASIL, 2014).

(OVERNEY; RIBEIRO et al., 2017), buscou avaliar detalhadamente o ciclo de produção do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde), tendo em vista que até 2014 apenas três estados da federação, Ceará, Alagoas e Mato Grosso, haviam elaborado seus COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde), segundo informações do site do próprio Ministério da Saúde (ABDALLAH, 2014). Assim o estudo parte da definição do ciclo de planejamento e implementação do COAP (figura e quadro a seguir), elaborados após o estudo da legislação e orientações do Ministério da Saúde, buscando avaliar como avançaram as Unidades Federadas nos diferentes momentos.

Figura 2 – Ciclo de Planejamento e Implantação do COAP



Fonte: ABDALLAH, Paloma. Articulação Interfederativa: Processo de implantação do COAP em três Estados é apresentado em seminário. Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

Quadro 2 – Momentos e Variáveis envolvidas no Planejamento e Implantação do COAP

| Momentos  | Variável                                |   | Descrição da variável  |
|---|---|---|--|
| Construção de um pacto estadual do COAP                 | Formalização do GC do COAP              | 1   | Há um grupo condutor instituído por meio de instrumento formal e legal   |
|   | Funcionamento do GC do COAP             | 2   | O grupo condutor possui reuniões periódicas  |
|   | Reuniões Regionais do COAP              | 3   | Houve reuniões de apresentação e discussão do COAP nas regiões de saúde  |
|   | Oficialização do COAP junto à SGEF      | 4   | A SES realizou reunião formal e/ou apresentou documento ao Secretário da SGEF manifestando a intenção de assinar o COAP    |
|   | Pactuação do COAP na CIB                | 5   | Houve debates oficiais sobre a agenda estadual de implementação do COAP na CIB   |
| Reconfiguração das Regiões de Saúde                     | Reconfiguração das Regiões de Saúde     | 6   | A SES conduziu um processo de avaliação e de aperfeiçoamento do desenho das regiões de saúde                               |
| Instituição das CIR                                     | Regimento Interno das CIR               | 7   | Existência de regimentos internos para as CIR  |
|   | Estrutura das CIR                       | 8   | Existência de secretarias executivas e câmaras técnicas/grupos de trabalho nas CIR   |
| Planejamento Integrado                                  | Mapa da Saúde                           | 9   | Realização de discussões sobre o mapa da saúde na CIB  |
|   | Plano Estadual de Saúde                 | 10  | Existência de plano estadual de saúde para o período 2012/2015   |
|   |   | 11  | Aprovação pelo CES do plano estadual de saúde para o período 2012/2015   |
|   | Programação Pactuada e Integrada        | 12  | Discussão e definição da programação pactuada e integrada na CIB   |
|   | Programação Anual de Saúde              | 13  | A SES concluiu a elaboração da programação anual de saúde para 2014  |
|   |   | 14  | A programação anual de saúde para 2014 foi aprovada pelo CES   |
| Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores | 15                                      | Volume expressivo de municípios que concluíram o processo de pactuação das metas, segundo diretrizes, objetivos e indicadores nacionais, no período 2013 e 2014 (regiões acompanhadas pelos apoiadores) |  |
| Responsabilidades Executivas                            | Discussão do COAP no CES                | 16  | O COAP foi objeto de discussão em reunião do CES   |
|   | Cartão Nacional de Saúde                | 17  | Existência de discussão sobre o cartão nacional do SUS na CIB  |
|   | Política de Regulação de Acesso         | 18  | Existência de uma política estadual de regulação do acesso discutida e pactuada na CIB                                     |
|   | Redes Temáticas                         | 19  | Ocorrência de reuniões de discussão de planos de implementação de redes temáticas na CIB                                   |
| Responsabilidades Orçamentário-Financeiras              | Novos Investimentos: discussão na CIB   | 20  | Apresentação de discussão na CIB sobre necessidade de novos investimentos pelo gestor estadual                             |
| Responsabilidades de Monitoramento e avaliação          | Estratégia de monitoramento e avaliação | 21  | Existência no Estado de uma política de monitoramento e avaliação das metas pactuadas pelos gestores estadual e municipais |
| Tramitação e Assinatura do COAP                         | Assinatura do COAP                      | 22  | Tramitação e assinatura do COAP por um conjunto de regiões no Estado   |

Fonte: OUVENEY, A. M., RIBEIRO, J. M. e MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.4, 2017.

O estudo conclui que, apesar de apenas 03 Estados avançarem até a realização e assinatura do COAP, a dinâmica de discussão e implementação parcial das fases estudadas

Impulsionou um movimento de renovação das agendas estaduais de regionalização que resultou, minimamente, na reconfiguração das regiões de saúde, na implementação de novos espaços de governança nas regiões de saúde e no aperfeiçoamento das rotinas de planejamento regional integrado (OUVENEY; RIBEIRO et al, 2017).

Os autores consideram que até a etapa 12, de definição da PPI, 50% a 80% dos Estados desenvolveram os processos correspondentes, avançando até a elaboração de parte do Planejamento Integrado. Avaliam, entretanto, que nas fases seguintes, que requisitavam o compromisso dos gestores com a aplicação de recursos financeiros, aprovados na CIB, o avanço foi muito tímido. Além disso, os gestores estaduais e municipais se concentraram na organização de planos para as redes temáticas, que traziam aportes federais de recursos (OVERNEY; RIBEIRO et al., 2017).

Acrescenta-se a falta de aporte no gestor federal junto às SES, em que pese a ação de interlocutores nos Estados, treinados pelo Ministério da Saúde, mas que também se concentraram na orientação sobre as Redes Temáticas, indicando a existência de estratégias que não se potencializavam ou integravam, em nível estadual.

Ainda em 2016 será publicado novo Manual de Planejamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), formulado sob a influência do Decreto Nº 7.508 de 2011, no qual considera-se que:

Recolocaram o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais ali estabelecidas. Essas normas determinaram a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS (BRASIL, 2016).

Mais recentemente duas Resoluções da CIT de 2017 e 2018 (BRASIL, 2017, 2018) dispõem, respectivamente, sobre: o estabelecimento de diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: e, sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Levam em consideração a legislação indicada no Quadro a seguir.

**Quadro 3 – Legislação considerada pela CIT para elaboração das resoluções**

| <b>ATOS</b>   | <b>FINALIDADE</b>   |
|---|---|
| Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017   | Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde   |
| Art. 94 à 101, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017  | Estabelecem diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde  |
| Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017  | Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS   |
| Portaria nº 1.091/GM/MS, de 27 de abril de 2017   | Institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS   |
| Resolução CIT nº 3, de 16 de agosto de 2016 (com prazo prorrogado pela Resolução CIT nº 14, de 30 de março de 2017) | Constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de elaborar proposta de revisão do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011  |
| Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016   | Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS   |
| Portaria GM/MS nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013  | Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde   |
| Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012   | Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde<br><br>Estabelece 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; e<br><br>Revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993 |



| ATOS   | FINALIDADE   |
|--|--|
| Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011          | Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011  |
| Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, | Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências |
| Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010     | Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde  |
| Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,               | Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde   |
| 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   |

Elaboração do autor

A Resolução de 2017, além de indicar as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) propõem a instituição, por meio da CIB, de

41

Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

As atribuições, funcionamento e composição dos Comitês Executivos de Governança das RAS serão definidos pela CIB. O comitê deve subsidiar a própria CIB nas tomadas de decisões acerca do respectivo espaço regional, buscando ainda o fortalecimento das CIR como espaço de governança regional.

A Resolução de 2018 refere-se especificamente ao Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), que será *“instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite* (BRASIL, 2018).

Esta Resolução define ainda as orientações a serem seguidas no Planejamento Regional e indica que o Plano Regional deve conter:

- a) A identificação do espaço regional ampliado;
- b) A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c) As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d) As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e) A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f) A programação geral das ações e serviços de saúde;
- g) A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares (BRASIL, 2018).

Apesar do pouco tempo para a implantação do Planejamento Estratégico Regional no SUS, o fato de ainda estar em curso e ter sido obstaculizado pela emergência da Pandemia Covid 19 em 2020, alguns estudos preliminares, indicam a sua importância para a organização regional de Redes de Atenção à Saúde e, o alcance das diretrizes de equidade e integralidade na atenção à saúde, mas reconhecem que ainda se constitui num processo frágil, tanto em nível estadual quanto municipal (VIANA, et al., 2017; CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017; CARLL et al., 2019).

Além disso, a retaguarda do gestor federal para o desenvolvimento deste planejamento continua tímida, levando o CONASS e CONASEMS a elaborar e divulgar propostas de apoio aos Estados e Municípios, numa clara atuação paralela à gestão federal do SUS.

Pode-se afirmar que ao longo dos 30 anos do SUS as ações de planejamento apesar de terem avançado em termos de divulgação de conceitos e modelos, estabelecimento de normas e instrumentos e, realização de treinamentos e ações efetivas de elaboração de planos, ainda não conseguiu influenciar de modo potente na implantação das diretrizes de regionalização, atenção contínua e integrada e da equidade, especialmente por falta

de ações integradas e articuladas de planejamento, avaliação e controle, decorrentes de uma série de fragilidades, como:

1. Falta de técnicos nos níveis estadual e municipal efetivamente dedicados a implantação dos planos;
2. Baixa participação das equipes de saúde, dos diferentes níveis e serviços de saúde, no planejamento e na implantação dos planos;
3. Perfil dos gestores municipais e estaduais que priorizam as ações operacionais para atendimento às demandas por serviços;
4. Falta de estímulos e incentivos, pelos gestores públicos do SUS, para alcance de metas e objetivos dos planejamentos, além do pagamento apenas pelos procedimentos assistenciais;
5. Ausência de programas e instrumentos informatizados de suporte a elaboração do planejamento em saúde, sua implantação, acompanhamento e avaliação, entre outros.

## 43

### **4. Conclusões**

A evolução das teorias e métodos de planejamento indicam claramente que este processo passou a ser considerado estratégico seja no âmbito das empresas quanto de órgãos governamentais e não governamentais, ou de grupos de interesses, para a implantação de determinados objetivos e finalidades num campo ou área de atuação.

Nesta evolução também sobressai a necessidade em conhecer e avaliar os demais atores, que competem no mesmo campo, buscando conhecer suas finalidades e estratégias, com o objetivo de reconhecer parceiros para melhor conduzir a implantação dos planos. Neste aspecto, os posicionamentos políticos, as concepções acerca do campo de atuação, o acesso a recursos e aos conhecimentos técnicos são valorizados para efetivar as ações. Assim, apenas a entrada de recursos financeiros é relativizada, uma vez que somente estes podem não ser suficientes face a um plano mal elaborado.

Outra questão importante ressaltada é a da governabilidade do grupo que planeja que necessita ter um mínimo de recursos, poder e conhecimento, no campo de atuação,

para que o plano seja efetivamente realizado por um tempo tal que provoque mudanças neste campo. Ou seja, um bom plano que não consegue ser realizado e não provoque mudanças reflete a baixa governabilidade do grupo. Neste aspecto o poder diz respeito à liberdade de atuação para realizar ações concretas para alcance dos objetivos do plano e, o conhecimento se refere aos saberes e as técnicas necessárias para a adequada execução destas ações.

Além disso, a análise de viabilidade dos planos, assim como o acompanhamento e avaliação das ações executadas são essenciais para dar direcionamento, garantir o alinhamento da equipe e a integração das várias atividades em execução, uma vez que ao colocar o plano em operação podemos nos deparar com contextos diversos e mutantes, novos atores com objetivos conflitantes, necessidade de mais recursos e conhecimentos, obrigando a definição e realização de novas estratégias.

A complexidade em elaborar planos estratégicos, especialmente no setor saúde, colocá-lo em execução e, acompanhar e monitorar suas ações e resultados alcançados apontam para a necessidade de organização de grupo, núcleo ou setor responsável por estas tarefas.

Por outro lado, considerando as questões mais técnicas, observa-se que a elaboração de planos do setor saúde, no âmbito do SUS, extrapola os limites organizacionais buscando a participação de um maior número de atores, nas suas diferentes fases de modo a contar com a colaboração de diferentes visões, enriquecendo a elaboração do plano e responsabilizando os participantes na sua execução.

Em termos de instrumentos, além daqueles já largamente utilizados para a realização de diagnóstico epidemiológico, das condições de saúde e administrativo dos serviços, a utilização da Matriz SWOT como suporte a sistematização dos pontos fortes e fracos internos à organização considerada e das oportunidades e ameaças do meio em que se insere, permite um diagnóstico estratégico mais sistematizado, frente ao grande volume de informações.

Do mesmo modo planilhas para análise de viabilidade considerando: os aspectos políticos e ideológicos dos atores no campo da saúde; o acesso a recursos financeiros; o conhecimento técnico; e, a estrutura organizacional de suporte, pode ser considerada

uma importante contribuição das propostas de Mario Testa e Carlos Matus, para elaborar estratégias adicionais que venham fortalecer a governabilidade do grupo que planeja, bem como conferir viabilidade a execução do plano.

## **5. Bibliografia**

ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. **Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil.** In: 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaregional/10.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

ASTLEY, W. G.; VAN DE VEM, A. H. Debates e perspectivas centrais na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas**, FGV, v.45, n.2, abr./jun., 2005.

BRAGA, R.; MONTEIRO, C. **Planejamento estratégico sistêmico para instituições de ensino.** São Paulo, SP: Editora Hoper, 2005.

BRASIL. **Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF., ano 128, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19;8080>. Acesso em: 27 Jn. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a 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, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 123, 29 jun. 2011. Seção I. p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/ 02. Diário Oficial da União, Brasília, DF: v. 139, n. 40, fev. 2002, p.52-59. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=52&data=28/02/2002>. Acesso em 20 set. 2020.

BRASIL. 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- SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 06 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.085, de 1º de dezembro de 2006.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF., nº 231 de 04 dez. 2006.1, p39-40. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/12/2006&jornal=1&pagina=39&totalArquivos=88>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 234 de 07 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. p. 1584, 10 fev. 1992. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf). Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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: seção 1, Brasília, DF, n. 249, 29 dez. 2006. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/portarias/2006/Portaria%20n%203.332-%20de%2028%20de%20dezembro%20de%202006.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2006/Portaria%20n%203.332-%20de%2028%20de%20dezembro%20de%202006.pdf). Acesso em: 17 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.39, p. 43, 23 fev. 2006. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=23/02/2006>. Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº- 376, de 16 de fevereiro de 2007**. Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF., n. 35, p.48, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=21/02/2007>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 3.ed. Brasília, DF: MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Cadernos de Planejamento; v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 3.ed. Brasília, DF: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde**. 3.ed. Brasília: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento; v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. – 3.ed.** Brasília, DF.: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento; v. 4.)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal**. 3.ed. Brasília, DF.: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo**. 3.ed. Brasília, DF.: MS, 2009. (Série Cadernos de Planejamento; v. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1.ed. rev. Brasília, DF.: MS, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão.** v.1. Brasília, DF.: MS, 2006. Disponível em: [https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pactos%20pela%20Vida\\_SUS.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pactos%20pela%20Vida_SUS.pdf). Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pacto pela saúde 2006, v.1). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSEGestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSEGestao.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução n.23, de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 159, p. 96. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução n. 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 58, p 135. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html). Acesso em: 27 jan.2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS.** Brasília: TCU, 2011. (Relatório de auditoria operacional). Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327A8CC1A51>. Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Guia para a elaboração do contrato organizativo da ação pública: construindo o COAP passo a passo.** Brasília: MS, 2014. (Série Articulação Interfederativa; v. 3) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_cotntrato\\_organizativo\\_acao\\_publica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_cotntrato_organizativo_acao_publica.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Fiscalização de Orientação Centralizada na Regulação Assistencial do SUS** – Tribunal de Contas da União Acórdão 1.189/2010 e Acórdão 182/2015. Brasília, DF.: CONASS, 2015. (Nota Técnica 02 /2015) Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-02-2015.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** 1d., rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acesso em: 27 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, RJ: Imprensa Nacional, 1944. 74 p. (Publicação da divisão e organização hospitalar, 1).

CAMPOS, Rosana Onocko. **O Planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARLI, Patricia de; ALLEBRANDT, Sérgio Luis; KISCHNER, Patrícia; VIONE, Cristiane Ivete Bugs. O planejamento regional integrado enquanto ferramenta de gestão da política pública de saúde. **Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional**. set. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/issue/current/showToc>. Acesso em: 27 jan. 2021.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401155&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 já. 2021.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. São Paulo: MacGraw-Hill, 1987.

DEALTRY, Richard. **Dynamic SWOT Analysis**. Birmingham: Dynamic SWOT Associates, 1992.

FELICIELLO, Domenico (org.) **Contratualização de serviços de saúde**. Campinas, SP: NEPP/UNICAMP, 2016. AGEMCAMP, Campinas SP. 2016. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/4008341434716e4771d69a8dde17e193.pdf>. Acesso em 18 dez. 2020.

FORMIGA, Jacinta Maria Moraes; GERMANO, Raimunda Medeiros. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 222-226, abr. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 29 out. 2020.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GADELHA, Carlos; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Nota Técnica Final do Estudo da Dimensão Territorial do PPA no Tema da Saúde**. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2007. (mimeo.)

HABERBERG, A. **Swatting SWOT, Strategy**, (Strategic Planning Society), September 2000.

HERNÁN, Duran et al. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. Washington, DC.: OPAS, 1965.



KING R.K. Enhancing SWOT analysis using triz and the bipolar conflict graph: A Case Study on the Microsoft Corporation, **Proceedings of TRIZCON 2004**, 6th Annual Altshuller Institute.

OPAS; CPPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago, Chile: OPAS, 1975.

OPAS, CENDES. Publicação Científica nº 111. **Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud**. OPAS, 1965.

OUPERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Introdução à crítica do Planejamento de Saúde**. Salvador, Bahia, 1982, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Texto Didáticos (mimeografado).

RIVERA, Francisco Javier Uribe; TESTA, Mario; MATUS, Carlos. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

RODRIGUES, Bichat de Almeida. **Fundamentos de Administração Sanitária**. Rio de Janeiro, RJ.: Livraria Freitas Bastos, 1967.

SEBRAE. **O que é Planejamento estratégico**. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Planejamento%20estrat%C3%A9gico%20-%20An%C3%A1lise%20FOFA.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOURNIA, Jean. Charles. **História da Medicina**. Lisboa, Instituto Piaget, 1995.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, v.2. (Série Saúde & Cidadania).

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S27-S43, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2021.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: [nepp@nepp.unicamp.br](mailto:nepp@nepp.unicamp.br)

E-mail: [nepp00@unicamp.br](mailto:nepp00@unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)