

SÉRIE | ARTICULAÇÃO
INTERFEDERATIVA
VOLUME - 4

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS

1ª edição revisada

Brasília — DF
2016



SÉRIE | ARTICULAÇÃO
INTERFEDERATIVA
VOLUME - 4

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS

1ª edição revisada

Brasília — DF
2016



2015 Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição — Não Comercial — Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição revisada — 2016 — 31.049 exemplares

Elaboração, distribuição e informação:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Articulação Interfederativa
Coordenação-Geral de Articulação dos Instrumentos
da Gestão Interfederativa
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 2º andar, sala 221
CEP: 70058-900 — Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2649
E-mail: dai@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/dai

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Departamento de Ciências Sociais
R. Leopoldo Bulhões, 1480
CEP: 21041-210 — Benfca, Rio de Janeiro
Tel.: (21) 2598-2644
Fax: (21) 2598-2644
E-mail: dcs@ensp.fiocruz.br
Site: www.enp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/dcs

Direção:

Washington Luiz Abreu de Jesus

Coordenação-Geral:

Gisela da Costa Mascarenhas

Autoria:

Ana Cássia Cople Ferreira — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Ana Cristina Carvalho Curvina — CGCOI/DAI/SGEP/MS
Ana Paula Prado Silveira — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Assis Luiz Mafort Ouverney — DCS/ENSP/FIOCRUZ
Dorian Chim Smarzaró — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Dulce Fátima Cerutti — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Gisela da Costa Mascarenhas — CGAIG/DAI/SGEP/MS
José Mendes Ribeiro — DCS/ENSP/FIOCRUZ
Juliana Braga de Paula — GAB/SGEP/MS
Lívio Oliveira Adelino de Lima — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Marcelo Machado de Carvalho — CGAIG/DAI/SGEP/MS
Marcelo Rasga Moreira — DCS/ENSP/FIOCRUZ

Revisão do texto:

Giovana de Paula

Capa:

Cleison Lima Moura — GAB/SGEP/MS

Diagramação:

Pablo Julio e Luís Fernando Germano – Consultoria Criativa & Design/CC&D

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira B. da Silva — Editora MS/CGDI/MS
Projeto gráfico: Pablo Julio – Consultoria Criativa & Design/CC&D

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

ISBN 978-85-334-2327-5

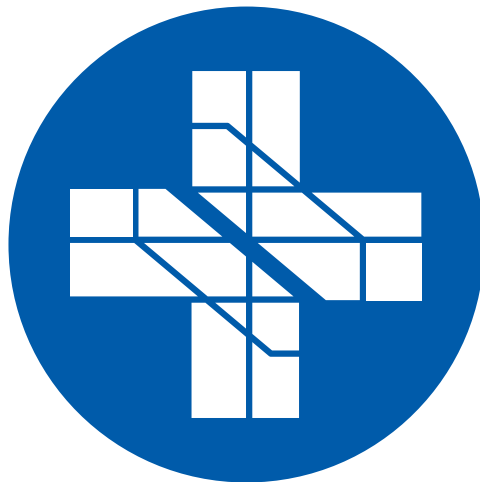
1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Legislação em Saúde. 3. Planejamento em Saúde. I. Título. II. Série. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDU 614(81):340.134

Catálogo na fonte — Coordenação-Geral de Documentação e Informação — Editora MS — OS 2016/0224

Título para indexação:

SUS planning manual



Lista de Figuras

Figura 1 Planejamento governamental:
relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual

105

Lista de Diagramas

Diagrama 1	O Papel das Relações Federativas na Governança do SUS	45
Diagrama 2	Padrão de Planejamento Regional	94
Diagrama 3	Ciclo Geral de Planejamento Regional Integrado no SUS	94

Lista de Quadros

Quadro 1	Federações contemporâneas (incluindo quase-federações)	30
Quadro 2	Distribuição das Competências Exclusivas de Tributação por Esfera de Arrecadação	35
Quadro 3	Distribuição das Competências Federativas no SUS entre União, Estados e Municípios	40
Quadro 4	Principais Fontes de Recursos Fiscais empregadas pela União para o Financiamento do SUS	46
Quadro 5	Fontes federais de financiamento do SUS, composição da Receita Corrente Líquida e regra de vinculação de recursos vigente a partir de 2016	48
Quadro 6	Fontes de Recursos Fiscais dos Estados e Municípios para o Financiamento do SUS	50
Quadro 7	Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no estado brasileiro	73
Quadro 8	Principais Normas e disposições específicas sobre o Planejamento governamental no SUS	74
Quadro 9	Ciclo de Elaboração do PPA, da LDO e da LOA e respectivos prazos	78
Quadro 10	Compatibilização entre PAS e LDO	79
Quadro 11	Agenda do Gestor Segundo o Ciclo de Planejamento no SUS	111
Quadro 12	Agenda do Conselho de Saúde com foco no ciclo de planejamento	116

Lista de Tabelas

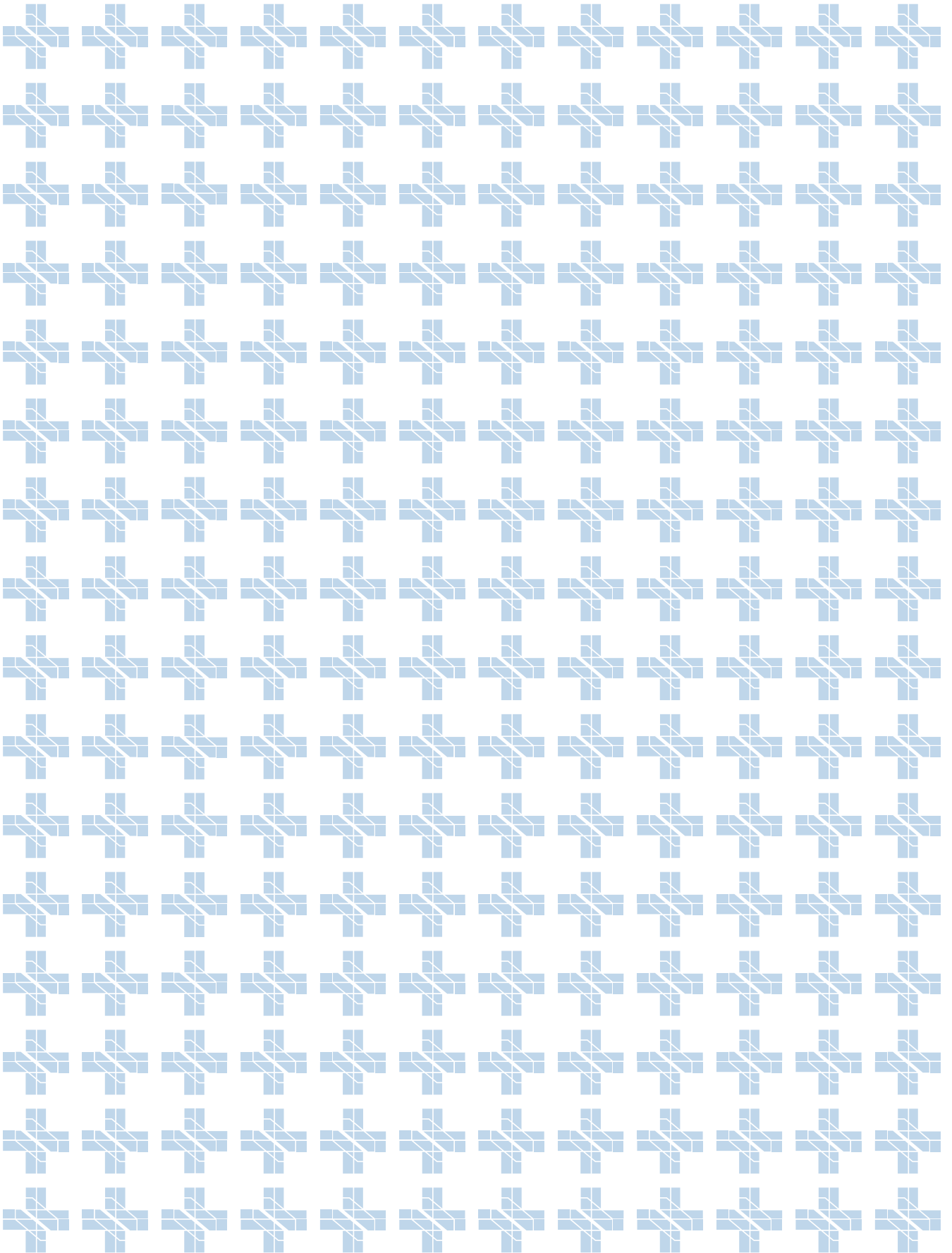
Tabela 1 Despesa paga, União, 1º bimestre de 2014

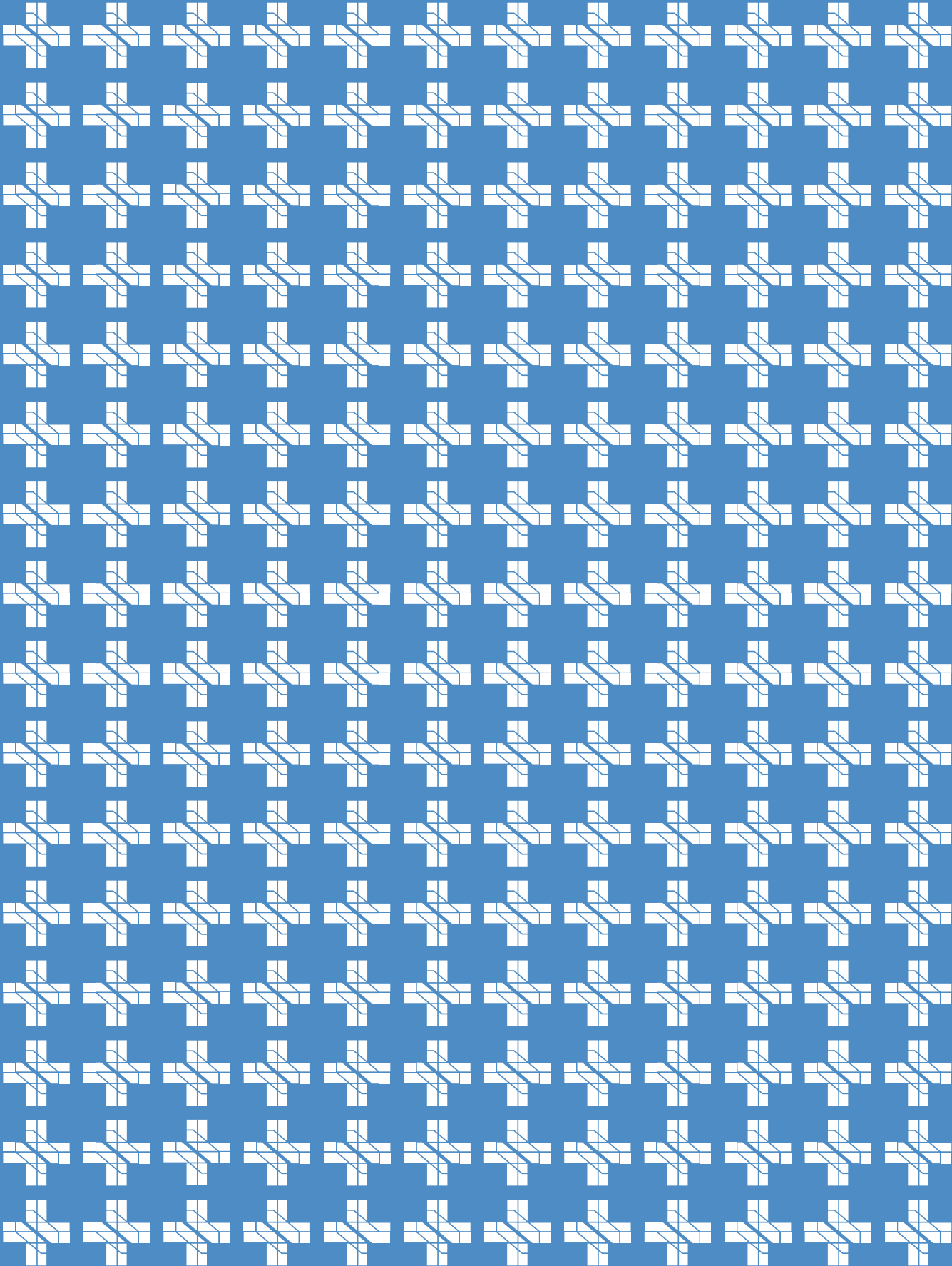
123

Lista de Siglas

CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CF	Constituição Federal
CGAIG	Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FNS	Fundo Nacional de Saúde
ICMS	Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IE	Imposto Sobre Exportação
II	Imposto Sobre Importação
IOF	Imposto Sobre Operações Financeiras
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana
IPVA	Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens “Inter Vivos”
ITCD	Imposto sobre Transmissão “causa mortis” e Doação
ITR	Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural
LC	Lei Complementar

LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PLOA	Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias
PPA	Plano Plurianual
RCL	Receita Corrente Líquida
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RG	Relatório de Gestão
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
Sargsus	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sispacto	Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
SUS	Sistema Único de Saúde





Sumário

Apresentação	23
Parte I	
Federalismo, Relações Intergovernamentais no SUS e Matrizes de Planejamento no Setor Saúde	27
1	
Federalismo e relações intergovernamentais na Constituição Federal de 1988	29
1.1 O conceito de federalismo, características do funcionamento das federações e o federalismo no Brasil	29
1.2 Modelo federativo da Constituição Federal de 1988, a descentralização das políticas públicas e dos recursos fiscais	34
2	
Princípios e diretrizes do federalismo no SUS	39
2.1 Distribuição de Competências	39
2.2 Governança federativa	42
2.3 Alocação de recursos financeiros da União	46
2.3.1 Alterações advindas da Emenda Constitucional nº 86 de 2015	47
2.4 Alocação de recursos financeiros de Estados e Municípios	49

Planejamento e programação em saúde: abordagens, fundamentos e técnicas 55

- 3.1 **Método CENDES/OPAS** 56
- 3.2 **Planejamento estratégico** 58
- 3.3 **Programação em Saúde** 60
- 3.4 **Governança e contratos de gestão** 62

Parte II **Planejamento no SUS** 69

Princípios e Diretrizes Normativas do Planejamento no SUS 71

- 4.1 **A Legislação aplicável ao planejamento no SUS** 71
- 4.2 **Princípios do planejamento governamental no SUS** 76
 - 4.2.1 Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua 76
 - 4.2.2 Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral 77
 - 4.2.3 Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite 80
 - 4.2.4 Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS 81
 - 4.2.5 Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado 82
 - 4.2.6 Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde 83
 - 4.2.7 Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população 84

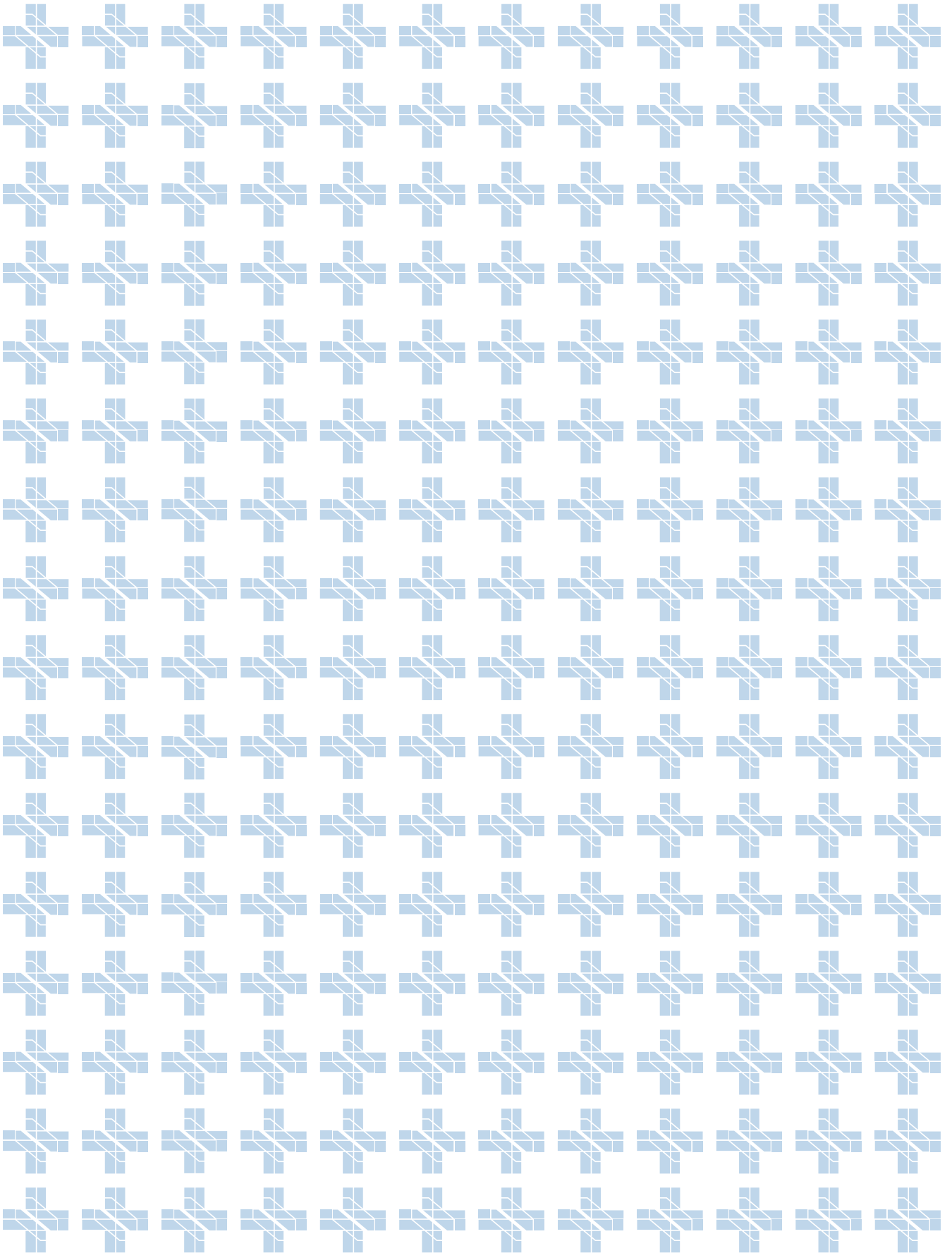
Planejamento Regional Integrado, ciclo e etapas de elaboração 87

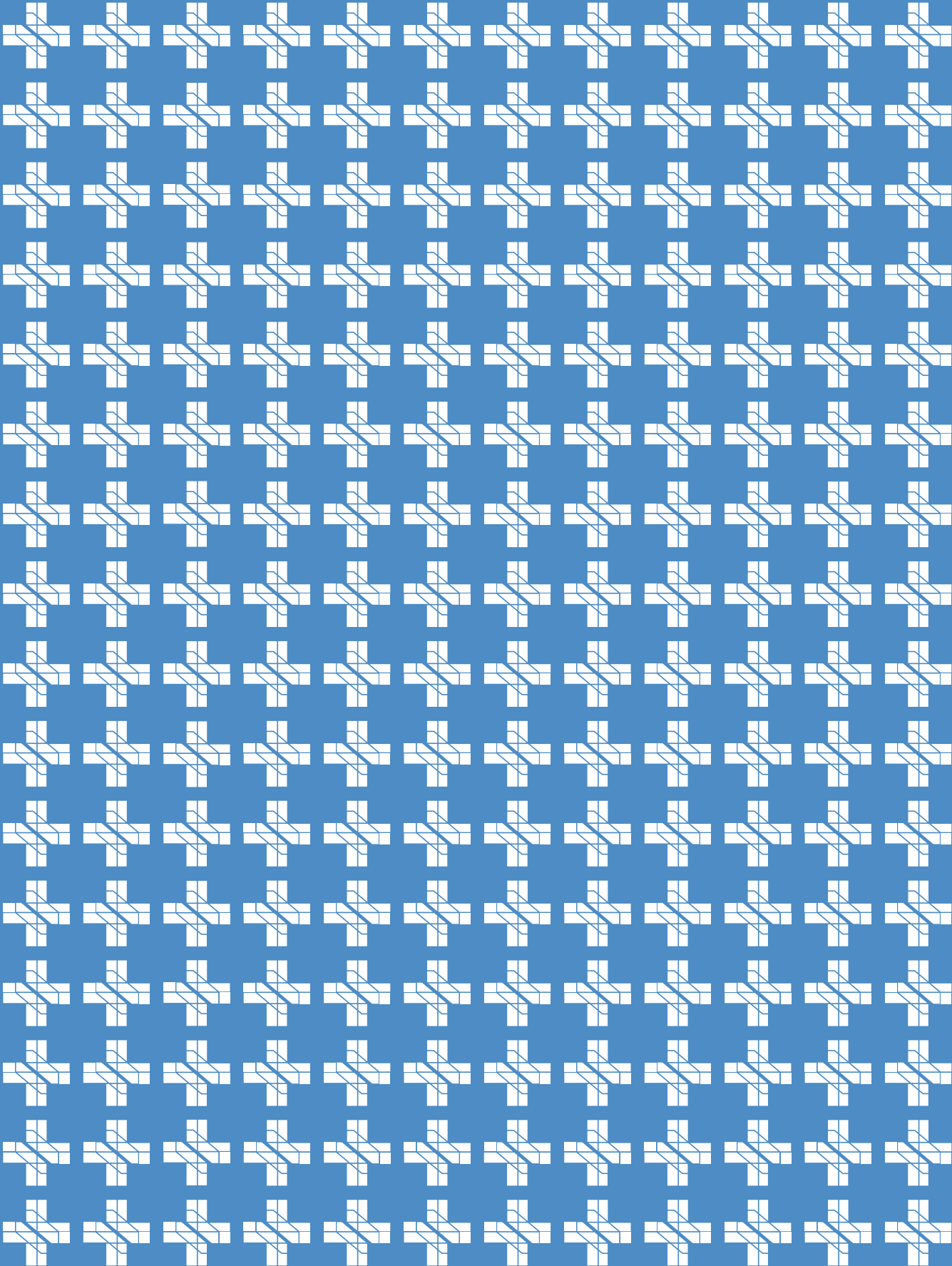
- 5.1 **Planejamento, governança e instâncias intergestores** 88
- 5.2 **Planejamento no SUS, regionalização e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde** 89
 - 5.2.1 Aspectos inovadores do Decreto nº 7.508, de 2011 91
- 5.3 **Atribuições dos entes federados, regionalização e as etapas do planejamento no SUS** 93
 - 5.3.1 Passos para o desenvolvimento/modelagem do Planejamento Regional Integrado 96

Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas de apoio para o planejamento no SUS 101

- 6.1 **Instrumentos para o planejamento e orientações para a sua elaboração** 102
 - 6.1.1 Análise de situação de saúde com base no mapa da saúde 102
 - 6.1.1.1 Mapa da Saúde 102
 - 6.1.2 Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 104
 - 6.1.3 Plano de Saúde 105
 - 6.1.4 Programação Anual de Saúde 107
 - 6.1.5 Relatório de Gestão 108
 - 6.1.6 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 109
 - 6.1.7 Relatório Resumido de Execução Orçamentária 109
- 6.2 **Agenda dos gestores** 110
- 6.3 **Agenda dos conselhos: o controle social da política de saúde** 115

6.4 Ferramentas de apoio ao planejamento no SUS	118
6.4.1 Mapa da Saúde	118
6.4.2 Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	120
6.4.3 Informações de Saúde (Tabnet) dos Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	120
6.4.4 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	121
6.4.5 Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão	124
Links das ferramentas de apoio ao planejamento no SUS	127
Referências	129





Apresentação

A edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, 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.

Coube à Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG/DAI/SGEP/MS) a tarefa de construção da proposta de revisão normativa e do aprimoramento de instrumentos e processos de planejamento. Tais iniciativas foram objeto de apreciação e deliberação pela Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite. Os elementos citados estão sistematizados nesta publicação.

Na consecução da tarefa, foram utilizados insumos oriundos de oficinas de planejamento no SUS, que contaram com a participação de representantes de secretarias estaduais de saúde, conselhos municipais de saúde, do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, onde se elegeu como agenda prioritária a produção de material instrucional e capacitação de equipes de planejamento. Também foram incorporados os apontamentos resultantes de discussões do grupo de trabalho (GT de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite), quando da discussão da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

As reflexões, construções e acordos estão consolidados neste Manual de Planejamento no SUS, uma iniciativa do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que se constitui no Volume 4 da Série 'Articulação Interfederativa', editada pelo Ministério da Saúde.

Sua elaboração e produção resultam da parceria da CGAIG/DAI/SGEP/MS com uma equipe de pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/ENSP/Fiocruz), como parte do Termo de Cooperação nº 227, de 2012.

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde.

Esta publicação tem por objetivo reunir conteúdo técnico-científico, contextualizado social, temporal e politicamente, de forma a estimular a capacidade crítica, técnica e a ação política dos profissionais de saúde.

Está organizada em duas partes e seis capítulos, como segue. O Capítulo 1 trata do federalismo, seu conceito, características do funcionamento das federações e o federalismo no Brasil. Aborda as relações intergovernamentais na Constituição Federal de 1988 e o modo como estas repercutem na política de saúde. Relaciona a conformação descentralizada da federação brasileira com a distribuição de prerrogativas e responsabilidades da gestão de políticas públicas, e a distribuição de recursos fiscais, que teve a participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ampliada de forma significativa na CF de 1988.

O Capítulo 2 trata dos princípios e diretrizes do federalismo no SUS definidos pela legislação, que dispõe de um desenho federativo composto por três entes e um Distrito Federal, operacionalizado de forma articulada, solidária e interdependente, respeitando a autonomia e valorizando o caráter unificado e integrado do sistema de saúde em âmbito nacional. Essa característica está expressa na distribuição das competências e responsabilidades de gestão de políticas e programas, na organização e dinâmica da governança institucional e na alocação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Aborda a governança sistêmica, que agrega outros atores além dos públicos, como as instituições de ensino e pesquisa; órgãos de controle, fiscalização e defesa de direitos; sociedade civil, iniciativa privada.

O Capítulo 3 traz um resgate histórico do conceito de planejamento e das mudanças observadas nas últimas décadas segundo diversos tipos de abordagem e aspectos políticos. Para o Brasil e o setor saúde, algumas escolas se mostraram relevantes ou mesmo hegemônicas, conforme cada período. Planejamento estratégico, ação programática e técnicas mais orientadas à avaliação rápida foram desenvolvidos nas últimas três décadas. Embora os modelos analisados se mantenham

relevantes e presentes no âmbito da administração pública e da gestão setorial, existe uma tendência ao uso de novos mecanismos de governança, especialmente quanto às relações entre o setor público e os diferentes tipos de entes privados.

O Capítulo 4 apresenta uma síntese da legislação que deve ser seguida nas atividades de planejamento no SUS, abrangendo tanto as normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental do Estado Brasileiro quanto as específicas, editadas para o planejamento em saúde e suas convergências. São discutidos também os princípios fundamentais implícitos na legislação que orientam a condução das atividades de planejamento no SUS nas três esferas da Federação.

O Capítulo 5 trata do Planejamento Regional Integrado, contemplando seu ciclo, etapas de elaboração e os novos elementos do processo — governança, instâncias intergestores, regionalização e o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde — que objetivam estabelecer as regiões de saúde como um *locus* privilegiado para a garantia da integralidade na atenção à saúde.

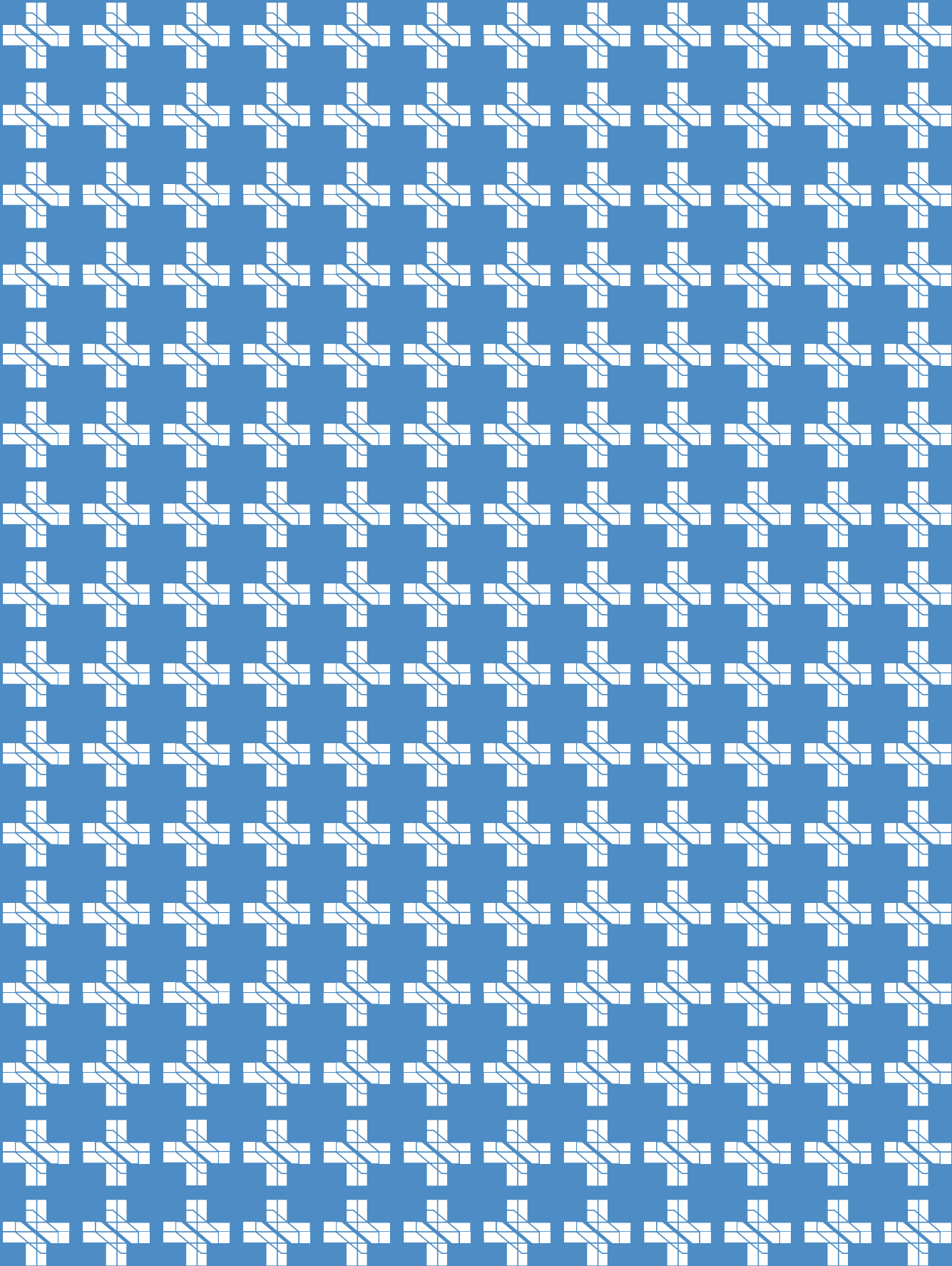
O Capítulo 6 dispõe sobre os principais instrumentos de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão, utilizados no planejamento em saúde no Brasil, suas estruturas básicas e as ferramentas de apoio que visam a fortalecer o processo de planejamento no SUS. Apresenta, ainda, as agendas dos gestores e dos conselhos de saúde, que expressam os tempos de manifestação de cada instância para a consecução deste processo.

A expectativa é de que este Manual seja útil na formação técnica e política de profissionais, gestores e conselheiros de saúde no exercício de planejar em saúde.

Parte I

—

**Federalismo,
Relações Intergovernamentais no SUS
e Matrizes de Planejamento
no Setor Saúde**



Federalismo e relações intergovernamentais na Constituição Federal de 1988

Este capítulo introduz a discussão do planejamento no SUS, a partir da definição de conceitos-chaves, tais como o federalismo, a organização territorial dos países que o adotam, suas características de constituição e funcionamento. Discute, também, o modelo de organização federativa estabelecido pela Constituição Federal de 1988 para o Brasil, as disposições relativas à descentralização das políticas públicas e à distribuição de recursos fiscais, ressaltando o caráter cooperativo do federalismo brasileiro contemporâneo. Entende-se que esses conceitos são indispensáveis para a compreensão das prerrogativas e responsabilidades sanitárias de cada ente federado, assim como da configuração da governança no SUS e da importância da articulação interfederativa no cotidiano da gestão, assuntos abordados nos próximos capítulos.

1.1 O conceito de federalismo, características do funcionamento das federações e o federalismo no Brasil

O federalismo é um modo de organização política que une comunidades políticas menores no âmbito de um sistema mais abrangente por meio da distribuição de poder e recursos entre a União e as unidades constituintes, protegendo a existência e a autoridade tanto do domínio nacional quanto dos entes subnacionais por meio do compartilhamento dos processos gerais de tomada de decisão e de execução de ações governamentais (ELAZAR, 1984).

Essa necessidade simultânea de instituir formas coletivas de exercício do poder e de preservação de autonomia e singularidade tem origem na constatação de que toda federação se origina a partir de uma “situação federativa”, caracterizada pela

presença de certo senso de identidade nacional em uma população que apresenta expressiva diversidade (territorial, socioeconômica, linguística, cultural, política etc.) acompanhada de um discurso político historicamente construído de “unidade na diversidade”.

Nas federações, os entes constitutivos possuem direitos originários de soberania que devem garantir a autonomia e interdependência dos governos. A organização territorial do poder se estabelece em um contrato de compartilhamento de soberania de um território e uma população (ABRÚCIO, 2005).

O caráter horizontal das relações intergovernamentais em uma federação sustenta um compromisso de interdependência e autonomia, com base na presença de uma sofisticada arquitetura político-institucional para gerenciar o equilíbrio necessário entre competição e cooperação, ou seja, é preciso regular as tendências centrífugas e centrípetas extremas, impondo limites ao exercício do poder da União (ou governo nacional) e dos entes federados para que não exorbitem suas prerrogativas.

A configuração dessa arquitetura, entretanto, dependerá das características essenciais do regime federativo vigente, as quais variam de país para país tanto quanto a dinâmica das comunidades políticas que as produzem, reproduzem e transformam (WATTS, 1998). Entre as nações formalmente definidas como federações (e quase-federações), apresentadas no **Quadro 1**, as quais representam em torno de 40% da população mundial, é possível encontrar países desenvolvidos ou em desenvolvimento, pequenos ou com ampla extensão territorial, parlamentaristas ou presidencialistas, com populações homogêneas ou heterogêneas, com grande número de unidades constitutivas ou apenas poucos entes constitutivos, monárquicos ou republicanos, com sistemas de representação majoritário ou proporcional, bipartidário ou multipartidário, com separação estrita ou com superposição de competências, com níveis elevados de centralização ou com expressiva autonomia subnacional, entre outros (ANDERSON, 2009); (ELAZAR, 1987); (WATTS, 1989).

Quadro 1 Federações contemporâneas (incluindo quase-federações)

PAÍS	ENTES FEDERATIVOS E TERRITÓRIOS VINCULADOS À UNIÃO
África do Sul*	9 províncias
Alemanha	16 <i>Länder</i>
Argentina	23 províncias + 1 território nacional + 1 distrito federal

continua ▼

▼ continuação

PAÍS	ENTES FEDERATIVOS E TERRITÓRIOS VINCULADOS À UNIÃO
Austrália	6 estados + 1 território + 1 capital federal + 7 administrações territoriais
Áustria	9 <i>Länder</i>
Bélgica	3 regiões + 3 comunidades culturais
Bósnia e Herzegovina	2 entes + 10 cantões + 1 distrito
Brasil	26 estados + 1 distrito federal + 5.568 municípios
Canadá	10 províncias + 3 territórios
Emirados Árabes	7 emirados
Espanha*	17 regiões autônomas
Etiópia	9 estados + 2 cidades metropolitanas
Estados Unidos da América	50 estados + 2 entes associados
Ilha de S. Cristóvão e Névis	2 ilhas + 14 paróquias
Ilhas Comores	4 ilhas
Índia	29 estados + 7 territórios da União
Iraque	18 províncias
Malásia	13 estados + 3 territórios federais
México	31 estados + 1 distrito federal + 2.438 municípios
Micronésia	4 estados
Nepal	14 zonas + 75 distritos
Nigéria	36 estados + 1 território federal

continua ▼

▼ conclusão

PAÍS	ENTES FEDERATIVOS E TERRITÓRIOS VINCULADOS À UNIÃO
Paquistão	4 províncias + 3 territórios federais + 1 capital federal
Rússia	46 áreas (<i>oblasts</i>) + 22 repúblicas + 9 fronteiras (<i>krais</i>) + 4 municípios autônomos (<i>autonomous okrugs</i>) + 3 cidades federais + 1 área autônoma
Somália	18 estados
Sudão	17 estados
Sudão do Sul	10 estados
Suíça	26 cantões
Venezuela	23 estados + 1 distrito federal + 1 dependência federal

Fonte: Modificado de Watts (1999, p. 10).

* Espanha e África do Sul são quase-federações.

Apesar das diferenças observadas entre os países que se organizam como federações, é possível identificar um conjunto de características comuns que os distinguem das demais formas de organização político-territoriais como os estados unitários e as confederações (WATTS, 1999):

- ▶ Duas ou mais esferas de governo com prerrogativas de relacionamento direto com seus respectivos cidadãos;
- ▶ Uma distribuição constitucional formal de autoridade executiva e de alocação de recursos entre as esferas de governo, resguardando sempre algumas áreas de competência exclusiva de cada uma dessas;
- ▶ O estabelecimento de mecanismos oficiais de representação dos interesses e das posições dos entes constituintes da federação nas instituições federais de tomada de decisão, com destaque para a presença de uma segunda câmara legislativa (Senado);

- ▶ Uma constituição suprema escrita que não pode ser emendada de forma unilateral, mas apenas por meio do consentimento de parte expressiva das unidades constituintes;
- ▶ Uma instância judicial na forma de uma corte para arbitrar as disputas entre as esferas de governo;
- ▶ Processos, mecanismos e instituições diversas para facilitar as relações de colaboração intergovernamental nas áreas de responsabilidade comum ou em que há superposição inevitável de competências.

No Brasil, a forma federativa de organização político-territorial tem sido adotada desde o final do século XIX, quando da Proclamação da República em 1889, podendo ser observados formatos diferenciados desde então, de acordo com as especificidades de cada momento político e econômico do País. No período correspondente à República Velha (1889-1930), predominou um modelo em que as unidades federadas (na época, denominadas de províncias) eram detentoras de significativas prerrogativas de autonomia, com a União exercendo um papel menos expressivo.

No período de 1930 a 1945 houve redução da autonomia com a instalação do Estado Novo, em 1937, e foi implementado um modelo com maior grau de centralização, em que a União passou a atuar de maneira expressiva em diversas áreas de política pública, ampliando seu papel no domínio econômico e na legislação trabalhista. Entre 1946 e 1964, foram devolvidas diversas competências e direitos de autonomia aos Estados, resultando em um formato caracterizado por maior equilíbrio entre as tendências centrífugas e centrípetas da federação (ABRÚCIO, 2006).

Com a instituição do regime ditatorial em 1964, foram praticamente suprimidas as prerrogativas de autonomia das unidades federadas, assim como suas competências no campo tributário e legislativo, resultando em um modelo de organização político-territorial próximo ao de um estado unitário. Essa configuração centralizadora foi revertida com a democratização do país a partir do início da década de 1980, com eleições diretas para governador, em 1982. O papel desempenhado por esses e pelas lideranças municipalistas no âmbito do movimento de redemocratização produziu um modelo de federação bastante descentralizado, instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988.

1.2 Modelo federativo da Constituição Federal de 1988, a descentralização das políticas públicas e dos recursos fiscais

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de federação inovador, caracterizado pela presença de três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Esse desenho tinha por objetivo gerar um Estado descentralizado, que fosse mais suscetível ao controle democrático por parte das populações locais e estimulasse o trabalho conjunto e o compartilhamento de recursos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Coerente com essa lógica, o formato escolhido de divisão de competências entre as três esferas foi definido para gerar um estímulo à formação de um arranjo cooperativo. Este modelo de divisão está estabelecido nos artigos 21 a 25 da Constituição Federal de 1988, e se compõe de quatro formas de distribuir as competências na organização das responsabilidades entre a União, os Estados e os Municípios:

- ▶ **Competências exclusivas** — áreas cujo campo de atuação pertence ao domínio de somente uma das esferas da federação, não podendo ser delegadas a outras (art. 21);
- ▶ **Competências privativas** — áreas cujo campo de atuação pertence ao domínio de somente uma das esferas da federação, podendo ser delegadas a outras (art. 22);
- ▶ **Competências concorrenciais (conjuntas ou comuns)** — áreas cujo campo de atuação é compartilhado por, pelo menos, duas das três esferas da federação (art. 23 e 24);

- ▶ **Competências residuais** — áreas cujo campo de atuação não sejam de domínio exclusivo (ou privativo) nem compartilhado (art. 25, § 1º);

Apesar do formato descentralizado da federação brasileira, a maior parte das competências é de domínio **exclusivo** da União (relações internacionais, emissão de moeda, navegação aérea, aeroespacial e a infraestrutura aeroportuária, autorização de comércio bélico, serviço postal e o correio aéreo nacional etc.) ou **privativo** da União (legislar sobre: direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, sistema monetário, política de crédito, trânsito e transporte, seguridade social etc.). No segundo caso, a União pode delegar, mediante lei complementar, a competência legislativa aos Estados (BRASIL, 1988).

O compartilhamento de competências envolve tanto as de legislação, somente entre União, Estados e Distrito Federal, quanto as de gestão de políticas, envolvendo, neste caso, as três esferas da federação. As áreas de competência legislativa concorrentes incluem direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico, produção e consumo, educação, cultura, ensino, desporto, previdência social, proteção e defesa da saúde, proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência, proteção à infância e à juventude, entre outros (BRASIL, 1988, art. 24).

Nesses casos, cabe à União a definição das regras gerais, podendo os Estados atuar de forma suplementar ou mesmo legislar diretamente para sua abrangência territorial nos casos em que não houver legislação federal correspondente.

No âmbito da gestão de políticas, as três esferas da Federação atuam de forma conjunta nas áreas de saúde, educação, assistência, meio-ambiente, patrimônio histórico, habitação e saneamento

básico, produção agropecuária e abastecimento alimentar, proteção e assistência às pessoas portadoras de necessidades especiais e cultura, entre outras. Finalmente, as demais competências possíveis, **as residuais**, são reservadas aos Estados, desde que não sejam vedadas pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

No campo fiscal, a Constituição Federal de 1988 foi coerente com o formato de distribui-

ção de responsabilidades de gestão de políticas. Estabeleceu um modelo que combina a demarcação das competências exclusivas de cada ente da Federação para tributar com um sistema de repartição do produto da arrecadação da União com os Estados. Assim, à União, aos Estados e aos Municípios são reservadas prerrogativas de arrecadação exclusiva sobre determinados tributos, como mostra o **Quadro 2**:

Quadro 2 Distribuição das competências exclusivas de tributação por esfera de arrecadação

ESFERA DA FEDERAÇÃO	COMPETÊNCIAS DE TRIBUTAÇÃO
<p>Uniãoⁱ (art. 153, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre comércio exterior: importação de produtos estrangeiros e exportação, para o exterior, de produtos nacionais ou nacionalizados; ▶ Impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza; ▶ Impostos sobre produtos industrializados; ▶ Impostos sobre operações financeiras: operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários; ▶ Impostos sobre propriedade territorial rural; e ▶ Impostos sobre grandes fortunas.
<p>Estados (art. 155, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre herança e doações: transmissão <i>causa mortis</i> e doação, de quaisquer bens ou direitos; ▶ Impostos sobre circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ainda que prestados no exterior); e ▶ Impostos sobre a propriedade de veículos automotores.
<p>Municípios^{ii, iii} (art. 156, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre propriedade urbana; ▶ Impostos sobre a transmissão de bens imóveis; ▶ Impostos sobre serviços de qualquer natureza.

Fonte: (BRASIL, 1988).

ⁱ Cabe ainda exclusivamente à União instituir o imposto extraordinário em caso de guerra (CF, art. 154, II), o imposto relativo ao empréstimo compulsório para despesas extraordinárias e em caráter de urgência (CF, art. 148, I e II) e as contribuições sociais de intervenção no domínio econômico e no interesse de categorias profissionais e econômicas (CF, art. 149). A competência residual de instituir impostos também é exclusiva da União (CF, art. 154, I).

ⁱⁱ Excluem-se dessa base de tributação dos municípios, os serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, em virtude de serem da competência dos estados.

ⁱⁱⁱ Cabe ainda aos municípios, assim como ao Distrito Federal, instituir, mediante lei, a contribuição sobre os serviços de iluminação pública, observadas as disposições do art. 150, incisos I e III.

Além dos impostos que são de arrecadação exclusiva de cada um dos entes da federação, há tributos comuns que podem ser instituídos e arrecadados tanto pela União quanto por Estados e Municípios, que são as taxas e as contribuições de melhoria. As taxas podem ser instituídas em virtude do exercício do poder de polícia ou pela efetiva ou potencial utilização de serviços públicos específicos cuja prestação seja divisível. As contribuições de melhoria podem ser instituídas para tributar a valorização imobiliária decorrente do impacto da realização de obras públicas (CF, art. 145, III)¹.

¹ É importante ressaltar que qualquer taxa ou contribuição de melhoria específica, uma vez instituída por um ente da federação, sua arrecadação é exclusivamente realizada por essa esfera.

Uma vez arrecadados os tributos em cada ente da Federação, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de repartição do produto dessa arrecadação que privilegia a transferência de recursos fiscais para as esferas estadual e municipal, de maneira que essas possam financiar as ações correspondentes às políticas descentralizadas.

Há basicamente três formas de distribuição do produto da arrecadação entre as esferas da federação. Na primeira delas, a União instituiu o imposto, mas o produto da arrecadação pertence aos demais entes da federação. Esse é caso previsto nos artigos 157 (inciso I) e 158 (inciso I) da Constituição Federal, em que pertence aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem, como o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF).

Na segunda forma, a União instituiu o imposto específico e arrecada os recursos correspondentes, porém entrega aos demais entes federados parte dessa arrecadação, sendo que o mesmo ocorre com os Estados em relação aos Municípios. Assim, como previsto no artigo 159 (inciso II e § 3º) da CF, a União deve transferir aos Estados e ao Distrito Federal 10% (dez por cento) do produto da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados (IPI-EX).

Desse total, cada Estado, por sua vez, deve passar 25% (vinte e cinco por cento) aos respectivos Municípios. Da mesma forma, a União repassa diretamente aos Municípios 50% (cinquenta por cento) do produto da arrecadação do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), relativamente aos imóveis neles situados (art. 158, inciso II).

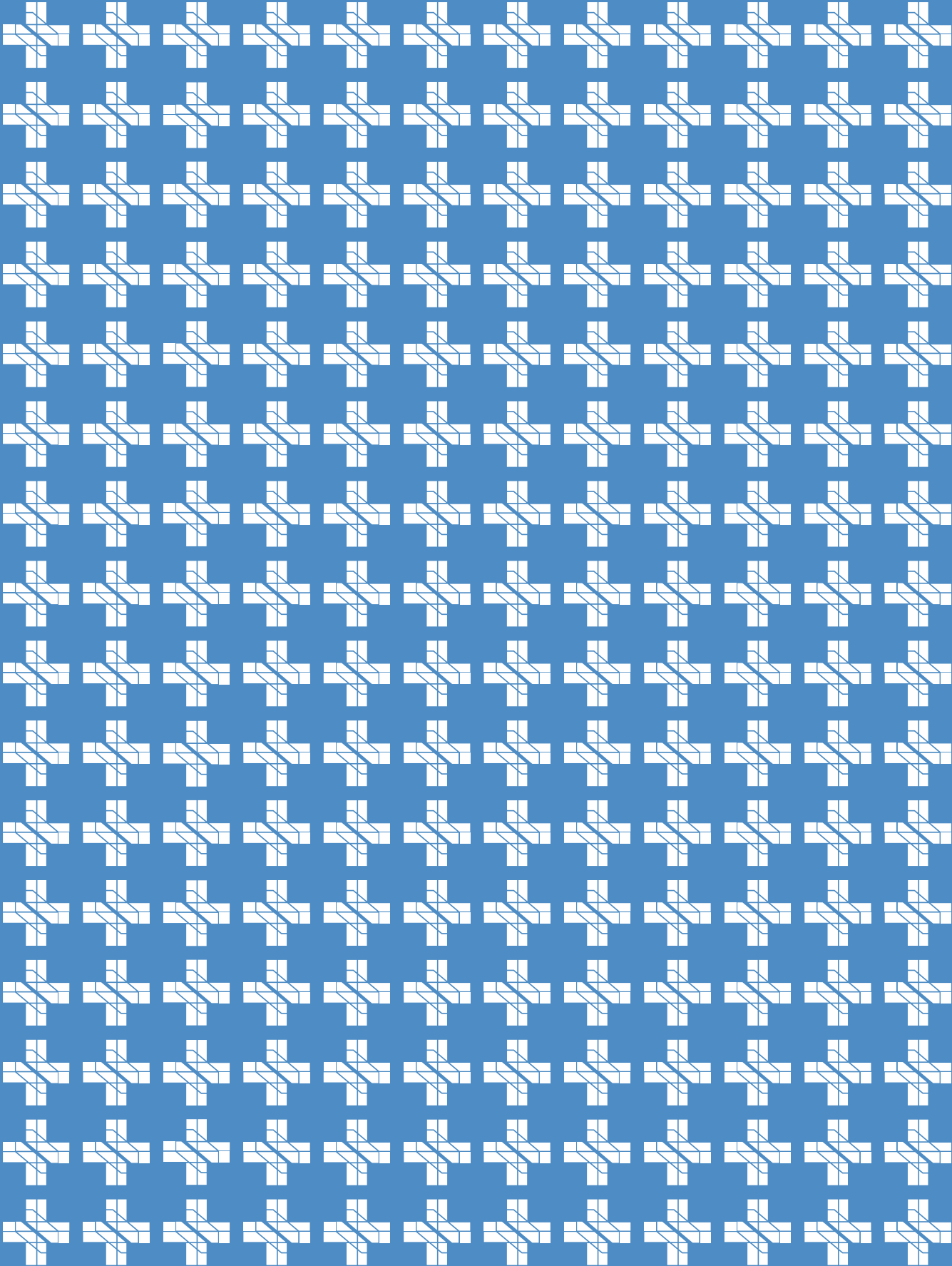
Seguindo esse mesmo formato de distribuição, os Estados arrecadam e entregam aos Municípios 50% (cinquenta por cento) do produto da arrecadação do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), licenciados nos respectivos

territórios municipais, e 25% (vinte e cinco por cento) do produto da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

Na terceira forma de distribuição de recursos, a União arrecada os impostos, destaca parte, seguindo uma fórmula predeterminada, e os repassa aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na forma de fundos específicos. Esse formato está previsto no art. 159 da CF, que dispõe que a União deve separar 48% (quarenta e oito por cento) do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) para compor o Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) (21,5%)², o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (23,5%), e os programas de financiamento ao setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (3%).

² O percentual relativo à arrecadação do imposto de renda e proventos de qualquer natureza pertencente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios deve ser retirado da base de cálculo dos fundos.

Como visto ao longo desse capítulo, a Constituição de 1988 foi determinante para a atual configuração da federação brasileira, fortalecendo a descentralização, no sentido de ampliar a participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que diz respeito às responsabilidades e à distribuição de recursos fiscais. Esses são os principais aspectos da federação brasileira e o modo como isso repercute na política de saúde será abordado a seguir. +



Princípios e diretrizes do federalismo no SUS

Este capítulo apresenta o disposto na legislação do setor saúde sobre o papel a ser exercido e as responsabilidades a serem cumpridas pelos entes da federação brasileira. Discute-se o modelo de governança político-institucional do SUS, mostrando como ele organiza o processo de tomada de decisões no âmbito da política de saúde. Esse modelo permite a participação de um amplo conjunto de atores e, finalmente, mostra as regras atuais que estabelecem o modelo de financiamento das ações e serviços de saúde e quais as responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

2.1 Distribuição de competências

A configuração das relações intergovernamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) visa concretizar a proposta de acesso universal, integral e equânime à saúde e está definida na Constituição Federal de 1988 (Capítulo II, seção II) e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Capítulo IV), cabendo a essa última dispor de forma mais detalhada sobre o tema.

Esses textos definem os fundamentos de organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelecem que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país.

Essa concepção é a base de uma arquitetura de organização federativa que combina um conjunto de competências comuns ou concorrentes com a alocação de competências específicas para cada esfera, como pode ser visto no **Quadro 3**.

Quadro 3 Distribuição das competências federativas no SUS entre União, Estados e Municípios³

ESFERAS DE GOVERNO	DISTRIBUIÇÃO FEDERATIVA DE COMPETÊNCIAS	
	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE CADA ESFERA	COMPETÊNCIAS COMUNS
União	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional; ▶ Elaborar o planejamento estratégico do SUS; ▶ Coordenar sistemas de alta complexidade; ▶ Coordenar sistemas de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; ▶ Formular a política nacional de produção de insumos e equipamentos; ▶ Promover a descentralização de ações e serviços de saúde; ▶ Estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população; ▶ Administrar recursos orçamentários e financeiros; ▶ Estabelecer padrões e mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde;
Estados	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promover a articulação sistêmica, o planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde; ▶ Monitor e avaliar as redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS; ▶ Elaborar e sistematizar os planos de médio e longo prazo no âmbito estadual; ▶ Fornecer apoio técnico e financeiro aos Municípios nas ações de descentralização; ▶ Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organizar e coordenar sistemas de informação; ▶ Elaborar e atualizar os planos de saúde; Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anual de Saúde (PAS); ▶ Elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde;
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde; ▶ Gerenciar as unidades públicas de saúde; ▶ Executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; ▶ Implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; ▶ Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos; ▶ Elaborar proposta orçamentária (Inciso X da Lei nº 8.080, de 1990).

Fonte: Lei nº 8.080, de 1990, LC nº 141, de 2012 (BRASIL, 1990).

³ O Distrito Federal acumula as competências típicas dos estados e dos municípios.

Nessa lógica, cabe às três esferas, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros.

De forma específica, cabe à União as atribuições de natureza estratégica para o desenvolvimento da política de saúde, tais como formular, apoiar a implementação e avaliar políticas prioritárias, em âmbito nacional; elaborar o planejamento estratégico do SUS em âmbito nacional; coordenar sistemas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância epidemiológica e sanitária; formular e participar da execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde; promover a descentralização de ações e serviços de saúde para Estados e Municípios; estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria; entre outros.

Os Estados possuem responsabilidades típicas de articulação sistêmica a serem exercidas por meio de atividades de planejamento e coordenação regional de todas as políticas, programas, ações e serviços de saúde presentes em seu território. Entre suas atribuições, poder-se-ia destacar o monitoramento e a avaliação de redes hierarquizadas no SUS; a elaboração e sistematização de planos de médio e longo prazo; o apoio técnico e financeiro aos Municípios nas ações de descentralização; a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; o gerenciamento de sistemas públicos de alta complexidade no âmbito estadual e regional; entre outros.

Finalmente, os Municípios estão encarregados da prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, quando possível, de média e alta complexidade, sendo a esfera de contato mais direto com a população. Entre suas principais atribuições estão as de executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e de saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde; entre outros.

Tal distribuição indica uma orientação explícita de constituir um modelo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, com expressiva participação de Estados e Municípios que, pela primeira vez na história do país, passam a atuar com protagonismo na organização e gestão das políticas de proteção social no campo da saúde. Tal padrão confere ao modelo brasileiro

de Estado de Bem-Estar Social uma característica única: um sistema universal em um federalismo tripartite de base local autônoma, com direitos originários de soberania garantidos constitucionalmente.

2.2 Governança federativa

A configuração institucional da governança do SUS é composta por instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder que asseguram a participação dos Estados e Municípios na elaboração das políticas e programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada das principais decisões que afetam os rumos da política de saúde no País.

O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde são as autoridades sanitárias responsáveis pela condução da política de saúde em suas respectivas esferas de governo. No âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) consiste no fórum de negociação e pactuação entre os representantes dos gestores das três esferas de governo. Assim, integram a CIT os representantes da direção do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2012).

A CIT possui competência para deliberar sobre os aspectos de natureza operacional do SUS, abrangendo as decisões relativas às questões financeiras e administrativas da gestão da política de saúde, à definição de diretrizes sobre a organização de redes de ações e serviços de saúde em âmbito nacional, estadual, regional e local e ao estabelecimento de normas acerca de regiões de saúde, distritos sanitários, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011). Essas mesmas atribuições são desempenhadas pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), existentes em cada um dos 26 Estados da federação e que reúnem os representantes da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde⁴.

Finalmente, as comissões intergestores regionais (CIR) compõem as instâncias de governança federativa do SUS — CIB e CIT —, conforme art. 30, incisos II e III, do Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011, onde os gestores municipais e o gestor estadual tomam as decisões relativas ao planejamento e à gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde. As CIR estão vinculadas às respectivas secretarias estaduais de saúde para efeitos operacionais e administrativos, devendo observar as diretrizes definidas na respectiva CIB (BRASIL, 2011a).

⁴ No Distrito Federal, não há a presença de uma comissão intergestores bipartite em função de sua natureza especial de organização político-administrativa, que não prevê a existência de governos locais autônomos.

A governança federativa do SUS é composta, também, por espaços onde a sociedade atua na política de saúde nas três esferas de governo, que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos de saúde são espaços institucionais presentes em cada esfera de governo voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Além do Conselho Nacional e dos conselhos estaduais e municipais de saúde, exigidos pela legislação, há também conselhos regionais, locais e distritais, a exemplo dos conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas. Esses últimos devem atuar sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera de governo correspondente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Os conselhos estão organizados na forma de um órgão colegiado, de natureza permanente e deliberativa no âmbito da estrutura organizacional do Poder Executivo, e sua composição é formada por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. A representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais setores que compõem o conselho, sendo 25% das vagas para os trabalhadores da saúde e 25% para os gestores e prestadores da saúde. As decisões do conselho deverão ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo correspondente.

As conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos — ou num período menor, se conveniente — possuem como objetivo produzir avaliações sobre a situação de saúde da população e definir diretrizes que irão orientar a formulação das políticas e programas de saúde para a respectiva esfera de governo. As conferências de saúde são convocadas, preferencialmente, pelo Poder Executivo ou, em caráter extraordinário, pelo conselho de saúde da respectiva esfera de governo, possuem caráter ascendente (as conferências municipais precedem as estaduais e, essa, a nacional) e sua composição abrange os diversos segmentos sociais do setor saúde.

Finalmente, em cada uma das três esferas de governo, há um fundo de saúde que consiste na unidade orçamentária voltada para a gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. As transferências financeiras intergovernamentais são realizadas diretamente entre os fundos de saúde, sendo o Fundo Nacional de Saúde (FNS) responsável pelas transferências federais para os fundos estaduais e municipais de saúde, assim como os fundos estaduais são responsáveis pelas transferências aos Municípios.

Partindo das características do modelo político-institucional vigente no Brasil, no qual se insere o setor saúde, o **Diagrama 1** mostra a interface entre as representações federativas e a governança no SUS.

A dinâmica desta governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, tais como a sociedade civil, que gera a demanda, a iniciativa privada, as instituições de ensino e pesquisa, os poderes Legislativo e Judiciário, órgãos de controle, fiscalização e defesa dos direitos, outros órgãos do Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento. Sob essa lógica, a iniciativa privada encontra-se no círculo mais externo, enfatizando seu caráter complementar ou suplementar de oferta e demanda, apresentando-se como provedor de bens e serviços a serem incorporados ao sistema quando da insuficiência de oferta pelo Estado.

Todo o complexo nuclear do diagrama (● e ●) é composto por órgãos governamentais do setor saúde e de instâncias componentes do SUS — em consonância com a Lei nº 8.142, de 1990 — e está em permanente interação com outras estruturas e instâncias da administração pública, com atores e instituições representativas da sociedade civil organizada e com organizações do mercado. Portanto, a governança federativa do SUS encontra-se inserida de maneira dinâmica na governança ampliada do setor, na medida em que a construção da política de saúde passa pela articulação com outras políticas públicas governamentais, dialoga com as demandas dos diversos grupos sociais pela garantia de seus direitos e requer a aquisição de insumos e produtos provenientes das estruturas produtivas do Complexo Econômico-Industrial da saúde. Neste complexo nuclear são definidas as diretrizes políticas para o setor e pactuadas as formas de operá-las.

No círculo intermediário (●), estão os órgãos governamentais externos ao setor, que também influenciam o sistema específico da saúde, compreende atores políticos como os chefes do Executivo (Presidente, Governador e Prefeito), gestores de políticas (ministros e secretários) e outros órgãos governamentais (Ministério Público, dentre outros). Tais órgãos tratam de políticas públicas conectadas por: princípios, públicos-alvo, arrecadação e gastos, fiscalização e defesa de direitos, influenciando sobre os determinantes e condicionantes da saúde, o financiamento e o funcionamento do setor.

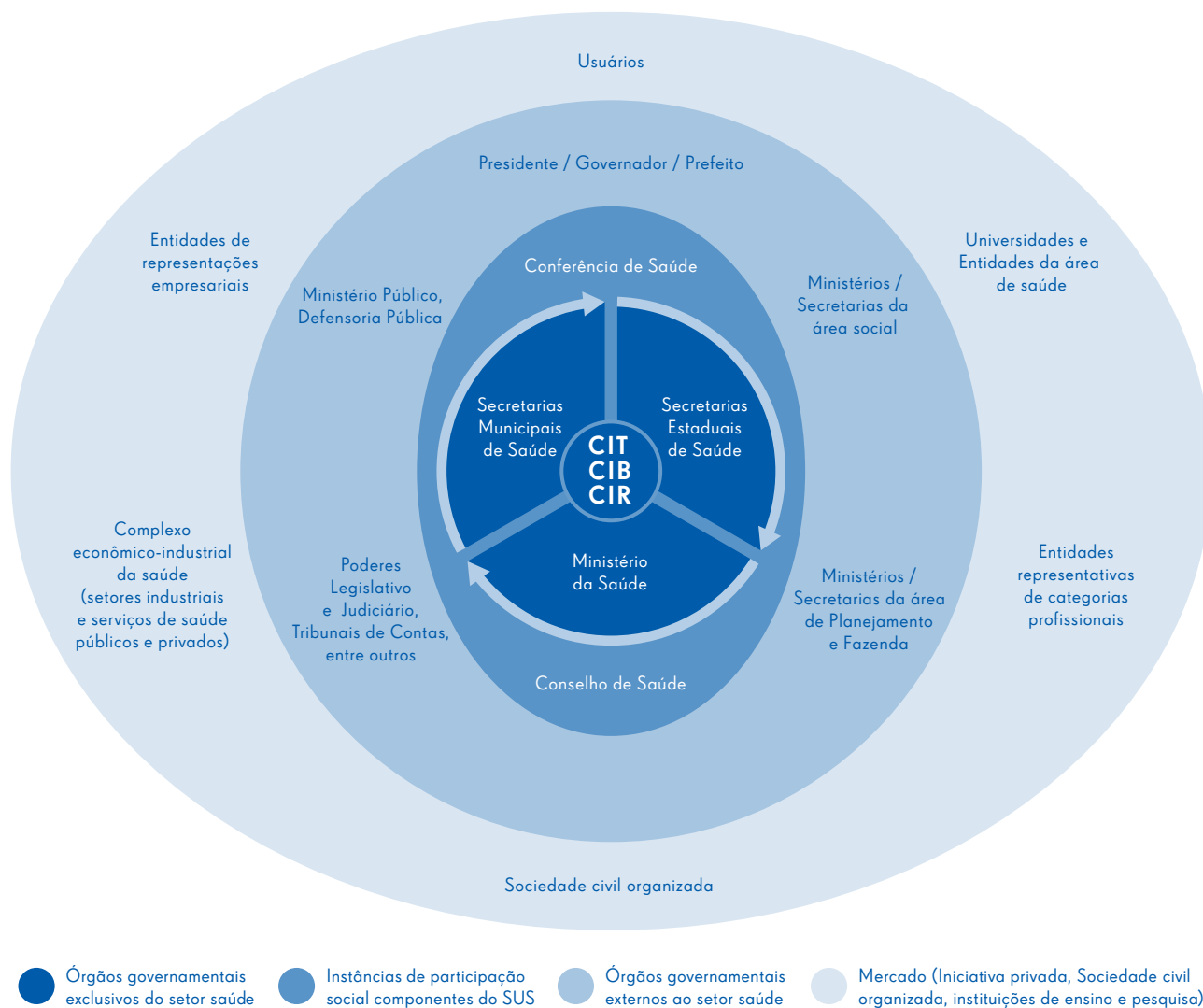
No círculo externo (●), está a sociedade civil organizada, dotada de representação política nas instâncias de participação social (●); porém sua ação não se esgota nessa representação, pois possui um protagonismo que possibilita a busca de outros canais legítimos para defender seus direitos. Trata-se de um modelo de governança ampliada do setor saúde, importando destacar que os atores sociais possuem um papel que transcende a representação no conselho. Esse conjunto de atores sociais interage de forma legítima nas decisões da política de saúde e nas demais políticas públicas a ele relacionadas, atuando em espaços e instâncias oficiais; na produção de debates; na realização de fóruns setoriais; na elaboração e divulgação de documentos

de referência; na realização de estudos e pesquisas; participação em grupos de trabalho de formulação de políticas e programas. Todas essas iniciativas de ação política, legitimamente reconhecidas pela legislação brasileira, produzem insumos que influenciam as decisões tomadas no âmbito da governança federativa do SUS.

Outro componente do círculo externo (●), o Complexo Econômico-Industrial da Saúde é influenciado pelo nível de desenvolvimento e de articulação entre os diversos componentes e políticas que estruturam o setor saúde de forma interdependente, contribuindo para o acesso do usuário a ações e serviços de acordo com as necessidades de saúde (GADELHA, 2003).

O diagrama abaixo mostra onde e como são declaradas as escolhas do governo e da sociedade no tocante à saúde coletiva.

Diagrama 1 O Papel das Relações Federativas na Governança do SUS



Fonte: elaboração própria.

2.3 Alocação de recursos financeiros da União

O aporte de recursos públicos para o financiamento das ações e dos serviços de saúde segue uma lógica semelhante ao modelo de distribuição de recursos fiscais da Federação, descrita na seção 1.1 do capítulo 1. Assim, uma parte dos recursos provém dos tributos instituídos e arrecadados em cada esfera de governo, como pode ser visto no **Quadro 4**. A União conta exclusivamente com essas fontes de recursos para financiar suas despesas com ações e serviços de saúde, podendo, porém, em casos especiais e previstos na legislação, recorrer a outras fontes de financiamento, tais como títulos de responsabilidade do tesouro, empréstimos junto a fundos federais diversos etc.

Quadro 4 Principais fontes de recursos fiscais empregadas pela União para o financiamento do SUS⁵

FONTES DE RECURSOS DO SUS	ORIGEM DAS RECEITAS	REGRA DE VINCULAÇÃO DE RECURSOS
Imposto sobre Importação (II)	Arrecadação própria	Valor empenhado em saúde no exercício financeiro anterior + variação nominal do PIB
Imposto sobre Exportação (IE)		
Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)		
Imposto sobre a Renda (IR)		
Imposto sobre a Renda Retido na Fonte (IRRF)		
Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)		
Imposto Territorial Rural (ITR)		

Fonte: elaboração própria.

⁵ O Distrito Federal acumula as competências de arrecadação e de alocação de recursos em saúde dos estados e municípios aplicando os 15% correspondentes à arrecadação municipal e 12% dos recursos da arrecadação de competência estadual.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) — que regula a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 — estabelece que cada uma das esferas da federação deve destinar valores mínimos que deverão ser aplicados anualmente para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Já na esfera federal, a vinculação de recursos tem como base o valor empenhado no exercício financeiro anterior, o qual deve ser acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Caso não haja aumento do PIB, deve ser investido o valor do ano anterior.

2.3.1 Alterações advindas da Emenda Constitucional nº 86 de 2015

A Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, alterou o inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo nova regra sobre o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde no SUS. A partir de sua aplicação, o patamar mínimo de recursos a serem investidos pela esfera federal passará a ter como referência a Receita Corrente Líquida (RCL) da União e não mais a atualização do montante aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB, regra essa que ainda está em vigência para o exercício financeiro de 2015.

De acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, a União deverá, doravante, aplicar o mínimo de 15% da RCL da arrecadação de competência federal a partir de uma regra progressiva, a ocorrer escalonada em cinco anos, sendo 13,2% no primeiro ano, 13,7% no segundo ano, 14,1% no terceiro ano, 14,5% no quarto ano e 15% no quinto ano. A partir do quinto ano, o patamar de 15% da RCL deverá ser o montante mínimo de recursos financeiros a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde.

Como pode ser visto no **Quadro 5**, a RCL consiste no somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviços, transferências correntes e outras receitas correntes, deduzidas, no caso da União, as transferências constitucionais e legais para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as receitas da contribuição patronal e do trabalhador para a previdência incidente sobre a folha de salários (Regime Geral da Previdência), os recursos de contribuição da União e dos servidores civis e militares para o custeio de sua previdência (Regime de Previdência dos Servidores Públicos) e as receitas do PIS/PASEP⁶.

⁶ O conceito de Receita Corrente Líquida está definido de forma detalhada no art. 2º, inciso IV, §§ 1º, 2º e 3º, da Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000.

Quadro 5 Fontes federais de financiamento do SUS, composição da Receita Corrente Líquida e regra de vinculação de recursos vigente a partir de 2016

CATEGORIAS DE RECEITAS E DEDUÇÕES	REGRA DE VINCULAÇÃO
RECEITA CORRENTE	
Receita Tributária	15% da Receita Corrente Líquida
Receita de Contribuições	
Receita Patrimonial	
Receita Agropecuária	
Receita Industrial	
Receita de Serviços	
Transferências Correntes	
Outras Receitas Correntes	
DEDUÇÕES	
Transferências Constitucionais e Legais	RCL = Receita Corrente Líquida - Deduções
Contribuição Empregador e Trabalhador p/ Seg. Social	
Contribuição Plano Seg. Social do Servidor	
Contribuição p/ Custeio Pensões Militares	
Contribuição p/ PIS/PASEP	

Fonte: elaboração própria.

Portanto, a partir do início da aplicação da EC n° 86, de 2015, o valor a ser aplicado pela União passa a guardar uma vinculação com o conjunto de fontes específicas que compõe a arrecadação federal, a partir de uma sistemática semelhante à regra já estabelecida para os Estados e Municípios pela Lei n° 141, de 2012, que regulamenta o disposto no texto da EC n° 29, de 2000. A diferença consiste na base de recursos para a vinculação: no caso dos Estados e Municípios, a base é o conjunto das receitas provenientes de impostos (receita arrecadada própria + transferências constitucionais e legais), enquanto, na esfera federal, será a Receita Corrente Líquida.

Portanto, o padrão definido pela legislação do SUS tem por objetivo constituir um desenho federativo com expressiva participação de Estados, Distrito Federal e Municípios, que valoriza o caráter unificado e integrado do sistema de saúde em âmbito nacional.

Essa característica está expressa na distribuição das competências e responsabilidades de gestão de políticas e programas, na organização e dinâmica da governança institucional e na alocação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde.

2.4 Alocação de recursos financeiros de Estados e Municípios

Os Estados e os Municípios, por sua vez, além dos recursos dos tributos de arrecadação própria, ainda contam com dois conjuntos de fontes adicionais que são as transferências constitucionais e legais e as transferências do SUS, ambas de natureza intergovernamental, como pode ser visto no **Quadro 6**.

As transferências constitucionais e legais são as decorrentes do modelo de distribuição federativa de recursos fiscais estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na legislação federal específica, já descrito na seção 2.1 deste capítulo. As transferências do SUS consistem, em sua maioria, em recursos do orçamento federal da saúde relativos a políticas e programas nacionais, cujas regras de transferência pela União e de utilização por Estados, Distrito Federal e Municípios estão dispostas na legislação infralegal federal editada, em sua maioria, pelo Ministério da Saúde (portarias, instruções normativas e outras). Os Municípios também recebem transferências do SUS provenientes dos Estados, embora em volumes menores do que os aportados pelo governo federal.

Quadro 6 Fontes de recursos fiscais dos Estados e Municípios para o financiamento do SUS

FONTES DE RECURSOS DO SUS, POR ESFERA	ORIGEM DAS RECEITAS	REGRA DE VINCULAÇÃO DE RECURSOS
ESTADOS		
Imposto sobre Transmissão <i>causa mortis</i> e Doação (ITCD)	Arrecadação Própria	12% do total, deduzidas as parcelas transferidas aos Município
Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)		
Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)		
Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)		
Outras receitas próprias (dívida ativa, multas, juros de mora etc.)		
Fundo de Participação dos Estados e DF (FPE)	Transferências Constitucionais e Legais	
Cota-Parte IPI Exportação		
Lei Complementar N° 87, de 1996 (Lei Kandir)		
Transferências Federais da Saúde	Transferência do SUS	100% dos recursos, nos termos da legislação específica

continua ▼

▼ conclusão

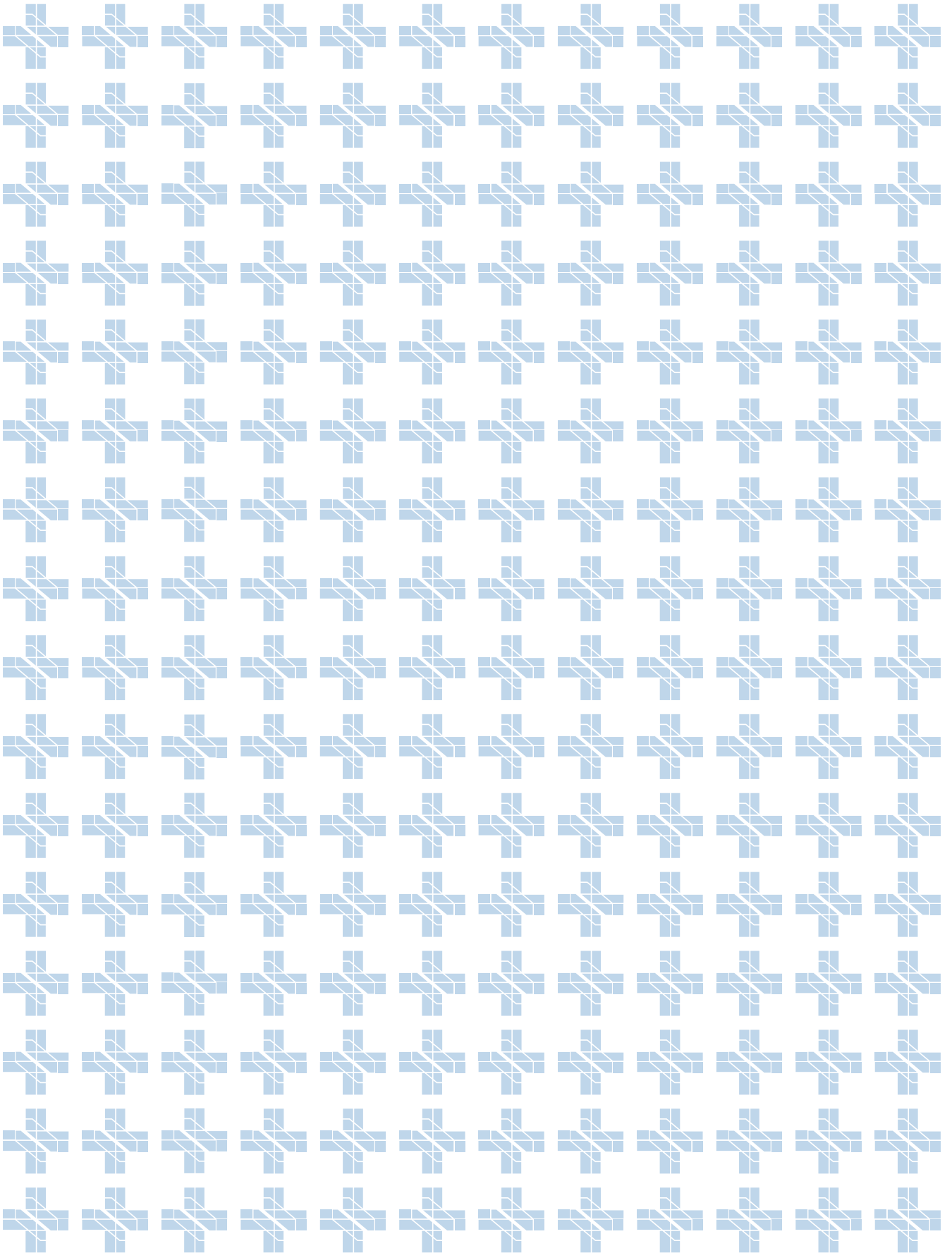
FONTES DE RECURSOS DO SUS, POR ESFERA	ORIGEM DAS RECEITAS	REGRA DE VINCULAÇÃO DE RECURSOS
MUNICÍPIOS		
Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana (IPTU)	Arrecadação Própria	15% do total
Imposto sobre Transmissão de Bens “Inter Vivos” (ITBI)		
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)		
Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)		
Outras receitas próprias (dívida ativa, multas, juros de mora etc.)		
Imposto Territorial Rural (ITR)	Transferências Constitucionais e Legais	
Fundo de Participação dos Municípios (FPM)		
Cota-Parte IPVA		
Cota-Parte ICMS		
Cota-Parte ITR		
Cota-Parte IPI Exportação	Transferências do SUS	100% dos recursos, nos termos da legislação específica
Transferências Federais da Saúde		
Transferências Estaduais da Saúde		

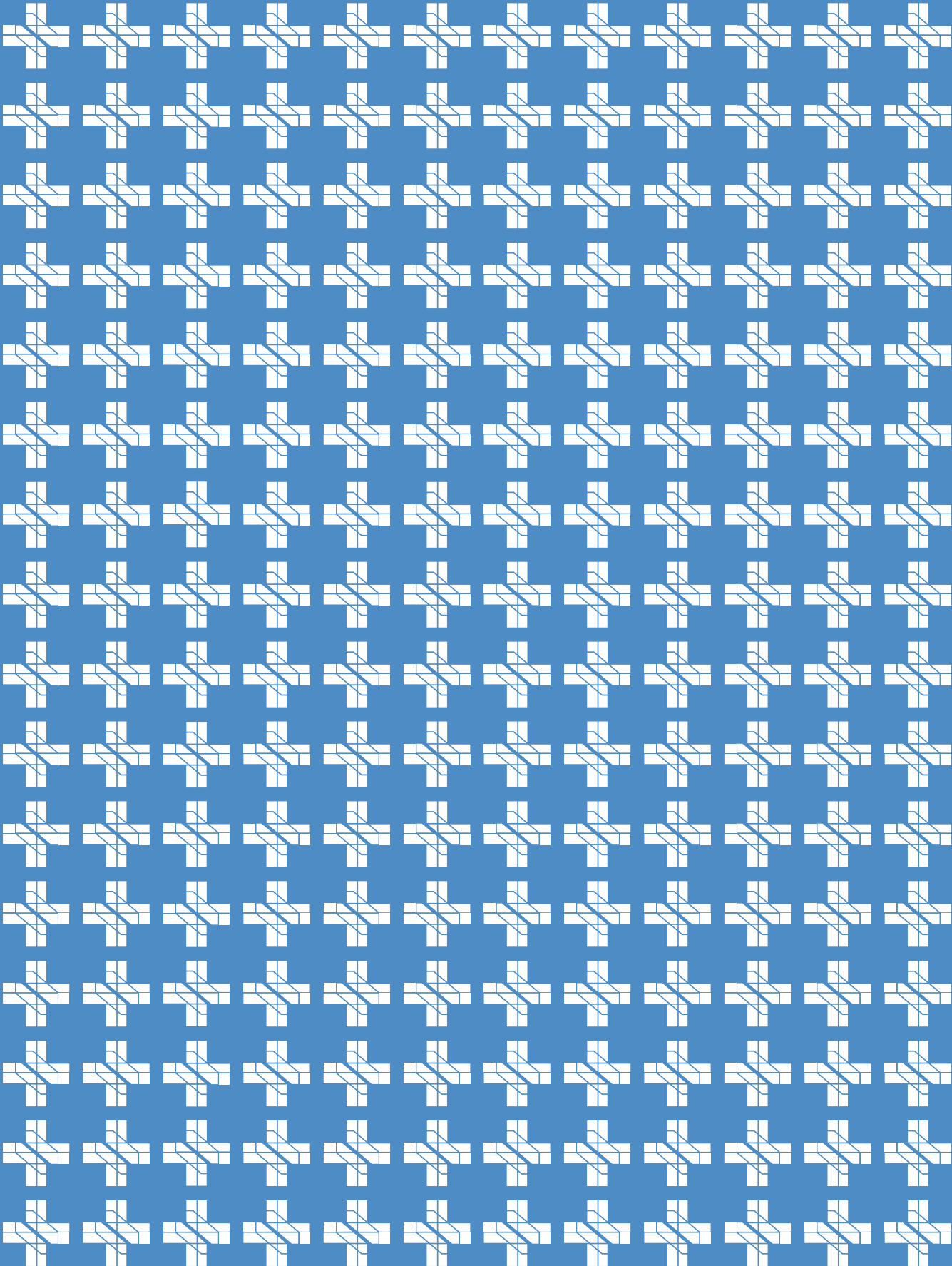
Fonte: elaboração própria.

Nas esferas estadual e municipal, a vinculação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde tem como base de cálculo o total dos impostos de arrecadação própria e das transferências constitucionais e legais (BRASIL, 2000), (BRASIL, 2012). Os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar anualmente 12% das receitas provenientes dos impostos do ITBC, do ICMS, do IPVA, do IRRF e de outras receitas próprias (dívida ativa, multas, juros de mora etc.) e das transferências federais do FPE, do IPI-EX e da Lei Complementar nº 87, de 1996 (BRASIL, 1996). Não estão incluídas na base de cálculo as receitas transferidas aos Municípios.

Por sua vez, os Municípios precisam aplicar 15% dos recursos provenientes do IPTU, do ITBI, do ISS, do IRRF e de outras receitas próprias (dívida ativa, multas, juros de mora etc.), das transferências federais do ITR e do FPM e das transferências estaduais do IPVA, do ICMS, do ITR e do IPI-EX.

É importante ressaltar que as transferências do SUS, provenientes das esferas federal e estadual, devem ser aplicadas em sua totalidade exclusivamente em ações e serviços de saúde. ➕





Planejamento e programação em saúde: abordagens, fundamentos e técnicas

Este capítulo tratará do planejamento e das técnicas de programação como parte dos diferentes de mecanismo de governança presentes na política de saúde e apresenta o modo como se instituiu, no setor saúde, o tema planejamento para o desenvolvimento social. Também serão discutidos aspectos da programação em saúde e o modo como essa se consolidou no Brasil.

A noção de planejamento é aplicada, fundamentalmente, em diferentes áreas do conhecimento como Administração, Economia e Política. Um dos pontos essenciais do planejamento é sua natureza estratégica, muito influenciada pelo uso nas ações militares. Na geopolítica, o planejamento estratégico pertence à própria natureza da diplomacia e das relações internacionais. No senso comum, a ideia costuma estar associada a organizar atividades, buscar melhores resultados, reduzir conflitos e incertezas. Neste sentido, programação guarda semelhança com o planejamento, embora seja uma expressão associada a objetivos delimitados e pontuais. Planejar ações políticas, definir estratégias econômicas, esquemas regulatórios, modelos de administração de empresas e negócios em geral fazem parte do cotidiano da ordem política e social. Como especialidade em seus diferentes ramos, o tema do planejamento é tratado por especialistas renomados em vasta literatura especializada das disciplinas aqui assinaladas.

Pode-se afirmar que planejar é reduzir incertezas. Logo, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como **Gestão do SUS**.

Para esses objetivos, tratar-se-á planejamento e programação como áreas de conhecimento e atividades referidas ao setor saúde, no qual o tema tem ampla utilização e grande diversidade de abordagens entre pesquisadores e dirigentes nas áreas pública e privada. Definir metas, estabelecer objetivos e planejar ou programar ações representam

o dia-a-dia dos gestores do setor público em saúde. As atividades regulatórias, sejam por meio de auditoria de processos ou de resultados, são afetadas por tais definições de objetivos e de metas.

Este capítulo abordará noções estabelecidas entre especialistas, sem a preocupação de cobrir todo o debate. Mais adiante serão referenciados alguns autores e textos que podem ser consultados para aprofundamento no tema e para conhecer o modo como são operadas no cotidiano do planejamento as diferentes técnicas aqui discutidas.

Em termos atuais, muito do que se discute sobre planejamento e técnicas de programação está associado à noção de contrato. O estabelecimento de contratos de entes públicos entre si e com agentes privados tem se tornado uma realidade cada vez mais forte no SUS, seguindo uma tendência internacional. Isto tem trazido para as arenas decisórias os interesses de atores, com ou sem fins lucrativos. Buscando desconstruir a ideia usual de contrato de mercado *strictu sensu*, tem-se trabalhado esta interação de atores públicos e privados, muitas vezes de forma controversa, como um dos aspectos da governança. Antes de tratar do planejamento e da programação como parte dos diferentes mecanismos de governança presentes na política de saúde será apresentado o modo como se instituiu no setor saúde o tema do planejamento para o desenvolvimento social. Em seguida, serão discutidos aspectos da programação em saúde e o modo como essa se consolidou no Brasil.

Há uma longa história do planejamento em saúde na experiência internacional e, especialmente, na América Latina. Um grande número de autores tratou deste tema orientado à construção de

sistemas públicos de saúde e às reformas sanitárias. Assim, foi criada uma sólida tradição em associar o planejamento às políticas de saúde. Em diversos casos, a produção dos autores principais foi aceita e praticada por agências de cooperação internacional na América Latina e, em particular, no Brasil. A seguir, uma resumida apresentação de algumas das principais abordagens sobre o assunto, sem a preocupação de abranger todo o tema.

3.1 Método CENDES/OPAS

Uma das mais antigas estratégias de planejamento em saúde na América Latina foi o desenho do método conhecido como CENDES/OPAS⁷, que surge em um ambiente favorável à intervenção do Estado na economia como forma de reduzir ou compensar as crises econômicas por meio do planejamento e do estabelecimento de incentivos específicos. Fundamentalmente a partir da década de 1920, a noção do planejamento foi entendida na América Latina como uma ferramenta do Estado para a promoção do desenvolvimento social e econômico. Na Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), por exemplo, um setor da Organização das Nações Unidas (ONU) criado em 1948, o planejamento econômico é visto como uma atividade governamental orientada a romper com a dependência dos países latino-americanos frente às economias desenvolvidas e estimular o crescimento econômico. As relações entre o pensamento *cepalino*, suas conexões com as técnicas de planejamento e a emergência do planejamento estratégico no contexto da América Latina foram tratadas por muitos especialistas. Giovanella (1991) apresenta uma análise minuciosa de todo o processo e de suas lacunas, a qual inclui a descrição da formação e dos conteúdos do método CENDES/OPAS e a emergência do planejamento estratégico sob a influência de formuladores relevantes para a cultura técnica da

saúde pública no Brasil, como Mario Testa e Carlos Matus.

Como analisado por Giovanella (1991), esse método aplica os fundamentos do planejamento da CEPAL no setor saúde para otimizar ganhos econômicos e diminuir custos, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício. O objetivo era orientar investimentos em programas com menores custos para mortes evitadas em um modelo de planejamento de caráter normativo.

Esse método foi muito difundido no Brasil e ensinado nas escolas de saúde, em cursos acadêmicos e em treinamento de gestores. A estrutura era em forma de planilha, onde informações de recursos utilizados, custos por absorção e agravos evitados eram cruzadas com o objetivo de orientar as decisões alocativas ou analisar o desempenho de sistemas e programas. A dificuldade estava na obtenção de informações consistentes e, principalmente, em estabelecer os benefícios esperados.

Embora seja difícil especificar quando e onde o planejamento central tenha começado no setor saúde, certamente o Método CENDES/OPAS representou o modelo institucional e oficial de busca de racionalidade burocrática no âmbito de estruturas administrativas (ministérios, institutos e secretarias de saúde) que operavam de modo predominante por meio de hierarquias, comando e controle. Ao longo de décadas, estruturas híbridas de cooperação entre Estado e mercado, que hoje podem ser trabalhadas no âmbito da governança, não estiveram presentes na agenda política do sistema público de saúde.

Uma série de soluções de planejamento em saúde se desenvolveu enquanto o método patrocinado

⁷ Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad de Venezuela. O método CENDES-OPS de Programação em Saúde propôs uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade.

pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) perdia importância. A perda de relevância pode ser atribuída a um conjunto de fatores, dentre os quais a dificuldade na obtenção de informações adequadas e o foco na produtividade e eficiência econômica em uma área especial, como a de saúde, contribuindo para a perda de consenso entre os especialistas, dirigentes e lideranças setoriais.

Em seu lugar, duas importantes estratégias se disseminaram em nosso país no que diz respeito à difusão de ideias de especialistas em planejamento para os dirigentes setoriais. São elas as abordagens de planejamento estratégico-situacional e as diferentes práticas de programação em saúde. Tratar-se-á resumidamente destes dois temas antes de entrar no item hoje dominante em termos de planejamento e que se refere aos mecanismos de governança e à entrada em cena da Nova Gerência Pública.

3.2 Planejamento estratégico

O planejamento estratégico é uma concepção geral que implica em dar à dimensão política o centro da elaboração de modelos. As relações entre atores políticos e instituições, tratadas como arenas, são analisadas e as orientações e estratégias são definidas a partir de conjunturas e equilíbrios de poder (MATUS, 1993). Muitos autores e instituições de saúde no Brasil utilizaram, desde a década de 1980, modelos diretamente definidos por Carlos Matus e por Mario Testa ou fizeram adaptações ou desenvolvimentos a partir de suas ideias (TEIXEIRA, 1993; RIVERA; HARTMANN, 2003; PAIM, TEIXEIRA, 2006). Especificamente com relação às concepções de planejamento situacional, Giovanella (1991) afirma que o planejamento estratégico situacional é uma evolução do pensamento crítico dos anos sessenta em relação ao planejamento econômico.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) se caracteriza por tentar conciliar a ação sobre uma realidade complexa, com um olhar estratégico e situacional, considerando a visão de múltiplos atores e a utilização de ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas. Pode ser considerado, conforme assinalado por Giovanella (1991), como uma vertente do planejamento estratégico de saúde, pois o pensamento de Matus, pelo seu frequente trabalho como assessor da OPAS, tem sofrido adaptações para a saúde. O PES se divide em quatro momentos, a saber: Explicativo: seleção e análise dos problemas relevantes para os atores chaves e sobre os quais se deseja atuar. Normativo: construção do plano de intervenção, a situação objetivo que se deseja alcançar. Estratégico: análise de viabilidade

das ações e a construção de sua viabilidade quando consideradas essenciais. Tático-operacional: implementação do plano.

O enfoque estratégico foi adotado, como dito, de modo direto ou adaptado para a cultura técnica do setor saúde no Brasil. Uma grande variedade de livros, artigos e teses foi produzida, assim como relatórios e consultorias a governos municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde, desde o fim da década de 1980 e ao longo da implantação do SUS, nos anos 1990.

Embora haja uma ênfase em atores políticos, as matrizes fundadoras e as diversas correntes políticas que animaram o debate entre correntes de planejamento situacional e estratégico na América Latina se fundamentavam na concepção marxista de estruturas de classes sociais (GIORDANI, 1979). A emergência dessa concepção de planejamento converge historicamente com a construção do movimento de reforma da saúde pública nos países latinos e a luta pela redemocratização dos países que estavam sobre regimes ditatoriais.

O pensamento marxista era muito presente na construção das políticas de saúde e de seus mecanismos estratégicos de desenvolvimento. Vale assinalar que a importância e relevância destes enfoques do planejamento, que acabam por ampliar a sua base cognitiva e que se tornaram influentes nas instituições de saúde na América Latina e Brasil, em particular, ocorrem simultaneamente a enfoques bastante distintos já em curso em outros países. Na década de 1980, começa a se desenvolver o modelo da Nova Gerência Pública, oriundo da cultura técnica britânica que se dissemina pela Comunidade Europeia. Além disso, com tradições fortemente

arraigadas nos Estados Unidos, e de desenvolvimento anterior, os modelos de Teoria dos Jogos tratam de problemas semelhantes aos dos conflitos de atores e instituições do planejamento estratégico, apesar de orientações políticas bem diferentes e de modelos de análise fortemente matematizados. Essas orientações chegam com maior força política ao Brasil apenas em meados da década de 1990 e por meio de instituições fora do eixo da saúde pública.

O planejamento estratégico no Brasil foi adotado em sua abordagem técnico-política, influenciando o desenho dos distritos sanitários e a organização dos serviços de saúde. Paim (1993) contesta a adoção desse planejamento situacional para a organização dos distritos, devido às limitações do método no que concerne à compreensão integral da realidade e dos sujeitos. Essa visão mais abrangente preconizada por Paim, que considera os elementos da promoção da saúde, da produção social da saúde e da visão de território vivo de Milton Santos (1978), ficou hegemônica no que se convencionou chamar movimento de Saúde Coletiva.

As reformas de saúde nos anos 1970 foram influenciadas por uma série de movimentos populares e políticos de redemocratização na América Latina, o que resultou numa outra forma de entender e construir planejamento em saúde e contribuiu com a construção – na academia –, do campo de Saúde Coletiva no Brasil.

Em consonância com a disseminação de abordagens do planejamento em saúde a partir de enfoques estratégicos, outra tradição se formou no setor saúde brasileiro e se relaciona à programação em saúde, o que passaremos a tratar na seção seguinte.

3.3 Programação em Saúde

A noção de Planejamento em Saúde como uma disciplina associada à programação é antiga e sua tradição não se superpõe ao que foi tratado aqui como um campo de planejamento estratégico e situacional, onde a mudança social ocupava o centro das preocupações de seus formuladores. Em certos aspectos, a programação em saúde, exceto nos anos 1990, quando se associa mais diretamente ao que se conheceu como Epidemiologia Social, tratou de objetivos, processos e práticas bem distintas.

Uma referência clássica à programação da ação de serviços de saúde foi o conhecido Relatório Dawson, de 1920. Este relatório definiu, para as condições observadas na Grã-Bretanha no início do século passado, a organização espacial e hierárquica de serviços de saúde a partir de sua unidade mais simples que é o posto de saúde. Neste sentido, foi precursor do que se conhece como uma estrutura de área organizada a partir de um posto ou centro de saúde e serviços de referência em seu entorno. O modelo preconizou a combinação entre a medicina preventiva e a curativa, sendo que as atividades dos serviços de saúde estariam articuladas ao trabalho comunitário e à atenção médica individualizada. Desta forma, um Centro de Saúde deveria agrupar diversos serviços médicos, preventivos e curativos, na qualidade de primários (tecnologia leve) ou secundários (maior densidade tecnológica) de modo a formarem uma organização. Os serviços primários devem cuidar da atenção domiciliar e os centros complementares cuidam de determinadas condições clínicas ou epidemiológicas específicas. A lógica territorial representou uma importante marca deste

modelo, que hoje pode ser reconhecida na forma de distritos ou regiões de saúde.

A lógica da programação em saúde foi influenciada pelo conhecido modelo da história natural da doença, preconizado por Leavell e Clark (1965). Neste caso, a atenção primária possui conotação preventiva e orientada, na forma de prevenção primária, para ações de promoção da saúde e de proteção específica. As ferramentas para a organização dos serviços de saúde em termos de prevenção, tratamento, redução de agravos e reabilitação incluem protocolos na forma de programas de saúde.

Os programas de saúde, especialmente na forma de Campanhas, constituíram a principal forma de ação do Ministério da Saúde no Brasil nas décadas anteriores à criação do SUS. As campanhas, como no caso do combate à tuberculose e à hanseníase, eram organizadas a partir do Ministério da Saúde e sua estrutura vertical chegava aos Estados e Municípios, onde a execução se dava de modo cooperativo com as secretarias de saúde.

Uma importante tradição se desenvolveu a partir da Sociologia da Saúde (DONNANGELO, 1976) e de seus nexos com a Epidemiologia Social (BREILH, 1991) para desenvolver soluções de ensino e de administração de serviços. Dessa forma, promoveu uma mudança na própria concepção de programação em saúde. Embora com diferentes orientações e tradições, esta área pode ser incluída no campo da Saúde Coletiva, e se forma com base na crítica ao modelo biomédico e ao modelo campanhista.

Uma expressão de tais concepções está muito bem estabelecida por Mendes-Gonçalves (1990) na demarcação entre a clínica médica como base

da organização dos serviços de saúde frente ao planejamento orientado pelas ações programáticas. Essas ações definem a ideia central de processos de saúde, considerando o contrato social e territorial. As teses centrais da ação programática não se resumem à simples padronização de condutas, não geram uma nova burocracia, não visam administrar recursos escassos para objetivos básicos e não se propõem a resolver, pelas estratégias de planejamento e de programação, todos os problemas da atenção à saúde (SCHRAIBER, 1999).

Os conflitos latentes entre a lógica da prática médica e a programação preconizada pelo planejamento foram objetos de algumas escolas em nosso País, por exemplo, em Schraiber (1999). Consoante a tais enfoques, Nemes (1996) define a ação programática como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada na integração sanitária e em tecnologias de base epidemiológica.

A possibilidade e a necessidade de observar a clínica como um espaço de decisão compartilhada, tema recorrente da Filosofia Aplicada à Medicina como na tradição fundada por clássicos como Canguilhem (2009), estimularam especialistas de diferentes enfoques a pensar práticas de planejamento das ações em saúde na forma de métodos bem delineados. Assim como a ação programática se firmou como uma tradição no setor saúde, outros autores buscaram caminhos próprios com os mesmos objetivos de articular na clínica mecanismos de decisão cooperada com implicações para a organização de serviços de saúde. Um destes métodos foi proposto por Campos, G. (2006) com o foco nos indivíduos (usuários, profissionais de

saúde, dirigentes) e em sua capacidade de atuar sobre as organizações. Este método (denominado *paidéia*) segue diversas tradições caracterizadas como de cogestão de organizações e de projetos, embora com elementos discursivos e práticas bem próprias e envoltas na noção de gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva.

Métodos participativos de avaliação foram cada vez mais integrados à gestão dos programas e dos serviços de saúde. Diversos manuais foram produzidos de modo a orientar a montagem de sistemas de monitoramento e diferentes escolas de planejamento cooperativo se formaram na experiência internacional e com repercussões em experiências aqui no Brasil. As noções de participação na gestão do sistema público no Brasil e a determinação de que órgãos colegiados tenham assento na tomada de decisões e no planejamento no SUS pertence à legislação constitucional e infraconstitucional e a atuação dos conselhos de saúde no planejamento de objetivos e procedimentos da política pública tem sido amplamente estudada na literatura setorial (MOREIRA et al., 2009).

Alguns dos métodos mais recentes e aqui também difundidos a partir de experiências europeias convergem para abordagens participativas de planejamento e de avaliação de resultados e de processos. Uma série de modelos sucedeu as tradições do CENDES/OPAS e do PES, em tempos distintos. Vários deles foram aqui difundidos tais como o *logframe*, desde 1969, o ZOPP⁸, da década de 1980, e uma versão mais flexível conhecida como

⁸ “Zielorientierte Projektplanung”: Planejamento de Projetos Orientados para Objetivos ou Planejamento Comunitário Interativo.

Project Cycle Management – em comum, representam certa evolução para um conjunto diversificado de técnicas denominadas de metodologias rápidas de avaliação (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

Embora o Planejamento Estratégico Situacional tenha sido aplicado em outros locais, em linhas gerais, as estratégias do PES são orientadas para aplicação nos níveis centrais.

3.4 Governança e contratos de gestão

Desde a década de 1980 e com maior ênfase na década de 1990, observa-se uma importante mudança nas preferências de pesquisadores, políticos e dirigentes no setor público por adotar contratos de metas nas relações entre financiamento governamental e agentes privados. Estratégias semelhantes também se difundiram no interior da própria administração pública como forma de mediar as relações entre hierarquias superiores e organizações prestadoras de serviços diretos à população nas áreas de saúde, educação e desenvolvimento social, entre outras.

Esta tendência recente decorre de movimentos distintos, mas que em comum se associaram ao que ficou conhecido na experiência internacional como Nova Gerência Pública. Hoje esta denominação, como ocorre com conceitos que se difundem e ampliam o seu escopo, perdeu algo de sua especificidade, porém a ideia central de reorientar a administração pública para uma administração orientada a resultados se manteve forte. O núcleo dessa direção se manteve e no Brasil foi incorporado ao planejamento governamental, como no caso do Plano Plurianual (PPA), e em muitas das relações estabelecidas com entidades parceiras e prestadores de serviços, como é observado no setor saúde.

As bases da Nova Gerência Pública foram consolidadas em um estudo marcante elaborado por Hood (1991) a partir de experiências anteriores de administração orientada a resultados. Em linhas gerais, tais modelos buscaram aplicar alguns elementos de gestão empresarial considerados bem sucedidos para a esfera governamental. Como

ferramenta de gestão encontrou ampla difusão no cenário europeu e especialmente nas orientações da Comunidade Europeia aos países membros, em diversos países industrializados e, inclusive, no cenário norte-americano em determinadas administrações democratas.

A partir dos anos 1990, vem ocorrendo de modo paulatino no Brasil o deslocamento do protagonismo do planejamento central e das modalidades estratégicas para um planejamento por objetivos e metas sob um regime de monitoramento e avaliação. Ao longo da implementação do SUS, uma série de contratualizações foram difundidas a partir das Normas Operacionais. Além disso, uma noção de contrato de gestão começou a se tornar comum.

A difusão dos contratos de gestão como elemento mediador de relações entre governos e prestadores privados não-lucrativos ocorreu por uma combinação de fatores que podem ser resumidos, por exemplo, na iniciativa de Reforma do Estado implementada desde 1995, a qual foi nitidamente influenciada pelos fundamentos da Nova Gerência Pública. Na prática, desde os anos 1990 e com maior ênfase nos anos 2000, as relações entre governos federal, distrital, estaduais e municipais entre si e prestadores de serviços de saúde ao SUS foram permeadas por contratos de diferentes graus de sucesso e fracasso de abrangência e consistência com organizações sociais, fundações privadas e associações diversas.

Em linhas gerais, este movimento consolida o que na experiência internacional de reformas do setor saúde desde os anos 1990 se conhece como separação entre o financiamento público de serviços sociais e a sua provisão aos usuários por entes de caráter privado.

Esse movimento ocorreu no Brasil de modo bem estruturado em certos casos ou de modo apressado e experimental em outros. Muitas vezes o modelo de contrato é inicialmente implantado, para só depois do funcionamento dos serviços organizar os setores responsáveis pela necessária regulação dos contratos e monitoramento de suas metas.

Neste novo contexto, parte das atividades do setor de planejamento das ações de saúde se orienta para as áreas responsáveis por contratos, transferências financeiras e de monitoramento e avaliação. Os governantes e sua estrutura executiva direta se concentram na decisão política sobre adotar ou não determinadas inovações e em viabilizar a sua aprovação junto ao legislativo e aos órgãos regulatórios. Os melhores resultados destas inovações costumam ser observados onde a capacidade de governo é maior. Isto ocorre porque a capacidade regulatória dos governos define a qualidade dos contratos e do envolvimento dos prestadores privados com as metas pactuadas. Neste ambiente de reformas se dissemina a cultura técnica dos indicadores de resultados. A proliferação de indicadores simples e compostos, que pode ser observada em todos os níveis da administração do setor saúde, é evidência desta mudança na cultura técnica do planejamento com relação às características descritas no início deste capítulo. Como todo o processo de mudanças em larga escala, exageros e insucessos também são frequentes.

Simultaneamente a esta agenda reformadora do setor público, a noção de governança se difundiu de modo mais abrangente entre os dirigentes, gestores e especialistas do que a denominação de Nova Gerência Pública, embora tratem de processos convergentes.

Assim, o debate nacional e internacional sobre planejamento e gestão convergiu para os diferentes mecanismos de governança. Este conceito nasce a partir de áreas da economia institucional e tem muitos elementos técnicos envolvidos em termos de conceitos como racionalidade e contratos. Não cabe aqui uma revisão conceitual nesta direção e sobre o processo paulatino de aplicação destas noções para as áreas de política e de administração pública. Em linhas gerais, governança diz respeito ao modo como decisões são tomadas. Isto vale para organizações, programas, sistemas e redes.

É importante perceber que instituições do Estado, de mercado e da sociedade civil cada vez mais estabelecem conexões em comum que representam um híbrido com instituições tradicionalmente conhecidas. Os mecanismos de governança aos quais se dedica hoje especial atenção são aqueles que representam interfaces com o setor público. Nesses casos, a lógica dominante é a do diálogo, das parcerias e das regras de consenso e compartilhamento de objetivos e decisões. Envolvem contratos de gestão, organismos colegiados, concessões. A variedade de situações observadas cobre um leque de condições mais próximas da lógica de mercado ou da lógica governamental.

Na discussão da governança, alguns autores apontam as variáveis de distribuição de poder, tomada de decisão coletiva, concertação, organização de agendas políticas e inclusão de cidadãos nessa nova ecologia de um Estado contemporâneo.

Em outros termos, emerge uma multiplicidade de atores que influenciam o processo político na tomada de decisão ou mesmo na execução das políticas públicas, construindo relações mais

horizontais, ocasionando um deslocamento da esfera do Estado para a sociedade (FLEURY, 2002). A chave dessa concertação talvez se dê no território, cujos autores da governança urbana e territorial se organizam na discussão dos problemas da urbanidade e de novos padrões de governança territorial.

A governança é a conjunção entre a capacidade técnica e a capacidade política dos gestores de tomar decisões inteligentes e compartilhadas, gerando um ambiente permanente de aprendizagem coletiva. No Brasil e no setor saúde, governança se tornou um conceito de ampla utilização. Entre os gestores do SUS, o termo é utilizado no contexto de uma gestão compartilhada. Ou seja, órgãos colegiados e relações federativas compõem mecanismos de governança cooperativa e isto condiz com o que se observa em experiências em outros setores e países. Além disso, a literatura especializada contempla esses mecanismos sob denominações tais como consensos, diálogos e híbridos, embora com mais ênfase, como dito, nas relações entre Estado e mercado, na forma de estruturas cooperativas intermediárias.

Em termos de planejamento, os mecanismos utilizados na gestão do SUS estão fortemente associados ao modo consensual de governança no que diz respeito às relações entre entes federativos. Diversos autores conferem nomes distintos para fenômenos muito assemelhados, como Jessop (2003), que classifica as formas principais de governança em trocas, comandos e diálogos. Há certo predomínio entre especialistas em apontar as formas intermediárias de governança como as mais inovadoras e promissoras, incluindo as instituições do setor público.

Um modelo como este pode ser adaptado para as relações entre órgãos de governo federal, estadual e municipal para o SUS.

A governança hierárquica (vertical ou de comando e controle) é mais característica dos órgãos de Administração Direta, embora a Administração Indireta muitas vezes reproduza tal condição. A hierarquia do Ministério da Saúde ou das secretarias de saúde são exemplos e a cadeia de comando segue do ministro ou secretário de saúde até os coordenadores de programas e diretores de serviços. A própria estrutura de comando está hierarquicamente submetida aos titulares do executivo (presidente, governadores e prefeitos). Por sua vez, muitas instituições neste modelo envolvem cooperação com associações civis ou empresas que as aproximam da governança consensual.

A governança de mercado (trocas ou contratos) é também facilmente identificada por meio da atuação das clínicas e hospitais privados, profissionais de saúde e indústrias de medicamentos e equipamentos presentes em diversas formas de mercado. Muitas situações de mercado sob regulação mais específica contemplam instituições intermediárias de cooperação que as aproximam da governança consensual.

O modo de governança consensual (diálogo, híbrido, horizontal, rede) representa uma ampla variedade de instituições onde os acordos, contratos sujeitos a arbitragem de terceiros e os órgãos colegiados predominam. O conceito pode ser utilizado de forma bastante ampla. No caso do Brasil, considerando que o tipo de federalismo contemplado no SUS exige ampla cooperação e aceitação mútua de normas e procedimentos, ao contrário de

formações federativas como a dos Estados Unidos (chamadas *madsonianas*) onde as responsabilidades e atribuições são bem demarcadas, é possível que sejam incluídos, nesse formato, órgãos como as comissões intergestores.

A governança consensual, no âmbito do SUS, inclui formas típicas como os conselhos nacional, estaduais, distrital, municipais e distritais de saúde indígena. As redes se apresentam de várias formas. Incluem os programas de saúde que envolvem gestores e serviços ou a atividade do terceiro setor. Em especial, as organizações sociais ou similares hoje disseminadas em todo o SUS são exemplos deste modo de governança onde um contrato de gestão mutuamente acordado é implementado sob financiamento governamental e sujeito a metas e monitoramento. Diversas formas de concessão de serviços e de convênios são contempladas neste modelo.

Como destaca Arretche (2003), o País construiu uma complexa engenharia institucional para realizar a governança da saúde em três dimensões, que seriam a relação democrática a partir das decisões exercidas pelo voto representativo; as relações entre níveis de governo, como a criação das comissões intergestores tripartite, bipartite, e comissões regionais; e a participação social por meio das conferências e conselhos.

As comissões intergestores são arenas de representação federativa, que têm poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos e pactuação de metas e responsabilidades entre os três entes da Federação.

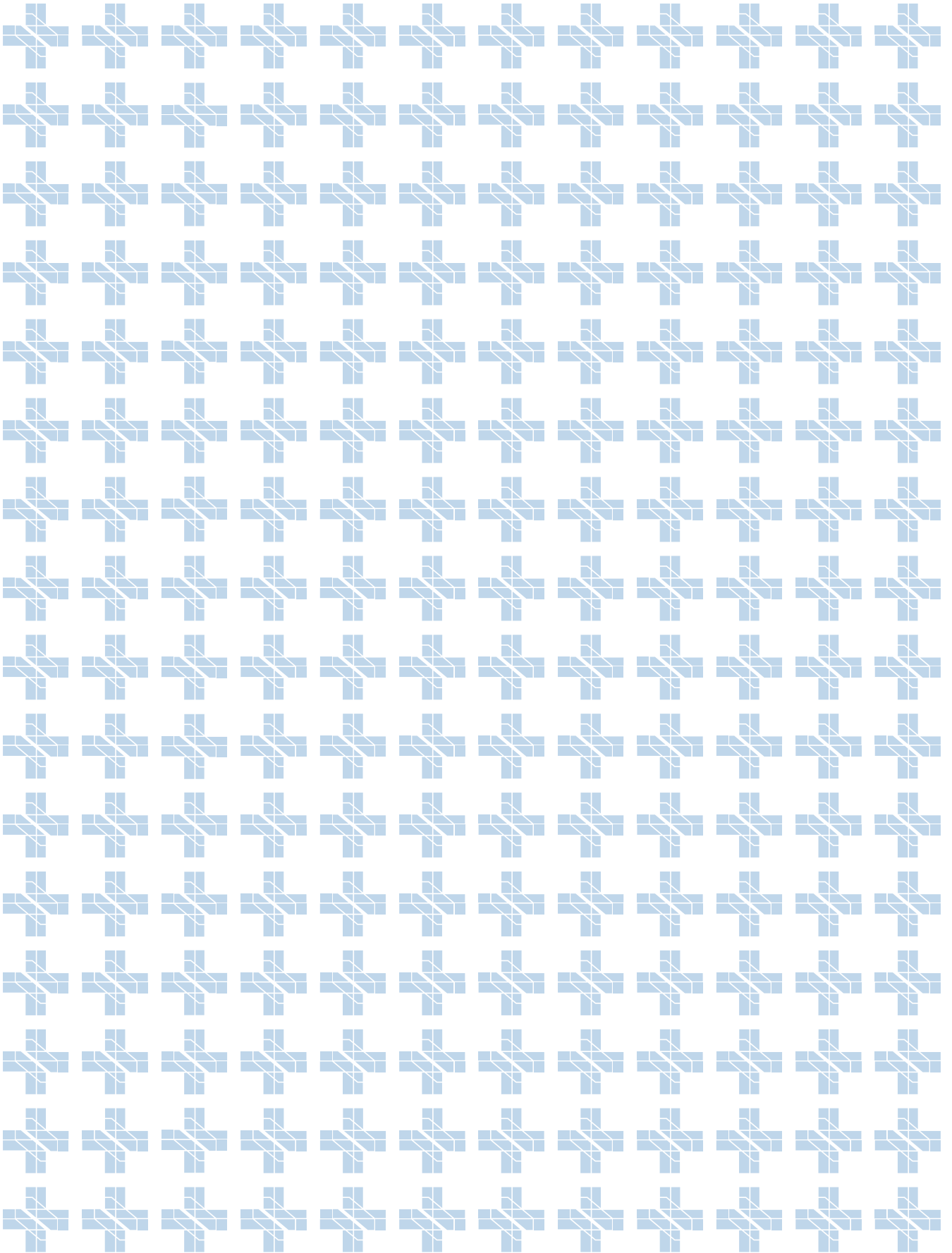
Em resumo, na dimensão federativa, a governança entre esferas se dá por meio das comissões intergestores tripartite e bipartite. O funcionamento de cada comissão se inicia nas câmaras técnicas, que são grupos de trabalho de técnicos da União, Estados e Municípios, no caso da CIT; e Estados e Municípios, no caso da CIB. As câmaras técnicas se reúnem a partir de uma necessidade de saúde para definir padrões de intervenção, programas, projetos ou estratégias de atuação, bem como suas fontes de financiamento. A partir daí, a proposta em forma de programa ou portaria é enviada aos conselhos diretores do CONASS, Conasems ou secretarias do Ministério para aprovação política. Só então é enviado às comissões para votação nas reuniões mensais. Caso não haja acordo entre as partes, há discussões para modificação ou a proposta é retirada da pauta e retorna à câmara técnica para ser reajustada às demandas do plenário.

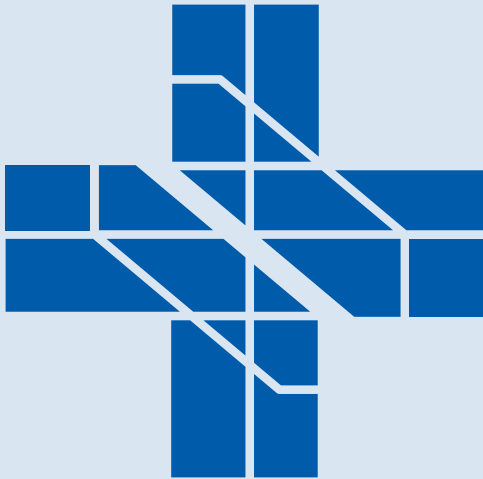
As conferências de saúde são grandes fóruns com representação de todos os segmentos sociais, que acontecem a cada quatro anos e têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Os conselhos são órgãos colegiados compostos por representantes do Governo, dos usuários, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde, que possuem caráter permanente e deliberativo. Na atual configuração do SUS, a instituição dos conselhos de saúde surgiu com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e a NOB/1993, que condicionava a habilitação dos Municípios ao SUS à existência dos conselhos municipais de saúde. O CNS é um espaço de participação social na administração do

SUS e atua no controle da execução da política de saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão, bem como aprova os planos nacionais de saúde e o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde. Em 2008, todos os Municípios e Estados brasileiros tinham criado seus respectivos conselhos de saúde (MOREIRA, 2009).

Concluindo, tratou-se, aqui, do planejamento em termos conceituais e das mudanças observadas nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, das diferentes experiências, abordagens, fundamentos e técnicas e da sua aplicação no setor saúde. Os modelos analisados ainda se mantêm no âmbito da administração pública e da gestão na saúde, com destaque para algumas tendências ao uso de novos mecanismos de governança, especialmente quanto às relações do setor público entre si e com o setor privado. +

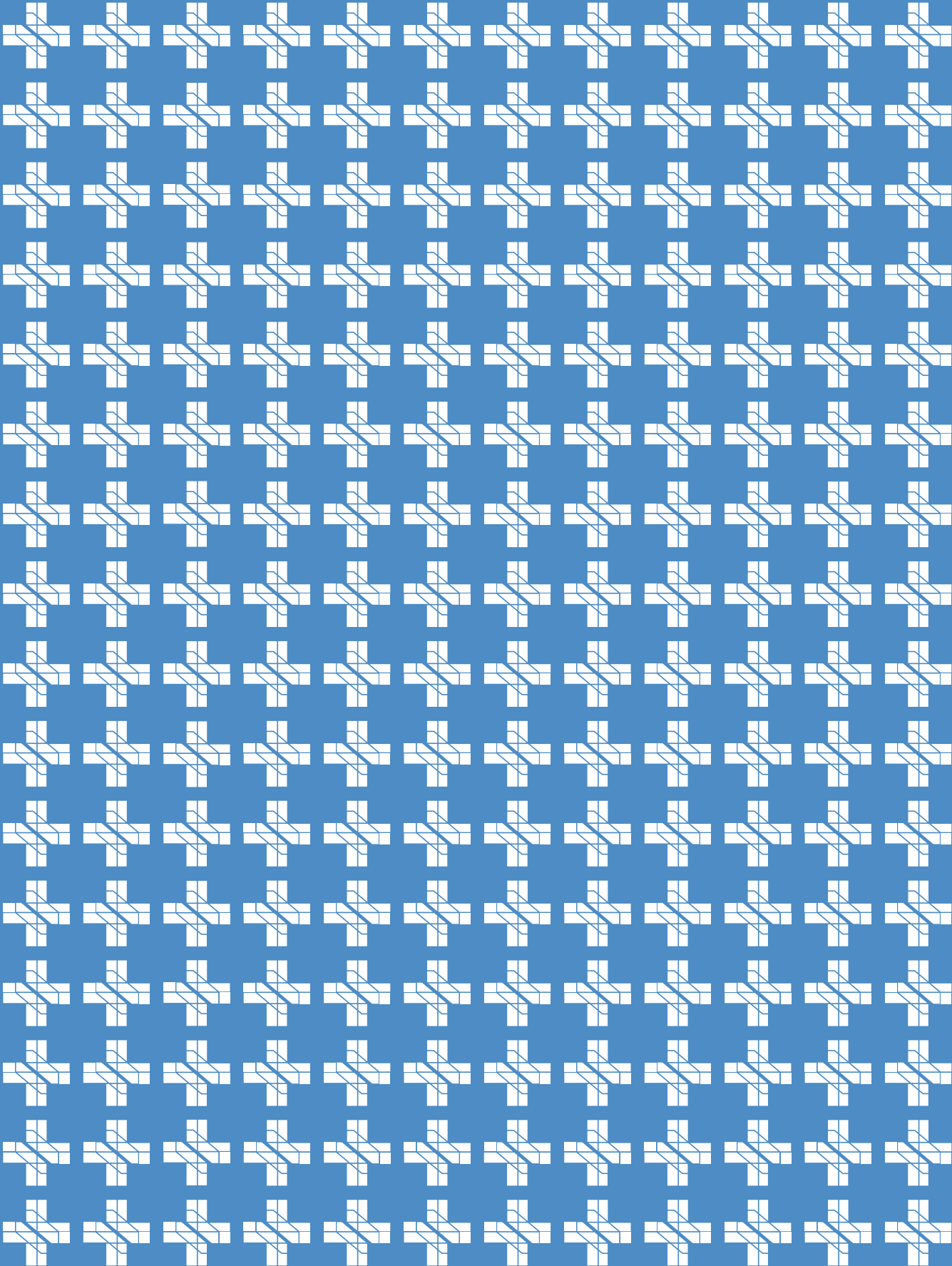




Parte II



Planejamento no SUS



Princípios e Diretrizes Normativas do Planejamento no SUS

Este capítulo elenca as principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental, no Estado Brasileiro, assim como as que devem ser observadas na realização das atividades de planejamento no SUS. Discute-se os princípios que orientam as responsabilidades dos gestores na condução das atividades de planejamento no SUS nas três esferas da Federação. O capítulo apresenta, ainda, a compatibilização dos instrumentos de planejamento governamental com os de saúde.

4.1 A Legislação aplicável ao planejamento no SUS

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

Essa articulação de tarefas entre as três esferas da Federação deve ser organizada a partir de uma distribuição de responsabilidades e atribuições definidas pelas normas e acordos vigentes. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os COSEMS, coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, buscando articulação de processos e instrumentos. O Distrito Federal, pelas suas peculiaridades, assume as responsabilidades típicas das secretarias de estado e de município.

Na busca da equidade regional, o Estado e os Municípios — em conjunto com seus pares nas respectivas regiões de saúde —, definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. *Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional* (§ 2º, art. 30, LC nº 141, de 2012).






Além disso, o planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde.

Assim, o planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização.

Os princípios gerais para o planejamento no Estado Brasileiro, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas, editadas ao longo de quase três décadas⁹. A legislação a ser observada no campo da saúde é composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental, quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS, conforme pode ser visto nos **Quadros 7 e 8**.

⁹ A exceção consiste na Lei nº 4.320, de 1964, que é anterior à Constituição Federal de 1988, porém suas disposições foram recepcionadas pelo novo ordenamento constitucional.

Quadro 7 Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no estado brasileiro




LEGISLAÇÃO	DISPOSIÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL
 Lei nº 4.320, de 1964	<p>Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração, execução e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.</p>
 Art. 165 a 169 da Constituição Federal de 1988	<p>Estabelece o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) como os componentes fundamentais do ciclo de planejamento e orçamento para os três entes da Federação.</p>
 Art. 195, § 2º da Constituição Federal de 1988	<p>Define que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social.</p>
 Lei nº 12.527, de 2011	<p>Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios visando garantir o acesso à informação previsto na Constituição Federal de 1988.</p>
 Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000	<p>Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA.</p>

Fonte: elaboração própria.

Assim, o planejamento no SUS deve observar ambos os conjuntos de normas de forma a articular o planejamento setorial com o ciclo geral de planejamento governamental da Federação.






As regras gerais de planejamento são orientações que devem ser seguidas por todas as áreas desenvolvedoras de políticas públicas e estão expressas, em sua maior parte, nos art. 165 a 169 e 195, § 2º, da Constituição de 1988, e na Lei Complementar nº 101, de 2000, além das normas de Direito Financeiro estabelecidas anteriormente pela Lei nº 4.320, de 1964. O setor saúde deve se orientar primeiramente por essas regras e, subsidiariamente, pelas disposições constantes das regras setoriais ou específicas que abrangem um conjunto mais amplo de normas, desde as Leis Orgânicas até as publicações infralegais, como portarias e resoluções mais recentes, com pode ser visto no **Quadro 8**.

Quadro 8 Principais normas e disposições específicas sobre o planejamento governamental no SUS

LEGISLAÇÃO	DISPOSIÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO NO SUS
 Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990	<p>Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde.</p>
 Lei nº 8.142, de 1990	<p>Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).</p>
 Emenda Constitucional nº 29, de 2000	<p>Instituiu a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.</p>

continua ▼

▼ conclusão

LEGISLAÇÃO	DISPOSIÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO NO SUS
 Portaria n° 4.279, de 2010	<p>Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado.</p>
 Decreto n° 7.508, de 2011	<p>Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Coap como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional.</p>
 Resolução CIT n° 01/2011	<p>Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.</p>
 Lei Complementar n° 141, de 2012	<p>Regulamenta o § 30 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; 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 3 (três) esferas de governo.</p>
 Portaria n° 2.135, de 2013	<p>Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.</p>

Fonte: elaboração própria.

4.2 Princípios do planejamento governamental no SUS

As diretrizes estabelecidas por esse conjunto de normas podem ser elencadas em sete princípios gerais que orientam os gestores das três esferas da Federação na organização de suas atividades de planejamento, com destaque para as disposições estabelecidas no Decreto nº 7.508, de 2011, na LC nº 141, de 2012, e especialmente na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS. Esses princípios estão apresentados nas seções a seguir.

4.2.1 Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua

O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente federado, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde.

Assim, os entes da Federação devem, obrigatoriamente, realizar atividades de planejamento. A elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação são obrigações condicionantes, inclusive, para o recebimento das transferências intergovernamentais.

O planejamento regular permite dotar os gestores de informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e redirecionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

Entretanto, para que se consiga construir um planejamento que permita dar suporte ao SUS, a legislação estabelece que cada um dos entes da Federação desempenhe seu papel específico, gerando complementaridade. Assim, o cumprimento das responsabilidades individuais em cada esfera da Federação é que irá permitir que as demais também possam realizar a contento suas atividades, o que exige que o planejamento seja integrado. Essa integração, para ser efetiva, pressupõe que haja articulação funcional.

Assim, por exemplo, a União, a partir de construção tripartite, precisa estabelecer diretrizes, objetivos e metas nacionais e o calendário nacional de elaboração para que os Estados possam definir as estratégias de coordenação do processo de planejamento em seu território e os Municípios iniciem, com seus pares, suas atividades nas respectivas regiões de saúde.

4.2.2 Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que as políticas de saúde, previdência e assistência devem estar articuladas no âmbito da Seguridade Social, criando sincronia entre os programas e ações voltados para a inclusão social. Essa articulação, do ponto de vista operacional, deve ocorrer nos processos de planejamento e orçamento, sendo necessário que os planos e os orçamentos do SUS estejam integrados com os das áreas de previdência e assistência. O orçamento da Seguridade Social é o instrumento de planejamento e orçamentação que articula e integra os programas dessas três áreas de política social e junto com o Orçamento Fiscal compõe o Orçamento Geral de cada ente da Federação.

Além disso, os instrumentos de planejamento da saúde — o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão — devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo — Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF.

A Constituição Federal de 1988 define a integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade do estabelecimento de uma conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados.

Do mesmo modo, tal conexão institui uma relação intrínseca entre os planos de curto e médio prazo e as programações anuais de gastos governamentais. Dada esta forma de estruturação orçamentária, o PPA consiste no ponto de partida que define as diretrizes gerais de ação do Estado nas três esferas de governo da Federação.

De acordo com o texto constitucional, cabe ao PPA a definição das diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública relativas às despesas de capital e aos gastos correntes delas derivados, ou seja, o PPA sintetiza as estratégias de médio prazo e as operacionaliza por meio dos programas que o constituem.

O PPA se estrutura em duas partes fundamentais que são a base estratégica e os programas. A base estratégica consiste no conjunto de análises de cenário e de prospecção estratégica que orientará o planejamento governamental. A base estratégica deve contemplar a análise da situação econômica e social, as diretrizes, objetivos e metas estabelecidas pelo chefe do Poder Executivo, a previsão dos recursos orçamentários e sua distribuição entre os setores ou entre os programas e diretrizes, objetivos e metas dos demais órgãos compatíveis com a orientação estratégica do chefe do Poder Executivo.

Os programas consistem na sistematização das ações que serão implementadas de acordo com as orientações definidas na base estratégica.

O detalhamento anual dos gastos relativos a cada etapa das estratégias adotadas é realizado pela LOA, cujo conteúdo deve guardar plena compatibilidade com as diretrizes expressas nos programas definidos no PPA. Enquanto o PPA compreende o planejamento governamental de médio prazo, para quatro anos, a LOA contém o detalhamento anual desse planejamento na forma das ações que deverão ser implementadas e dos recursos orçamentários que estarão disponíveis para o financiamento das políticas. Assim sendo, a LOA consiste na expressão anual do planejamento governamental, quando são previstos com maior detalhamento o volume de recursos arrecadados e como esses serão alocados ao longo do conjunto de programas e projetos que serão executados no exercício fiscal correspondente.

A integração entre o PPA e a LOA é função da LDO, consistindo no instrumento inovador instituído pela Constituição Federal de 1988 em matéria de organização orçamentária. Segundo esta última, cabe à LDO estabelecer, para cada exercício fiscal,

as metas e as prioridades da Administração Pública e os parâmetros de elaboração da LOA, além de dispor sobre um amplo conjunto de questões adicionais consideradas essenciais para que o planejamento de médio prazo, expresso no PPA, possa se traduzir em ação eficiente e eficaz de curto prazo. Esse conjunto abrange disposições relativas a possíveis alterações na legislação tributária e na política de pessoal da Administração Pública, a fixação de limites de gastos para os três poderes, as condições para que o equilíbrio fiscal seja obtido, o estabelecimento de critérios para limitação de empenho, a definição de medidas a serem adotadas em caso de redução dos montantes de endividamento, definição das condições e exigências específicas para transferências de recursos a entidades públicas e privadas, entre outras.

O ciclo de planejamento e orçamento de médio e curto prazos definido pela Constituição Federal de 1988 estabelece os prazos conforme apresentado no **Quadro 9** para que as peças de planejamento e de orçamentação sejam enviadas pelo Poder Executivo ao Legislativo, em cada esfera da federação, e esse faça a apreciação das mesmas e as devolva para sanção até o limite dos prazos estabelecidos.

Quadro 9 Ciclo de Elaboração do PPA, da LDO e da LOA e respectivos prazos

	PPA	LDO	LOA
Envio ao Legislativo	Até 4 meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro do mandato do chefe do Executivo. Data: 31 de agosto do primeiro ano de mandato.	Até 8 meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro. Data: 15 de abril de cada ano.	Até 4 meses antes do encerramento do exercício financeiro. Data: 31 de agosto de cada ano.
Devolução ao Executivo	Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro do primeiro ano de mandato.	Até o término do primeiro período legislativo. Data: 17 de julho de cada ano.	Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro de cada ano.

Fonte: elaboração própria.

Portanto, o ciclo de elaboração do planejamento no SUS, em cada esfera, precisa estar harmonizado com essa lógica para permitir que haja sincronia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais, no tempo. De forma mais específica, a Lei n° 141, de 2012, em seu art. 36, § 2°, estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão encaminhar para aprovação do respectivo conselho de saúde a Programação Anual de Saúde, antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente ao Legislativo, de forma a garantir que o setor saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente.

Nesse sentido, destaca-se a Nota Técnica do CONASS n° 05, de 2013, a respeito do art. 36, que orienta a elaboração e encaminhamento da Programação Anual de Saúde em duas etapas distintas, dentre as quais a primeira se refere à PAS para orientar a LDO e a segunda se refere ao detalhamento da PAS após aprovação da LDO. No **Quadro 10**, os procedimentos principais estão resumidos.

Quadro 10 Compatibilização entre PAS e LDO

ETAPA 1: Programação Anual de Saúde para orientar a LDO	ETAPA 2: Programação Anual de Saúde após aprovação da LDO
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Expressar as diretrizes do Plano de Saúde e suas respectivas ações aplicáveis ao ano subsequente ao do exercício, indicando as diretrizes e prioridades definidas. ▶ Elaborar documento com a programação resumida contendo as prioridades para o ano. Isso será realizado antes da análise do Relatório de Gestão do ano anterior (Conselhos e Tribunais de Contas) e das estimativas de receitas do ente. ▶ Apresentar, nos termos da LC n° 141, de 2012, esta Programação até 31 de março ao Conselho de Saúde e à secretaria de planejamento ou equivalente (elaboração do PLOA), que durante o mês de abril deve enviá-la ao Poder Legislativo, termos do inciso II do art. 35 da CF. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Detalhar, após a aprovação da LDO, a etapa 1, isto é, as diretrizes e as prioridades, quantificando metas e estimando gastos orçamentários e financeiros. Formato: detalhamento de ações e serviços de saúde, metas para o ano, indicadores e recursos orçamentários. ▶ Detalhar, baseado nos subsídios disponíveis: Relatório de Gestão, estimativas de receitas do Executivo, relatório do primeiro quadrimestre. Este documento detalhado propiciará a demonstração de dados e informações necessárias à aferição da execução.

Fonte: Adaptada da Nota Técnica do CONASS 05, de 2013.

4.2.3 Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite

As instâncias permanentes de negociação e pactuação intergestores são os espaços federativos de construção de consenso político e de desenvolvimento de estratégias intergovernamentais que possibilitam a ação conjunta e articulada do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Assim, no processo de planejamento no SUS devem ser consideradas como essenciais as pactuações realizadas nas comissões intergestores — CIR, CIB e CIT —, uma vez que esses espaços de governança têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS.

Portanto, todo o processo de planejamento integrado segue a lógica federativa clássica em que, apesar de cada uma das esferas ter suas responsabilidades específicas, as principais decisões sobre o ciclo de planejamento são tomadas a partir de consensos. Essa dinâmica de trabalho coletivo é típica de ambientes federativos e tem como objetivo conferir legitimidade às decisões e estimular o trabalho conjunto entre a União, os Estados e os Municípios.

Como resultado, um amplo conjunto de questões relativas ao processo de planejamento no SUS passa por negociações intergestores nos fóruns federativos do SUS.

Assim, as pactuações tripartites abrangem: as diretrizes gerais para a composição do conjunto de ações e serviços de saúde e de medicamentos essenciais a serem ofertados no SUS (Renases e Rename); as etapas e os prazos do processo de planejamento no SUS; as diretrizes nacionais para a organização das regiões de saúde; os critérios para o planejamento no SUS nas regiões de saúde; as normas de elaboração e fluxos do COAP; as regras de continuidade do acesso para o atendimento da integralidade da assistência nas regiões de saúde; as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de abrangência nacional, buscando orientar e integrar o planejamento da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, entre outras.

No âmbito estadual, as pactuações a serem realizadas nas CIB, entre os gestores estaduais e municipais, são relativas: às etapas e aos prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional; às diretrizes estaduais sobre regiões de saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federados; à conformação e à avaliação do funcionamento das regiões de saúde em cada estado; à continuidade do acesso às ações e aos

serviços de saúde da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde intraestaduais; à metodologia de alocação dos recursos estaduais; e à previsão anual de repasse de recursos aos Municípios (constantes dos planos estaduais de saúde), entre outras.

Finalmente, no âmbito das CIR¹⁰, as principais pactuações abrangem: o rol de ações e serviços e o elenco de medicamentos que serão ofertados na Região de Saúde (tomando como base a Renases e a Rename); os critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços; as diretrizes regionais sobre a organização das redes de atenção à saúde; a gestão institucional regional e a integração das ações e serviços dos entes federados na Região de Saúde¹¹; as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde (a serem incluídas no COAP); e a elaboração, a pactuação, o monitoramento e a avaliação de todo o processo de planejamento regional integrado nas respectivas regiões de saúde, entre outras.

¹⁰ É importante lembrar que há hierarquia federativa legal entre as decisões tomadas pelas instâncias de pactuação intergestores no SUS. Assim, as decisões a serem tomadas nas CIB devem observar as regras gerais constituídas pela CIT, enquanto as deliberações das CIR estão vinculadas às decisões previamente estabelecidas pela CIT e pelas respectivas CIB.

¹¹ Nesse caso, as diretrizes regionais devem observar as disposições estabelecidas na Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

4.2.4 Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS.

Para que as ações de planejamento possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem comprometer-se a realizar o monitoramento e a avaliação, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias empregadas para tal.

O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão. No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ser executados de forma individual e conjunta entre os entes federados, tendo como referência as respectivas regiões de saúde.

O monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período e o seu cotejamento com o planejado; enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores. A escolha

desses fatores ou critérios que irão orientar a avaliação depende do tipo de apreciação que se pretende realizar, uma vez que toda avaliação consiste na emissão de um juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas.

Os tipos mais comuns e empregados na avaliação são os que consideram: os efeitos sobre a saúde da população (avaliação de impacto ou de efetividade); a obtenção das prioridades e os objetivos iniciais estabelecidos (avaliação dos objetivos ou da eficácia); a racionalidade no uso dos recursos (avaliação da eficiência); as mudanças ocorridas no contexto econômico, político e social (avaliação de cenário); as disposições constantes da legislação (avaliação de legalidade ou de conformidade); a qualidade da estratégia de implantação das políticas e programas (avaliação da implementação); a análise e a apreciação de instâncias oficiais (avaliação oficial ou institucional); o aperfeiçoamento da capacidade de gestão dos quadros e das unidades da administração pública (avaliação de aprendizagem), entre outros.

A legislação do SUS busca induzir os gestores das três esferas a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade, combinando-as com algumas das outras modalidades de avaliação mencionadas acima. As principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população.

4.2.5 Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado

O planejamento ascendente e integrado na saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. O planejamento expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS.

Portanto, é essencial que o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos em âmbito nacional seja empregado pelas três esferas de governo para o desenho de seus instrumentos de planejamento, o que permitirá tanto criar uma ação sincronizada da administração pública em torno das grandes prioridades nacionais quanto uniformizar o formato e a linguagem do planejamento em todo o País. A integração do planejamento no SUS requer também que as três esferas da Federação orientem suas atividades de maneira funcional entre si para que haja complementaridade

e organicidade, evitando a duplicação de ações e projetos em algumas áreas e a ausência em outras.

Entretanto, o caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente desde os Municípios até a esfera federal. Assim, os planos municipais de saúde, elaborados a partir das definições estabelecidas nas conferências municipais de saúde, são a base para o planejamento das regiões de saúde, que por sua vez, orientam o planejamento em âmbito estadual. Da mesma forma, a esfera federal deve levar em consideração o escopo das atividades planejadas pelas unidades da Federação.

O Decreto nº 7.508, de 2011, introduz duas inovações essenciais para o aperfeiçoamento do planejamento no SUS e estabelece o planejamento regional em saúde como a base para a definição das metas e indicadores do planejamento da política de saúde, visando conferir maior complementaridade entre as ações a serem desenvolvidas de forma integrada pelas três esferas de governo.

Essas inovações consistem em estabelecer o conceito de metas regionais, que fazem interface com as metas municipais, estaduais e federais e introduzir a necessidade de formalização dos compromissos assumidos entre os gestores por meio de um instrumento jurídico-executivo, o COAP.

Desta forma, a integração do planejamento no SUS se organiza em torno do planejamento realizado nas regiões de saúde, onde são estabelecidas as metas e as responsabilidades específicas de cada uma das três esferas da Federação para que os resultados sejam obtidos. Assim, a integração do planejamento no SUS ocorre por meio da ação complementar entre o trabalho dos gestores municipais, estaduais e federal em cada região de saúde.

4.2.6 Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde

Dentre outras normativas, a LC nº 141, de 2012, dá ênfase à transparência e à visibilidade da gestão da saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade. Nesse sentido, sugere que a transparência e a visibilidade sejam asseguradas no processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão,


devendo ser submetidos à apreciação do respectivo Conselho de Saúde e realização de audiências públicas.

Portanto, o planejamento no SUS adquire também um caráter de instrumento de ampliação da transparência das ações governamentais, uma vez que a definição detalhada e clara das metas e das respectivas responsabilidades de cada um dos entes federados possibilita que a sociedade acompanhe o processo de implantação e gestão das políticas e programas e discuta seus resultados com os gestores. A prerrogativa de conhecer os resultados das políticas e de monitoramento da aplicação dos recursos públicos consiste em direito de cidadania enfatizado pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, denominada de Lei de Acesso à Informação. Essa Lei dispõe, em seu art. 5º, que “É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão” (BRASIL, 2011b). Como consequência, o planejamento governamental torna-se um instrumento ainda mais importante para que os cidadãos possam assegurar seus direitos.

4.2.7 Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

O planejamento no SUS parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos Municípios que compõe a Região de Saúde. A análise e o dimensionamento das necessidades de saúde devem privilegiar um conceito mais amplo de saúde, entendendo essa como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico. Assim, a análise da situação de saúde envolve primordialmente o conhecimento adequado e detalhado das condições de vida proporcionadas pelos diversos Municípios em cada região de saúde e das tendências de curto, médio e longo prazo (CAMPOS, 2013).

São essas necessidades que orientam a construção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores identificados como essenciais para a ampliação da qualidade de vida dos cidadãos e para a garantia plena de seus direitos de cidadania. A compreensão das realidades locais em cada Região de Saúde abrange o levantamento de um amplo conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, de infraestrutura urbana, de educação, culturais, ocupacionais, entre outros. São esses indicadores que permitem compreender as necessidades de saúde e

que, portanto, deverão ser tomados como ponto de partida para a tomada de decisões pelos gestores. Assim, a definição de quais serão as intervenções prioritárias que irão orientar a implementação ou o aperfeiçoamento do conjunto de ações e serviços de saúde no território deve ser fundamentada em seu impacto na ampliação do bem estar dos cidadãos. Em essência, a orientação do planejamento a partir das necessidades de saúde busca ampliar a efetividade das políticas públicas (OUVERNEY; NORONHA, 2013). 

PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL NO SUS

Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua

Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral

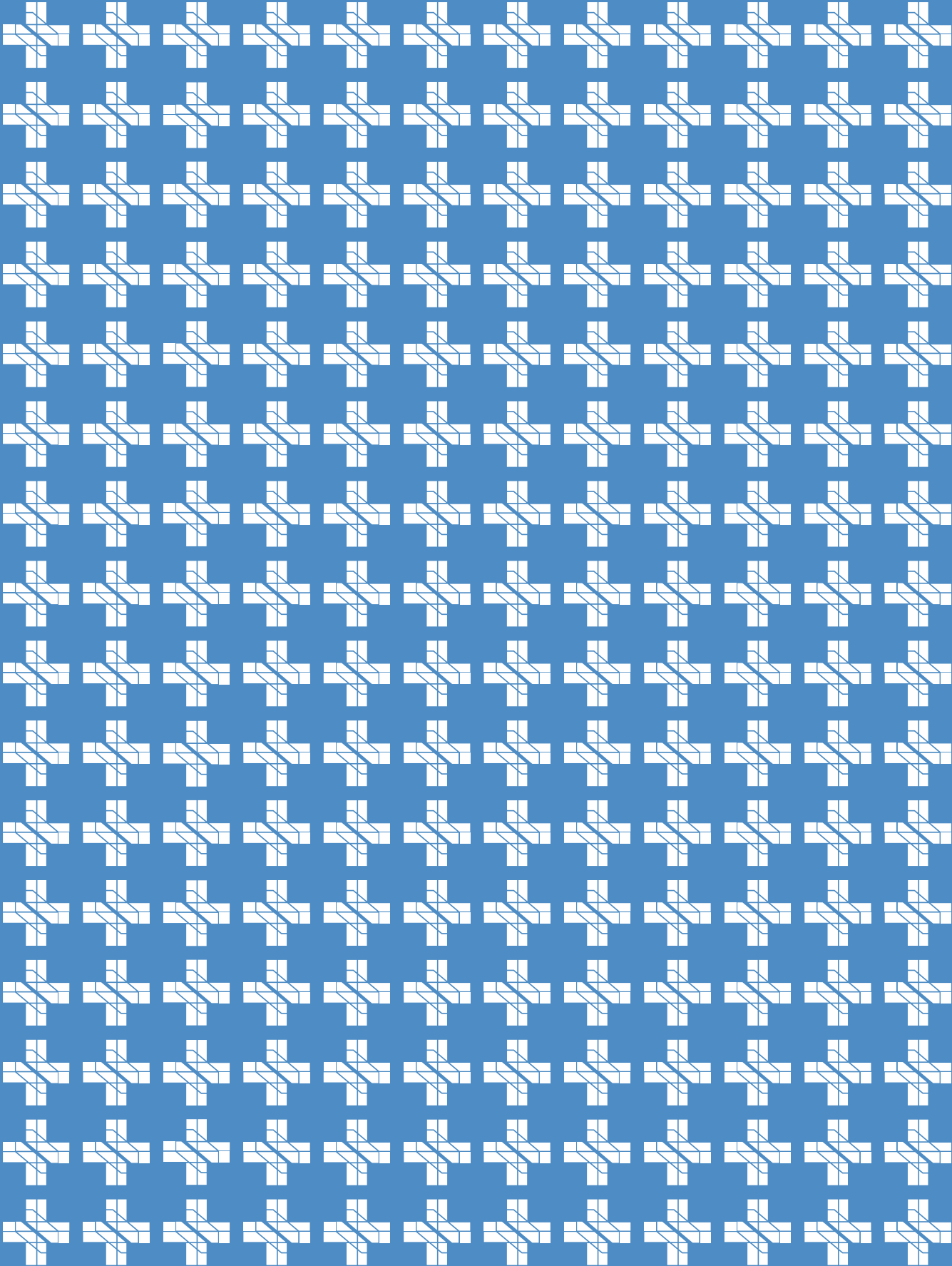
Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite

Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS

Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado

Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde

Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população



Planejamento Regional Integrado, ciclo e etapas de elaboração

Nos últimos vinte e cinco anos, dois movimentos se difundiram e tiveram papel central na política de saúde no Brasil: a descentralização para os entes federados individualizados, da formulação da gestão e implementação de políticas e a ideia de valorização das ações de melhor custo-benefício — gerencialista, conforme abordado no capítulo 3 — para a governança operacional do sistema, trazendo um crescimento no número e diversidade de atores envolvidos na oferta e gestão de serviços no SUS.

O resultado deste cenário foi um processo de enfraquecimento da capacidade de oferta, da decisão e do planejamento em saúde, fragmentando o sistema sob diferentes lógicas construídas em microespaços decisórios e interesses diversos, que nem sempre se pautaram nos princípios da universalidade e equidade.

A edição de novos marcos legais: o Decreto presidencial n° 7.508, de 2011, a Lei Complementar n° 141, de 2012 e a Portaria n° 2.135, de 2013, retomam a necessidade do desenvolvimento de um processo de planejamento de saúde, nos termos do planejamento regional integrado, onde a organização do território transcende o espaço do ente federado municipal e abrange a região de saúde, direcionando para uma modelagem do planejamento e sua interface com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Tratam do sistema de saúde observando o modelo desenhado a partir da conformação federativa nacional, que aponta para a interdependência de entes federados autônomos, conforme apontado nos capítulos 1 e 2.

O Planejamento Regional Integrado expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. O modelo preconiza que o planejamento consiste na base técnica do processo de regionalização.

Este capítulo apresenta o desafio disposto na legislação recente: planejar regionalmente com base em necessidades de saúde, para efetivação do processo de descentralização com partilha de responsabilidades sanitárias e superação da fragmentação do sistema. Dispõe sobre as inovações como modelagem de processo, instrumentos e estratégias, que auxiliam a organização regional de saúde alicerçada nos princípios do SUS, na gestão solidária e compartilhada, na busca do acesso em tempo oportuno para garantia da saúde como direito.

5.1 Planejamento, governança e instâncias intergestores

O processo de planejamento regional integrado enseja um conjunto de desafios que requer uma atenção especial por parte dos gestores nas três esferas do SUS, dentre os quais destacam-se os seguintes:

- ▶ Como selecionar informações relevantes para o conhecimento da saúde da população, onde encontrá-las e como utilizá-las?
- ▶ Como saber qual o volume de recursos financeiros que poderá dispor nos próximos anos e quais as regras de utilização?
- ▶ Como definir as prioridades da política de saúde para os próximos anos?
- ▶ Que atores devem ser incluídos no planejamento regional integrado para fornecer mais legitimidade ao processo?
- ▶ Qual o papel de cada um dos entes federados e como eles devem trabalhar articulados?

Essas questões são o ponto de partida para que os gestores possam organizar de maneira consistente suas atividades de planejamento e as respostas para elas podem ser encontradas tanto na legislação atual sobre o planejamento no SUS, quanto nas produções técnicas editadas pelo Ministério da Saúde.

Considera-se o planejamento regional como um processo que envolve um determinado padrão ou modo de governança. Na tradição recente do SUS, governança tem sido entendida como um mecanismo de tomada de decisões onde gestores dos três

esferas de gestão discutem e pactuam objetivos, metas e procedimentos. Esta noção de governança combina com o que foi discutido no Capítulo 3. Em especial no **Diagrama 1**, as instâncias intergestores são classificadas como estruturas de consenso e, portanto, dentro do escopo geral de governança. Nesse sentido, o planejamento no SUS e as instâncias intergestores serão tratados a seguir como processos típicos de um dado padrão de governança.

5.2 Planejamento no SUS, regionalização e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

A regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. A regionalização como princípio organizativo dos sistemas de saúde origina-se nas primeiras experiências de construção de sistemas de saúde de base locorregional na Europa no período entre guerras, com destaque para a proposta britânica inscrita no Relatório Dawson de 1920, como já apresentado no Capítulo 3. Porém, adquiriu ímpeto especial em um amplo conjunto de países na última década após uma agenda expressiva de descentralização que transferiu recursos, responsabilidades e capacidade decisória para a esfera municipal.

O empoderamento das organizações ou autoridades regionais e a instituição de estratégias diversas de coordenação para promover a articulação entre esferas ou autoridades locais são tendências observadas em diversos países com sistemas de saúde consolidados, como forma de reduzir os impactos negativos de natureza econômica, gerencial, política e de organização clínica advindos da descentralização. Se levada a níveis extremos, essa pode produzir a expansão de gastos, reduzir a eficiência alocativa, produzir níveis predatórios de competição, dispersar a capacidade de planejamento, contratação e avaliação, produzir bloqueios decisórios, minar a possibilidade de reformas importantes e criar barreiras à continuidade do cuidado (DE VRIES, 2000).

A regionalização das ações e serviços de saúde consiste em um processo de articulação funcional em um determinado território, onde se busca integrar todas as ações e serviços em uma ampla rede de atenção à saúde. Essa deve se fundamentar em um trabalho coordenado entre as unidades de saúde de diversos níveis e densidades tecnológicas, a partir de mecanismos clínicos, gerenciais e de governança que permitam aos usuários uma atenção contínua e integral, abrangendo a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação.

No Brasil, a regionalização consiste em um princípio fundante da organização do sistema de saúde inscrito no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e ratificado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990). As ações e serviços de saúde relativos ao SUS conformam uma rede regionalizada e hierarquizada de natureza descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade.

A interdependência entre as esferas da federação permite gerar complementariedades que ampliam a capacidade para resolver problemas típicos da gestão em saúde, como as dificuldades de aquisição de equipamentos e insumos de alto custo; o monitoramento de fenômenos epidemiológicos que se difundem de forma rápida; a contratação de profissionais especializados; as diferenças de capacidade institucional, *expertise* e de recursos existentes entre os governos municipais; a limitação de recursos para construir ou contratar unidades de média e alta complexidade; entre outros.

Ao longo da década de 1990, o processo de implementação do SUS privilegiou a transferência de responsabilidades, recursos e capacidade decisória para os Estados e, especialmente, os Municípios, o que permitiu a expansão da cobertura e a formação de bases locais mínimas de gestão de ações e serviços de saúde (MAFORT, 2014) (COSTA; RIBEIRO, 1999). Entretanto, esse processo foi acompanhado de poucos estímulos para a articulação regional e resultou em certa fragmentação e dispersão de recursos e unidades de saúde.

Desde o início dos anos 2000, quando praticamente todos os Estados e Municípios estavam habilitados em alguma modalidade de exercício descentralizado de responsabilidades e gestão de recursos, o Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias para estimular e aprofundar as relações federativas com o intuito de delinear com mais precisão as responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, no financiamento e na organização da atenção à saúde no SUS. Essa orientação tem sido enfatizada como fundamental para ampliar a capacidade de articulação e integração das ações e serviços de saúde.

A NOAS-SUS 01/02 enfatizou a necessidade da consolidação de uma lógica de estruturação de redes regionalizadas na forma de um sistema de saúde integrado regionalmente, introduzindo, em âmbito nacional, elementos estratégicos de integração intermunicipal tais como: a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos.

O Pacto pela Saúde, de 2006, (BRASIL, 2009) ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das

responsabilidades gerais da gestão dos Estados **coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde**, nas relações intermunicipais, com a participação dos Municípios da região.

O Pacto pela Saúde introduziu novas estratégias de integração e articulação da política de saúde ao instituir, como marcos fundamentais de consolidação institucional do SUS, um novo formato de condução das relações entre as esferas de governo e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais. O Pacto pela Saúde enfatizou o espaço regional como o *lócus* privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que esse é o espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

O planejamento integrado entre as três esferas de governo constitui a base para a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS preconizada pelo Decreto nº 7.508, de 2011.

5.2.1 Aspectos inovadores do Decreto nº 7.508, de 2011

O Decreto nº 7.508, de 2011, regulamentou as disposições contidas na Lei 8.080, de 1990 nas questões relacionadas à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, entre outras. O Decreto nº 7.508 é o resultado de uma estratégia da União para aprofundar o caráter cooperativo das relações intergovernamentais estabelecido pelo Pacto pela Saúde, institucionalizando no âmbito da gestão do SUS um conjunto de dispositivos organizacionais, gerenciais e assistenciais para consolidar a regionalização da atenção à saúde, tais como: as regiões de saúde, o mapa de saúde, as portas de entrada, as redes de atenção, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a Renases, a Rename, o planejamento na saúde e o COAP.

Assim, embora reafirme a concepção de federalismo cooperativo presente no Pacto pela Saúde, o Decreto nº 7.508, de 2011, tem como objetivo regular a estrutura administrativa do SUS, estimulando e induzindo o estreitamento das relações de interdependência entre as três esferas de governo para produzir resultados concretos na saúde da população brasileira. As inovações, com vistas ao fortalecimento da regionalização na saúde, que marcam a orientação federativa do Decreto nº 7.508, são: a formalização das instâncias intergestores e das pactuações intergovernamentais; a orientação do planejamento na saúde; a delimitação das responsabilidades sanitárias dos entes federados e a introdução da gestão intergovernamental por

contratualização. No apoio aos processos acima, estabelece inovações instrumentais como o Mapa da Saúde, a Renases e o COAP.

Considerando a autonomia e a interdependência dos governos da federação brasileira, a construção de pactos intergestores no SUS tem consistido, desde o início da década de 1990, no processo a partir do qual são tomadas as decisões sobre a organização territorial quanto a aspectos operacionais, financeiros, administrativos e à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde a serem ofertados para a população, estabelecendo contratos de compartilhamento. Entretanto, as instâncias intergestores, até a publicação do Decreto nº 7.508, de 2011, estavam institucionalizadas e reguladas por portaria ministerial. Com a edição desse Decreto, passam a ser reguladas por norma superior.

O Decreto nº 7.508, de 2011, também definiu que o planejamento no âmbito das regiões de saúde deve ter como base as necessidades municipais apuradas a partir do Mapa da Saúde, para o estabelecimento de metas de saúde, definindo que o planejamento municipal deve ser realizado com o objetivo de gerar funcionalidade entre os sistemas locais para garantir a integralidade das ações e serviços de saúde. Assim, as metas regionais impactam no planejamento de cada um dos Municípios de uma Região de Saúde e é a base para a definição da meta estadual. Essa orientação do Decreto nº 7.508, de 2011, reafirma a valorização do modelo de administração por resultados estabelecida pelo Pacto pela Saúde, inovando ainda mais ao vincular essa concepção à articulação regional. Para tanto, um conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) são definidos de forma tripartite para uniformizar entendimentos sobre resultados a serem alcançados pela gestão compartilhada e o fortalecimento do planejamento no SUS.

Além disso, o Decreto nº 7.508, de 2011, definiu que o planejamento deve especificar as responsabilidades sanitárias das três esferas de governo para o cumprimento das metas coletivas estabelecidas na região de saúde. Assim, para cada meta devem ser relacionadas as responsabilidades dos Municípios da Região de Saúde, do governo do respectivo Estado e do governo federal, cumprindo com o princípio legal da transparência na gestão (Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011) e promovendo a equidade regional.

Coerente com a orientação de induzir a interdependência regional, o Decreto nº 7.508, de 2011, introduziu a necessidade de formalização dos acordos relativos às responsabilidades das três esferas que compõem a região, por meio do COAP. A relevância desse dispositivo e a sua utilidade como instrumento de harmonização do trabalho coletivo entre os Municípios em uma região de saúde permitem que cada gestor possa conduzir suas atividades de forma a gerar complementaridade com

seus pares. Além disso, o COAP possibilita que os cidadãos, as instâncias e os órgãos governamentais de controle e avaliação monitorem o trabalho dos gestores, conferindo maior transparência à gestão do SUS.

5.3 Atribuições dos entes federados, regionalização e as etapas do planejamento no SUS

A regionalização e hierarquização compõem o modelo organizativo do SUS como estratégias de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde e construção de espaço político do debate decisório regional, buscando efetivar uma gestão solidária e cooperativa.

Assim, as regiões de saúde são espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde conforme dispõe o Decreto nº 7.508, de 2011. Este define os elementos constituintes das regiões de saúde, aponta estes territórios como referências para as transferências de recursos e para a construção das Redes de Atenção à Saúde, com base na identificação das necessidades de saúde e sob coordenação interfederativa.

A Resolução nº 1 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no SUS, define como objetivos para organização das regiões de saúde:

- I garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
- II efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e
- III buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais.

O planejamento no âmbito regional implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas comissões intergestores, o que demanda o fortalecimento

da governança exercida na Região de Saúde por meio da CIR. Tal fato traz a necessidade de uma organização que permita o acompanhamento permanente desse processo, uma vez que a CIR é a instância da pactuação, do monitoramento e da avaliação do planejamento regional integrado, como pode ser visto no **Diagrama 2**.

Diagrama 2 Padrão de planejamento regional



Fonte: elaboração própria.

A coordenação do processo do planejamento regional integrado é da gestão estadual e envolve todos os Municípios que compõem a Região de Saúde, o Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, e a União, por meio do Ministério da Saúde.

O planejamento da saúde realizado no âmbito da Região de Saúde, denominado planejamento regional integrado, vem contribuir para o alinhamento do conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a Região de Saúde, com destaque para os planos de saúde e respectivas programações anuais, conforme ilustra o **Diagrama 3**.

Diagrama 3 Ciclo geral de planejamento regional integrado no SUS



Fonte: BRASIL (2013).

A produção do processo de planejamento regional integrado comporá o COAP, expressando:

- I a identificação das necessidades de saúde da população e a análise da situação de saúde do território;
- II as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais, bem como os prazos de execução, indicadores e responsabilidades dos entes federados;
- III a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde — epidemiológica, sanitária e saúde ambiental — e assistência farmacêutica), conforme disposto na Renases e na Rename;
- IV as responsabilidades pelo financiamento (BRASIL, 2014).

O COAP é o instrumento empregado pelos entes federados para contratualizar as metas a serem obtidas em uma Região de Saúde e as ações de responsabilidade de cada uma das três esferas de governo. O COAP deve ser estruturado em quatro partes principais contendo as responsabilidades organizativas (parte 1), as responsabilidades executivas (parte 2), as responsabilidades orçamentárias e financeiras (parte 3) e as responsabilidades de monitoramento e avaliação (parte 4).

Na parte 1, relativa às responsabilidades organizativas, devem constar os compromissos dos gestores das três esferas de governo com os princípios e diretrizes do SUS, com a gestão centrada no cidadão, com a organização da pauta de ações e serviços de saúde (Renases e Rename), com as diretrizes sobre a rede de atenção à saúde e a garantia da continuidade do acesso, com o planejamento integrado, com as diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde, entre outras.

Por sua vez, a Parte 2, sobre as responsabilidades executivas, deve apresentar as diretrizes nacionais, estaduais e regionais, seus objetivos e metas regionais. Ao final da parte 2 do COAP, deve constar o quadro com diretrizes, objetivos metas e indicadores regionais, além de três anexos compostos, respectivamente, (1) mapa da saúde, (2) PGASS, Renases, Rename e os investimentos e (3) as responsabilidades dos entes pelos referenciamento dos usuários na rede.

Na parte 3, sobre as responsabilidades orçamentárias e financeiras, deverão constar os compromissos de cada ente da federação com o financiamento das metas definidas para a Região de Saúde por bloco de financiamento (Atenção Básica, Atenção

Especializada, Vigilância em Saúde e Gestão). Finalmente, na Parte 4, relativa às responsabilidades de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria, devem estar os compromissos dos entes com a transparência da gestão e a obtenção dos resultados, monitorados por meio dos relatórios oficiais do SUS. A versão integral do texto do COAP está disponível em modelo elaborado pelo Ministério da Saúde no seguinte endereço: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>.

5.3.1 Passos para o desenvolvimento/modelagem do planejamento regional integrado

No intuito de facilitar a realização do processo de planejamento regional integrado, apresenta-se uma proposta de modelagem para facilitar aos gestores sua execução.

A. Definição das regiões de saúde

O processo de planejamento regional integrado tem início com a (re)avaliação das regiões de saúde. Considera, para tanto, as novas normativas, em especial o Decreto n° 7.508, de 2011, e a Resolução CIT n° 1, de 2011, que definem a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Outro ponto a ser considerado refere-se ao mínimo de ações e serviços que deve conter a região a ser instituída. Mesmo sem quantificar os serviços ofertados, a definição das regiões de saúde deve observar a oferta de:

- I atenção primária;
- II urgência e emergência;
- III atenção psicossocial;
- IV atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V vigilância à saúde.

REGIÃO DE SAÚDE: é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Decreto nº 7.508, de 2011 e Resolução CIT nº 1, 2011

B. Elaboração do mapa da saúde e da análise situacional

A partir da definição das regiões de saúde é possível iniciar o processo de elaboração do Mapa da Saúde e da análise da situação de saúde da população da região. Esse processo visa reunir e sistematizar as informações de saúde da região para servir de base para a análise situacional. Essa etapa possibilita visualizar os diferentes recursos disponíveis no território, tais como a distribuição dos recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, possibilitando a identificação dos vazios assistenciais existentes.

O objetivo dessa etapa é identificar as necessidades de saúde da população e contribuir para o estabelecimento das metas de saúde da região. As necessidades são balizadas pelos parâmetros assistenciais vigentes.

C. Definição das responsabilidades sanitárias e das intervenções a partir das diretrizes, objetivos, metas e indicadores

A definição das intervenções a partir das diretrizes, objetivos, metas e indicadores retrata os compromissos dos entes federados na organização compartilhada das ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, com foco em resultados sanitários. O processo de definição tem como insumo prioritário os planos de saúde de cada Município que compõe a região, além dos planos do Estado e da União, conforme estabeleceu a Resolução CIT nº 05, de 2013:

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015, será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O ente federado poderá incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

A CIR é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas.

D. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é um momento do planejamento integrado e mantém estreita coerência com as prioridades, objetivos e metas estabelecidos no âmbito das regiões de saúde, com a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito dos Estados, em processo coordenado pelas secretarias estaduais e pactuado na Bipartite. A PGASS é o instrumento que possibilita a harmonização dos quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da região. Desta forma, relaciona-se com as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde e com as ações e recursos orçamentários e financeiros da Programação Anual de Saúde, necessários para o alcance das metas pactuadas, conforme expresso na Etapa 2 do **Quadro 10**.

O processo de elaboração da PGASS deve ser integrado aos demais processos e instrumentos de planejamento e abranger a totalidade das ações e serviços, em seus componentes de assistência à saúde, vigilância à saúde e assistência farmacêutica, em coerência com as diretrizes nacionais e critérios emanados das áreas correspondentes, mas integradas em processos e instrumentos unificados. Neste sentido, a proposta metodológica de elaboração da PGASS prevê um momento explicativo, com a finalidade de delinear o quadro de saúde dos Municípios e regiões, buscando alinhá-la às programações anuais de saúde e às metas dos planos de saúde.

Os produtos desse processo integrarão os compromissos contidos no COAP, compondo seus anexos de cálculo de metas físicas e recursos financeiros programados.

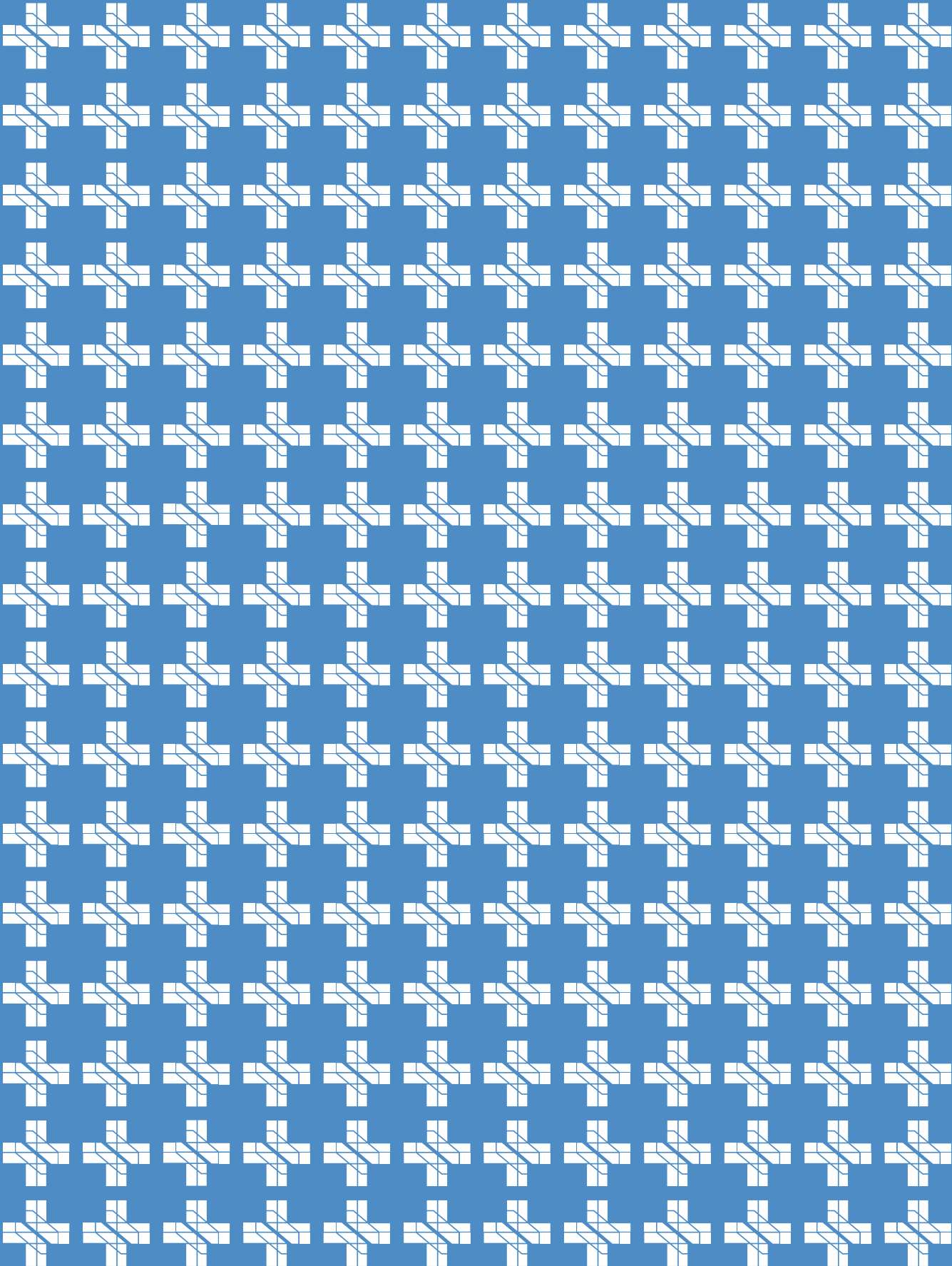
A PGASS é orientada pela Renases, no que se refere à definição da abrangência das ações e serviços de saúde, e auxilia no dimensionamento do déficit de recursos de saúde, investimento e custeio. Ao final, o registro do processo de pactuação é disposto em sistema informatizado.

E. Definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras

Com a definição das intervenções prioritárias, que contempla a definição das responsabilidades e metas de cada ente federado na execução das ações e serviços na região de saúde, tem início a definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras.

Os insumos que auxiliam a definição dessas responsabilidades são: a Programação Anual de Saúde de cada ente, os Planos de Ação das Redes Estratégicas (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras), os recursos da Vigilância em Saúde, Atenção Básica, entre outros.

Em síntese, o capítulo abordou o planejamento regional integrado, seu ciclo e suas etapas de elaboração, apresentando os novos elementos da modelagem desse processo. Detalhou os aspectos inovadores do Decreto n° 7.508, de 2011 como, por exemplo, a criação das comissões intergestores regionais e os novos critérios de conformação das regiões de saúde. A seguir serão abordados os principais instrumentos e ferramentas de apoio no campo da saúde, que vêm sendo utilizados para fortalecer o processo de planejamento no SUS. +



Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas de apoio para o planejamento no SUS

No âmbito das políticas governamentais, uma longa tradição que trata de formulação e de implementação, na forma de ciclo de políticas, está sistematizada na literatura especializada (HOWLET, 2009). Um dos momentos desse processo, o da implementação, implica na operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas ou atender necessidades, identificadas a partir da relação entre Estado e sociedade (VIANA, 1996), conforme tratado na parte I deste Manual.

A implementação de políticas de saúde exige definição da forma pela qual se darão as conexões entre a formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização nos serviços de saúde como tratado no capítulo 3. As conexões referidas podem estar mediadas pelo planejamento, no sentido que lhe é atribuído como parte da gestão dos sistemas e serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2003), na medida em que se constitui como um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar as decisões institucionais.

No processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão é identificada como um elemento central na política de saúde, o *locus* onde esta se opera. Por outro lado, o planejamento pode ser designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (GIORDANI, 1979; MATUS, 1993; PAIM, 2002; CAMPOS, 2003).

Essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

Este capítulo aborda o instrumental utilizado no planejamento da saúde, suas estruturas básicas, as ferramentas de apoio, bem como as agendas dos gestores e do conselho de saúde, onde se expressam os tempos de manifestação de cada instância para consecução desse processo.

Ressalta a necessária compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas programações anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, em cada esfera de gestão, que servem de base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados.

Para tal fim, o capítulo trata, ainda, das ferramentas de apoio à construção do instrumental de planejamento que objetivam favorecer a prática gestora, a transparência e visibilidade possibilitada pelos meios eletrônicos de acesso público e tecnologia *web*, mecanismos facilitadores do direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos.

6.1 Instrumentos para o planejamento e orientações para a sua elaboração

Os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

6.1.1 Análise de situação de saúde com base no mapa da saúde

É o processo de identificação, formulação e priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população em um determinado território, orientando a definição das medidas a serem adotadas. A análise situacional é feita a partir do processamento e da análise de um conjunto de dados que são trabalhados com vistas a identificar as características de saúde da população de um determinado território. Quanto mais elementos puderem ser agregados na análise situacional, mais rico e preciso será o seu resultado. A análise situacional é orientada, dentre outros componentes, pelos oito temas trabalhados no Mapa da Saúde.

6.1.1.1 Mapa da Saúde

Segundo o Decreto nº 7.508, de 2011, o mapa da saúde deve conter a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e se inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar

o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros.

O Mapa da Saúde fornece elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, orienta o planejamento integrado dos entes federados, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos conselhos de saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas:

- I ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE:**
 - a. Capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
 - b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.
- II REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:** contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.
- III CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS:** evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), na medida em que reflete indicadores que o compõem.
- IV FLUXOS DE ACESSO:** evidenciando caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.
- V RECURSOS FINANCEIROS:** identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema.
- VI GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE:** identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de

trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

VII CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO

EM SAÚDE: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII GESTÃO:

evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do IDSUS.

6.1.2 Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Com a análise situacional elaborada, é possível avançar na identificação e definição das diretrizes e prioridades que compoñem o Plano de Saúde e todos os demais instrumentos de planejamento. É bom lembrar que as diretrizes serão definidas visando responder às necessidades de saúde da população, identificadas na análise situacional e, por isso mesmo, mantêm relação com os temas que orientaram a construção da análise situacional.

Nesta etapa são consideradas as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; os determinantes e condicionantes de

saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento.

Definições:

DIRETRIZES — Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.

OBJETIVOS — Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

METAS — Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

INDICADORES — Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.

IMPORTANTE!

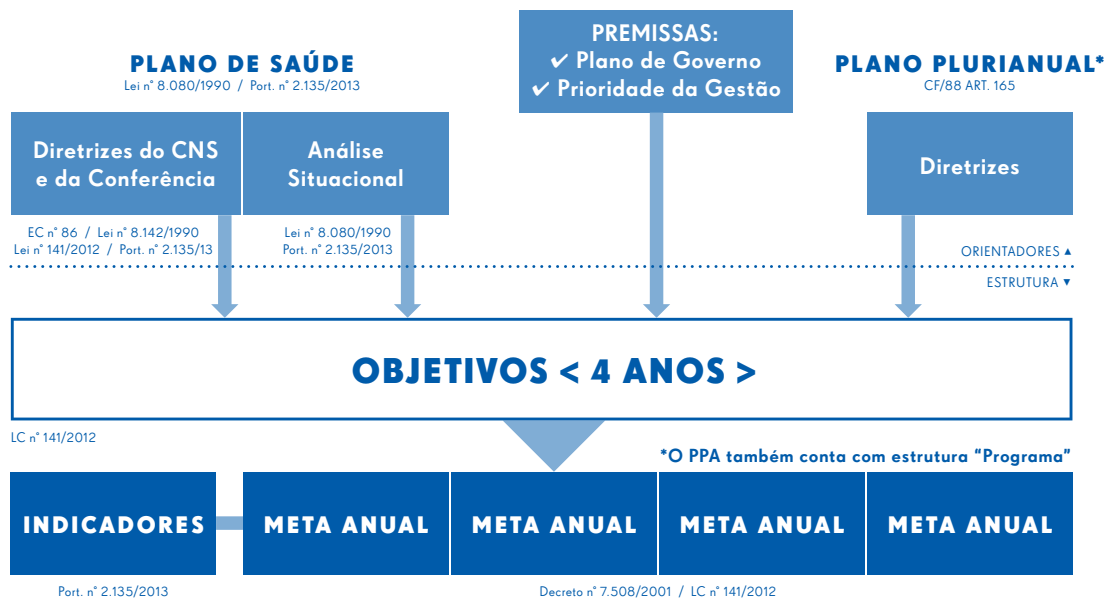
— Objetivos orientam a escolha de metas e indicadores —

6.1.3 Plano de Saúde

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É o plano de saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde.

O plano de saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

Figura 1 Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual



Fonte: Ministério da Saúde.

A análise do conjunto das informações sistematizadas no mapa da saúde deve ter como objetivo a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores que irão orientar o conjunto de ações a serem priorizadas no Plano de Saúde. Este Plano deve conter uma estrutura básica que explicita a análise da situação de saúde da população, a apresentação do conjunto das diretrizes nacionais, acrescidas de diretrizes estaduais e municipais definidas pelos respectivos conselhos. Nos casos dos planos federal, estaduais e municipais serão asseguradas a participação popular e a realização de audiências públicas durante o processo de sua discussão e elaboração, de acordo com as especificidades de cada território.

Em seguida, o Plano de Saúde deve apresentar as diretrizes e os objetivos que irão orientar a gestão da política de saúde nos próximos quatro anos, organizados na forma programática, identificando as respectivas metas e os indicadores, de forma a permitir o monitoramento e a avaliação posterior.

É importante incluir no Plano de Saúde uma breve análise da compatibilidade do planejamento de médio prazo contido no Plano Plurianual, tendo em vista harmonizar o planejamento setorial com o planejamento geral. Da mesma forma, o Plano de Saúde deve conter uma seção que apresente a incorporação das recomendações da Conferência de Saúde.

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população sob as quais se baseiam a definição de ações de promo-

ção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde — epidemiológica, sanitária e ambiental — e assistência farmacêutica).

O Plano de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento no SUS, é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde e deve ser disponibilizado para acesso público no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sarg-sus), disponível em <www.saude.gov.br/sargsus>.

Os planos estaduais de saúde devem explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Cabe destacar o § 2º art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990, que estabelece a vedação da transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Os planos de saúde estaduais devem ter como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

De acordo com a Portaria nº 2.135, de 2013, a elaboração do Plano de Saúde deve conter minimamente a seguinte estrutura:

- I Período de vigência do Plano de Saúde;
- II Identificação (esfera de gestão correspondente);
- III Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- IV Análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde;
- V Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores;
- VI Monitoramento e Avaliação.

6.1.4 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços — conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano. A Programação Anual de Saúde é elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincide com o período definido para o exercício orçamentário (um ano calendário) e a Lei Orçamentária Anual, sendo o subsídio para elaboração desta última.

Sendo o Plano de Saúde a base para elaboração do componente do setor saúde no Plano Plurianual, a Programação Anual de Saúde deve ter como base tais instrumentos, mantendo correlação instrumental entre o disposto no Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual e as ações orçamentárias previstas na Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, as metas anuais para cada ação definida, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação e os recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento.

Para Estados e Municípios, a Programação Anual de Saúde deverá dispor da seguinte estrutura (BRASIL, 2013a):

- I Período de vigência do Plano de Saúde;
- II Identificação (esfera de gestão correspondente);
- III Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- IV Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- V Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas;
- VI Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.
- VII Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Em razão de não ser executora direta de ações e serviços de saúde, a União dispõe de estrutura diferente da PAS em relação aos demais entes federados (BRASIL, 2013a): “§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS”.

Exemplo de estrutura básica de PAS para Estados e Municípios (apenas sugestivo)

- ▶ Período de vigência do Plano de Saúde:
- ▶ Identificação: (esfera de gestão correspondente)
- ▶ Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde:

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE				
Vigência do Plano de Saúde: / / a / /				
Identificação/Esfera de Gestão:				
Ato do Conselho de Saúde de avaliação do Plano de Saúde: (especificar documento com número e data)				
Diretriz:				
Objetivo:	Meta do Plano de Saúde:		Meta Anual:	
Indicador:				
Ações Anuais	Projeto/ Atividade (PLOA)	Orçamento (previsão de alocação)	Entrega/ Produto/ Iniciativa	Prazos

Obs: As linhas Diretriz, Objetivo, Indicador, Meta, Ação podem ser replicadas quantas vezes sejam necessárias.
O próprio quadro também pode ser reproduzido para Diretrizes distintas.

6.1.5 Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão (RG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior.

O conteúdo do Relatório de Gestão contempla:

- I Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;
- II Demografia e dados de morbimortalidade;
- III Rede física de saúde;
- IV Recursos Humanos;
- V As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- VI As metas da PAS previstas e executadas;
- VII A análise da execução orçamentária;
- VIII As auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e
- XI As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

O Relatório de Gestão é elaborado pelos gestores do SUS e enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (Sargsus). No Sargsus os conselhos de saúde emitem o parecer conclusivo da análise desse instrumento. Quando finalizado, é disponibilizado para acesso público no referido sistema.

O Relatório de Gestão dos entes federados que assinarem o COAP deverá dispor de seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados.

6.1.6 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

O RDQA observa o modelo padronizado previsto pelo CNS, disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos!baixarArquivo.action?idBaixarArquivo=63512>>. Contém, no mínimo, as seguintes informações:

- I Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei 8.142, de 1990;
- II Montante e fonte dos recursos aplicados no período (fonte: SIOPS);
- III Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- IV Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação;
- V Análise e considerações gerais.

O RDQA poderá ser construído no Sargsus, onde há um módulo desenvolvido especialmente para auxiliar os gestores nessa tarefa.

6.1.7 Relatório Resumido de Execução Orçamentária

O monitoramento das metas e indicadores estabelecidos no Plano de Saúde e na PGASS, e pactuados no COAP, deverá ser realizado periodicamente por meio dos relatórios oficiais definidos como obrigatórios pela legislação do SUS. O Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) foi instituído pela Constituição de 1988, em seu artigo 165, §3º, e regulamentado pela LC nº 101, de 2000, com o objetivo de permitir o monitoramento das metas fiscais e da aplicação de recursos pelas três esferas de governo.

A estrutura básica está apresentada no site do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/manuais-de-contabilidade>. O RREO deve ser publicado em até 30 dias após o encerramento de cada bimestre e deve conter, entre seus diversos demonstrativos, conforme determinação da LC nº 101, de 2000, art. 52 e 53:

- I balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:
 - a. receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;

b. despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo.

II demonstrativos da execução das:

a. receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;

b. despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;

c. despesas, por função e subfunção.

Demonstrativos relativos a:

i. apuração da receita corrente líquida, na forma definida no inciso IV do art. 2º, sua evolução, assim como a previsão de seu desempenho até o final do exercício;

ii. receitas e despesas previdenciárias a que se refere o inciso IV do art. 50;

iii. resultados nominal e primário;

iv. despesas com juros, na forma do inciso II do art. 4º;








v. Restos a Pagar, detalhando, por Poder e órgão referido no art. 20, os valores inscritos, os pagamentos realizados e o montante a pagar.

Para cumprimento das atribuições do agente público e comunidade, quanto aos instrumentos componentes do ciclo de planejamento, deve-se observar os prazos legais que compõem agendas que se correlacionam.

6.2 Agenda dos gestores


A agenda do gestor do SUS, na esfera municipal, estadual ou federal, segue o ciclo do planejamento no setor saúde, embora nem todas as tarefas coincidam com o período de gestão governamental, daí a importância de conhecer melhor sua lógica. O planejamento e a execução de ações e serviços de saúde envolvem a utilização de instrumentos e ferramentas definidos legalmente, cujo cumprimento dos prazos é exigido, justamente por conformar um ciclo de atividades interdependentes e por garantir a transparência do processo. Essas atividades tratam da situação de saúde, o que se pretende em determinado período para minimizar os problemas e avançar na oferta de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, bem como da prestação de contas sistematizada em instrumentos setoriais, que se relacionam entre si e entre os instrumentos de planejamento do governo, conforme se vê a seguir. O **Quadro 11** apresenta uma síntese dos compromissos dos gestores em todo o ciclo de planejamento no SUS.

Quadro 11 Agenda do gestor segundo o ciclo de planejamento no SUS

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 A cada 4 anos ou em período inferior extraordinariamente	Conferência de Saúde	Convocação pelo Poder Executivo local ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.	§ 1º art. 1 Lei nº 8.142, de 1990
 1º ano de gestão	Plano de Saúde	Elaboração do Plano de Saúde com base nas Diretrizes dispostas pelo Conselho de Saúde.	§ 8º art. 15 Lei nº 8.080, de 1990
 Antes da entrega da LDO do exercício correspondente	PAS	Encaminhamento da PAS do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para Aprovação.	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012
 Até 15 de abril	LDO	Entrega do Projeto de LDO na Casa Legislativa	Art. 165 CF 1988
 Anual	Sispacto	Registro da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.	§ 2º art. 4 Resolução nº 5, de 2013
 30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao exercício (ano) anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
 30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao 6º bimestre do exercício anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
 Fevereiro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente, referente ao Quadrimestre anterior.	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012







continua ▼

▼ continuação

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 30 de março	Relatório de Gestão	Envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde	Art. 36 LC n° 141, de 2012
 30 de março	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Maio	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior	§ 5° art. 36 LC n° 141, de 2012
 30 de maio	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Junho	LDO	Encerramento do período da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LDO.	§ 2° Art. 35, art. 165 CF 1988
 30 de julho	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 30 de agosto do ano de gestão	PPA	Entrega do Projeto de Lei do PPA na Casa Legislativa correspondente.	Art. 165 CF 1988
 30 de agosto	LOA	Entrega do Projeto de LOA na Casa Legislativa.	Art. 165 CF 1988
 Setembro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior.	§ 5° Art. 36 LC n° 141, de 2012

continua ▼

▼ conclusão

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 30 de setembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 30 de novembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Dezembro do ano de gestão	PPA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo do PPA.	§ 2° art. 35, art. 165 CF 1988
 Dezembro	LOA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LOA.	§ 2° art. 35, art. 165 CF 1988
 Permanente	Educação Permanente	Oferecer qualificação, na forma de educação permanente, para atuar na formulação de estratégias e assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde, especialmente os representantes de usuários e trabalhadores de saúde.	Art. 44 Lei n° 141, de 2012
 Anual	Metodologia	Cabe ao Ministério da Saúde definir e publicar, utilizando metodologia pactuada, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município, para custeio das ações e serviços públicos de saúde.	§ 1° art. 17 LC n° 141, de 2012

Fonte: elaboração própria.

De forma geral, esse ciclo se inicia no primeiro ano de gestão, com a elaboração do Plano de Saúde, que tem por base as diretrizes dispostas pelo Conselho de Saúde da esfera correspondente (art. 15, § 8º Lei nº 8.080, de 1990). Considerando que a implementação do Plano de Saúde ocorre por meio da Programação Anual de Saúde ao longo dos quatro anos de gestão, será entregue ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação, antes da entrega do projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias do poder executivo, cujas informações da saúde farão parte (art. 36, § 2º LC nº 141, de 2012). Cabe destacar que o prazo de entrega do projeto de LDO na Casa Legislativa é até o dia 15 de abril (art. 165 CF 1988).

Algumas atribuições do gestor não possuem data específica, mas devem ser realizadas ao longo de todo o ano devido à grande importância para o processo de planejamento na saúde. Uma delas é oferecer qualificação na forma de educação permanente, especialmente para os representantes de usuários e trabalhadores de saúde, para atuarem na formulação de estratégias e assim assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde (art. 44 LC nº 141, de 2012). Na sequência, outra atribuição que envolve o controle social na saúde é a convocação pelo poder executivo, em cada esfera, da Conferência de Saúde, a cada quatro anos (art. 1 § 1º Lei nº 8.142, de 1990), cujo cronograma normalmente segue uma agenda que ascende do âmbito local para o nacional.

Sobre as ferramentas de planejamento, ressalta-se o registro anual, no Sispacto, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Especificamente até o fim do mês de janeiro será preenchido o SIOPS com as informações orçamentárias sobre os investimentos em saúde do exercício

financeiro do ano anterior. Também até o final de janeiro, as informações que irão compor o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) devem ser preenchidas no SIOPS referente ao bimestre anterior (art. 39 LC nº 141, de 2012, Decreto nº 7.827, de 2011, Portaria nº 53, de 2013).

No mês de fevereiro, o gestor apresentará no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa correspondente o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), referente às ações de saúde executadas nos quatro meses anteriores (art. 36 § 5º LC nº 141, de 2012), sendo que a apresentação no legislativo depende de prévia convocação do mesmo. E em março, será enviado ao Conselho de Saúde, para emissão de parecer, o Relatório de Gestão do ano anterior (art. 36 LC nº 141, de 2012). O gestor também preencherá o SIOPS com informações do bimestre anterior para o RREO.

Em maio, o gestor entregará ao Conselho de Saúde e na Casa Legislativa o RDQA correspondente aos primeiros quatro meses do ano, assim como também preencherá novamente o SIOPS com informações dos dois meses anteriores. Já em junho, antes do encerramento do período da Sessão Legislativa, o chefe do Poder Executivo sancionará a LDO para o ano seguinte (art. 35 § 2º, art. 165 CF 1988).

No segundo semestre, até o fim de julho, nova transmissão dos dados para o RREO no SIOPS deverá ser realizada, referente ao bimestre anterior. Em agosto do 1º ano de mandato, já com a LDO aprovada, o gestor encaminhará o projeto do Plano Plurianual na Casa Legislativa correspondente, para aprovação (art. 165 CF 1988). Da mesma forma, também em agosto, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) do poder executivo, correspondente ao ano seguinte, será enviado ao Legislativo (art. 165 CF 1988).

Em setembro, novamente o gestor apresentará o RDQA ao Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente, referente aos meses de maio, junho, julho e agosto (art. 36 § 5º LC nº 141, de 2012). Também até o final de setembro, o gestor preencherá as informações da execução orçamentária referente aos meses de julho e agosto, no SIOPS. Até o final de novembro, se dá o preenchimento do bimestre de setembro e outubro no SIOPS.

As atividades do ano terminam com o encerramento da Sessão Legislativa e a sanção do chefe do Poder Executivo tanto do PPA quanto da LOA. O término do ano não coincide com o do ciclo do planejamento na saúde, pois, ainda há a entrega de novo Relatório de Gestão, PAS e assim sucessivamente, de acordo com cronograma previsto.

6.3 Agenda dos conselhos: o controle social da política de saúde

O **controle social** no SUS abrange as práticas de participação social relacionadas à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde são instâncias institucionalizadas, deliberativas, com representatividade paritária dos distintos atores sociais.

Os conselhos, inclusive o da Saúde, foram criados na década de 1930 pelo governo de Getúlio Vargas. Desde essa época, os conselhos passaram por várias mudanças e caracterizações, especialmente porque o País passou por períodos de Ditadura até conquistar a Democracia. Foram incorporados

definitivamente na cultura do País pela Constituição Federal de 1988, que os define como “conselhos gestores”. Os conselhos de saúde são regulamentados pela Lei nº 8.142 de setembro de 1990.

Os conselhos mediam a relação entre o Estado e a sociedade. Eles são uma das formas em que a comunidade pode participar do processo de gestão da saúde, que vai desde a definição das diretrizes até a fiscalização e aprovação dos instrumentos de planejamento no SUS. A Lei nº 8.142, de 1990, ampliou a autonomia dos conselhos quando definiu que suas normas de organização e funcionamento deveriam ser oficializadas por meio de regimentos internos específicos, cuja elaboração é atribuída aos próprios conselheiros.

Como a Lei nº 8.142, de 1990, não estipulou a paridade exata entre os segmentos, a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 33, de 1992, estipulou que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços. Em 2003, a Resolução CNS nº 333 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003) ratificou essa paridade e, posteriormente, as 10ª e 11ª conferências nacionais de saúde também ratificaram por meio de recomendações.

Cada esfera de governo deve contar, obrigatoriamente, com conselho de saúde, que pode ser descentralizado por meio da criação de conselhos regionais, locais, distritais e conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Os conselhos descentralizados são coordenados pelos conselhos de saúde da esfera correspondente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Ainda a Lei nº 8.142, de 1990, diz que os conselhos de saúde realizam a cada quatro anos as conferências de saúde “com a representação dos


vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes”.

Escorel & Moreira, no capítulo sobre Participação Social (2012, p. 876), comentam sobre o fluxo das decisões e as responsabilidades complementares entre as conferências e os conselhos de saúde:


A norma legal estabeleceu um fluxo decisório e operacional no qual as conferências propõem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação de saúde, os conselhos formulam estratégias e controlam a execução das políticas, e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde) implementam as políticas e homologam as deliberações dos conselhos. Os elementos que integram esse fluxo decisório guardam entre si importantes diferenças tanto no número quanto na sua representatividade.

O **Quadro 12**, a seguir, mostra as providências que os conselhos de saúde devem tomar, a partir dos marcos legais vigentes no SUS.

Quadro 12 Agenda do conselho de saúde com foco no ciclo de planejamento

PROVIDÊNCIAS	 PRAZO LEGAL	MARCO LEGAL
Acompanhar e fiscalizar a movimentação financeira dos recursos depositados pelo Fundo Nacional de Saúde em conta especial	Permanente	§ 3º art. 77 CF 1988; art. 33 Lei nº 8.080, de 1990; § 3º inciso III Art 7º CF EC 29, de 2000
Formular estratégias, controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente	Permanente	§ 2º art. 1º Lei nº 8.142, de 1990
Convocar, extraordinariamente, conferência de saúde	A cada 4 anos ou extraordinariamente em período inferior	§ 1º art. 1º Lei nº 8.142, de 1990

continua ▼

PROVIDÊNCIAS	 PRAZO LEGAL	MARCO LEGAL
Estabelecer/deliberar/definir diretrizes que deverão ser observadas nos planos de saúde	1º ano da gestão do Executivo	Art. 37 Lei nº 8.080, de 1990; § 4º art. 30 LC nº 141, de 2012; § 3º art. 15 Decreto nº 7.508, de 2011; § 7º art. 3º PRT nº 2.135, de 2013
Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre o Plano de Saúde	1º ano da gestão do Executivo	§ 7º art. 3 PRT nº 2.135, de 2013
Emitir parecer conclusivo sobre a gestão do SUS por meio da análise do Relatório de Gestão da respectiva esfera	Anualmente	Inciso III Art. 31 LC nº 141/2012; § 3º Art. 5ª PRT 2.135/2013
Avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde (.....) e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo e do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias	Maior, setembro e fevereiro	Art. 41 LC nº 141, de 2012
Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre a Programação Anual de Saúde	Antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012;/ Inciso I art. 5º PRT nº 2.135, de 2013

Fonte: elaboração própria.

O quadro acima mostra as providências que os conselhos de saúde devem tomar para exercer o controle social sobre a política de saúde. Algumas têm caráter permanente, como o acompanhamento e a fiscalização da movimentação financeira dos recursos, o controle da execução das ações e serviços de saúde; outras são especificadas de acordo com o compromisso do gestor de enviar os instrumentos de planejamento ou relatórios de gestão. Essas providências são atribuídas a todas as esferas de gestão.

Os conselhos têm a prerrogativa de avaliar e emitir parecer conclusivo sobre todos os instrumentos do planejamento da saúde: Plano de Saúde, PAS e Relatório de Gestão. O Plano de Saúde é elaborado a cada quatro anos. A PAS, anualmente, e os relatórios de gestão se subdividem entre os quadrimestrais e anual.

Se o gestor não convocar a conferência de saúde nas datas previstas, o Conselho deve fazê-lo, para que o ente não perca a oportunidade de avaliar e formular estratégias de melhoria do Sistema na sua esfera de gestão.

As normas que orientam o trabalho dos conselhos estão explicitadas na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080, de 1990, na Lei nº 8.142, de 1990, na Emenda Constitucional nº 29, de 2000, no Decreto nº 7.508, de 2011, na LC nº 141, de 2012, e na Portaria nº 2.135, de 2013.

Para auxiliar no cumprimento das agendas acima mencionadas e na elaboração dos principais instrumentos de planejamento no SUS, o Ministério da Saúde disponibiliza um conjunto de ferramentas de apoio, tratadas a seguir.

6.4 Ferramentas de apoio ao planejamento no SUS

As principais ferramentas de planejamento estão disponíveis no portal <www.saude.gov.br>, do Ministério da Saúde. Outros instrumentos auxiliares também podem ser obtidos nesse portal. Além disso, para cada uma das ferramentas descritas abaixo, nos respectivos *links* podem ser acessados instrutivos sobre o modo de produzir as informações solicitadas, o modo de envio dos dados, a descrição dos indicadores utilizados,

relatórios estruturados sobre as variáveis mais comuns e diversos mapas e tabelas.

A seguir apresentar-se-á uma síntese de quatro destas ferramentas, sua relevância para as políticas de saúde e para a gestão do SUS, e os meios de produzir, enviar e analisar informações. As principais fontes das informações e orientações a seguir se encontram no Portal do MS.

6.4.1 Mapa da Saúde

O Mapa da Saúde é uma ferramenta de inteligência sanitária georreferenciada que disponibiliza as principais informações sobre o SUS, as características de seus usuários e das populações cobertas por seus serviços. Pode ser acessado pelo *link* do Ministério da Saúde <<http://mapadasaude.saude.gov.br>>. O foco deste sistema é o apoio ao planejamento no SUS e ao desenvolvimento das regiões de saúde.

Foi elaborado no âmbito do Decreto nº 7.508, de 2011, e oferece uma descrição regional de recursos humanos, de serviços de saúde e de ações programáticas. As informações disponíveis envolvem os serviços do SUS e dos serviços privados. Por meio desta ferramenta se obtém informações sobre a capacidade instalada local e em agregações maiores, os investimentos realizados e os resultados observados. Neste caso, representam requisitos básicos para a elaboração de metas para os instrumentos de planejamento no SUS e o COAP.

Dois produtos compõem esta ferramenta: O Geo Saúde, que representa um sistema de georreferenciamento de dados, e a Análise em Saúde, que realiza a combinação e análise de informações a serem estruturadas segundo uma combinação

de variáveis com o Geo Saúde, de modo a produzir informações para a tomada de decisões pelos gestores. O acesso aos dados da base montada a partir desta ferramenta exige o cadastramento dos usuários e o *login* ao sistema por meio de senha. Os dados são acessados sobre um mapa nacional com todas as regiões de saúde do País.

Estes produtos atuam interligados, permitindo ao usuário acessar informações selecionadas de acordo com o estudo a ser realizado, facilitando a análise da situação de saúde. A administração de usuário do mapa da saúde objetiva permitir o cadastro de usuários no sistema, assim como gerenciar os grupos de usuários. Estes grupos são vinculados às esferas Federal, estadual e municipal, além da Região de Saúde.

O produto Geo Saúde apresenta no mapa do território nacional inúmeras informações, que vão desde a localização de estabelecimentos de saúde até os mais variados indicadores relacionados à saúde. No Geo Saúde são exibidos detalhes de cada local, tais como nomes de Estados, Municípios, bairro e arruamento, conforme necessidade do usuário.



Ferramenta Eletrônica Mapa da Saúde —
Imagem — tela inicial do produto Geo Saúde.

Os filtros disponíveis no Geo Saúde são resultado de uma discussão tripartite culminada com a publicação da Portaria nº 2.135, de 2013, que

estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS. O artigo 3º, em seu parágrafo 3º dessa Portaria, versa que a elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- I análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a. estrutura do sistema de saúde;
 - b. redes de atenção à saúde;
 - c. condições socio sanitárias;
 - d. fluxos de acesso;
 - e. recursos financeiros;
 - f. gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g. ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III o processo de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2013a)

Por ser uma ferramenta de georreferenciamento, o Geo Saúde possui outros filtros que ampliam e potencializam o uso da ferramenta, tais como a possibilidade de escolha dos espaços geográficos a serem trabalhados, partindo de um Município, uma Região de Saúde, um Estado, um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); de dados sociodemográficos relacionados aos dados do IBGE; de dados relativos à Saúde Indígena; ou de um desenho livre num determinado território. Assim, tem-se um conjunto de 12 filtros no Geo Saúde, além do item Minha Seleção, localizado na parte inferior da ferramenta:

- ▶ Filtros Geográficos;
- ▶ Filtros Geométricos;
- ▶ Condições Socio sanitárias;
- ▶ Estrutura do Sistema de Saúde;
- ▶ Parâmetros de Oferta e Demanda;
- ▶ Redes de Atenção à Saúde;
- ▶ Fluxos de Acesso;
- ▶ Recursos Financeiros;
- ▶ Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- ▶ Ciência, Tecnologia, Produção, e Inovação em Saúde;
- ▶ Gestão em Saúde;
- ▶ Saúde Indígena; e
- ▶ Item Minha Seleção.

6.4.2 Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

O Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (Sispacto) permite o registro de metas pactuadas por Municípios, regiões de saúde, Estados e Distrito Federal, conforme fluxo previsto na Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013, que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento no SUS e a implementação do COAP (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2013).

Além do registro de metas, o Sispacto oferece outras funcionalidades necessárias ao processo e acessíveis aos gestores, de acordo com o seus perfis de acesso: visualização, validação e homologação de pactuações; reversão de validações e reversão de homologações. Permite ainda o acompanhamento e monitoramento da evolução dos

status de pactuação, bem como acesso aos dados de anos anteriores por meio dos relatórios de gerenciamento e individual.

O Sispacto oferece a planilha com a relação dos indicadores a serem pactuados. Os indicadores estão associados a objetivos e estes às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, que devem ser observadas também nos planos estaduais e municipais de saúde, sem prejuízo das próprias diretrizes estabelecidas em cada ente. O rol de indicadores também contempla aqueles utilizados para o cálculo do IDSUS, em atenção ao disposto no Decreto nº 7.508, de 2011.

Todas as informações pertinentes ao processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores estão disponíveis no **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015** (BRASIL, 2015), que pode ser acessado na página inicial do Sispacto por meio do seguinte link: <www.aplicacao.saude.gov.br/sispacto>.

6.4.3 Informações de Saúde (Tabnet) dos Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

O aplicativo Tabnet é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida, de acordo com a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) para gerar informações das bases de dados do SUS. O Datasus disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A mensuração do Estado de saúde da população é uma tradição em saúde coletiva. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais — Mortalidade e Nascidos Vivos). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do Estado de saúde.

Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde. O Tabnet dos indicadores pactuados pode ser acessado através do seguinte caminho: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>

ORIGEM DAS INFORMAÇÕES

Indicadores de saúde:
IDB/Cadernos de Saúde/Pactuação

Por esse caminho, é possível encontrar os Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, estabelecidos pela Resolução CIT n°5, de 19 de junho de 2013, calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2013).

Os indicadores disponibilizados apresentam as datas das informações. Eventualmente, as bases de dados residentes nos Estados e Municípios podem

estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos Estados e Municípios a partir de suas bases. Em Notas Técnicas são expressos os detalhes, as fontes e a forma de cálculo dos indicadores apresentados. Nele encontram-se os resultados alcançados pela gestão a serem balizados com as metas sanitárias pactuadas anualmente. Possibilita, ainda, o entendimento da situação de saúde da população de cada território, expressa em séries históricas.

6.4.4 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) agrega informações dos Estados, Municípios e Distrito Federal sobre despesas realizadas em saúde e sua participação nas receitas. O sistema é autodeclaratório e desde 2013 tem caráter obrigatório para todas as esferas de gestão e os informantes se responsabilizam pelos dados apresentados. As informações contábeis devem estar em conformidade com a classificação de receitas e despesas da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda.

Além disso, essas informações podem ser conferidas localmente, a partir dos orçamentos públicos apresentados.

Esse sistema é uma fonte valiosa de informações sobre as receitas e permite verificar o cumprimento de disposições legais de despesas vinculadas em saúde — os percentuais mínimos dos entes federados. Além disso, segundo os itens de despesa, pode-se observar as prioridades locais. Também pode-se analisar o grau de autonomia e capacidade

fiscal por meio da participação que as transferências financeiras têm no conjunto de receitas para o setor.

O sistema pode ser acessado no link <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>> no setor de economia da saúde do Portal do Ministério da Saúde ou pelo site do DATASUS — <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.

Este sistema foi criado em 2000 a partir de iniciativas anteriores do CNS e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Atualmente é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As informações são prestadas pela área contábil de cada ente por meio eletrônico para o banco de dados do SIOPS e este procedimento é feito por meio de programas baixados no site do sistema via DATASUS.

Com base em requisitos constitucionais de despesas mínimas em saúde segundo cada esfera de gestão e subsequente Emenda Constitucional sancionada em 2000, a LC nº 141, de 2012, regulamentou estes requisitos e o próprio SIOPS como a base para esta prestação de contas de caráter público e aberto. O sistema oferece resultados e indicadores e permite diversas consultas sobre o financiamento do setor público de saúde. Após mudanças no programa que recebe informações dos entes federados, envia e gera automaticamente os resultados. Desde 2013 o registro dos dados de caráter obrigatório passou a ter periodicidade bimestral.

Na página do SIOPS há um acesso denominado “Situação de entrega”, onde os três entes federados podem verificar a sua condição e encontrar as orientações para o uso do programa Tabnet. O Tabnet é a ferramenta básica para a consulta às informações geradas pelo DATASUS.

Diversos outros acessos são disponíveis e, em cada um deles, menus com instrutivos e resultados são apresentados e a navegação entre eles é bem facilitada. Os principais, além do monitoramento da situação de entrega de informações, incluem demonstrativos, dados informados, indicadores, legislação, implicações legais, instâncias de suporte, publicações, certificação digital e prazo de entrega.

Um exemplo de resultado que pode ser extraído deste sistema é o consolidado sobre as receitas e despesas da União, e que pode ser reproduzido para todos os entes federados.

Na **Tabela 1** observa-se o movimento contábil das despesas pagas (os dados são apresentados segundo despesas atualizadas, empenhadas, liquidadas e pagas) para o primeiro bimestre de 2014. Os dados para o primeiro bimestre de 2015, por exemplo, já foram gerados, mas até março de 2015 não haviam sido homologados nos termos da legislação vigente.

Tabela 1 Despesa paga, União, 1º bimestre de 2014

DESCRIÇÃO	NUMERADOR	DENOMINADOR	%
2.1 Despesa total com Saúde (exceto inativos), sob responsabilidade da União, por habitante	11.627.968.481,62	202.768.562	R\$ 57,35
2.2 Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde (exceto inativos)	1.431.265.029,20	11.627.968.481,62	12,31%
2.3 Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde (exceto inativos)	0	11.627.968.481,62	0,00%
2.4 Participação % da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde (exceto inativos)	242.696.148,51	11.627.968.481,62	2,09%
2.5 Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde (exceto inativos)	19.881.935,65	11.627.968.481,62	0,17%
2.10 SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	1.642.537.947,05	12.783.423.713,02	12,85%
2.20 SUBFUNÇÕES VINCULADAS	9.667.819.838,10	12.783.423.713,02	75,63%
2.21 Atenção Básica	2.211.365.707,29	12.783.423.713,02	17,30%
2.22 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	6.633.088.321,68	12.783.423.713,02	51,89%
2.23 Suporte Profilático e Terapêutico	666.805.291,35	12.783.423.713,02	5,22%
2.24 Vigilância Sanitária	3.793.252,20	12.783.423.713,02	0,03%
2.25 Vigilância Epidemiológica	152.767.265,58	12.783.423.713,02	1,20%
2.26 Alimentação e Nutrição	0	12.783.423.713,02	0,00%
2.30 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	1.473.065.927,87	12.783.423.713,02	11,52%

Fonte: MS/SIOPS.

6.4.5 Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

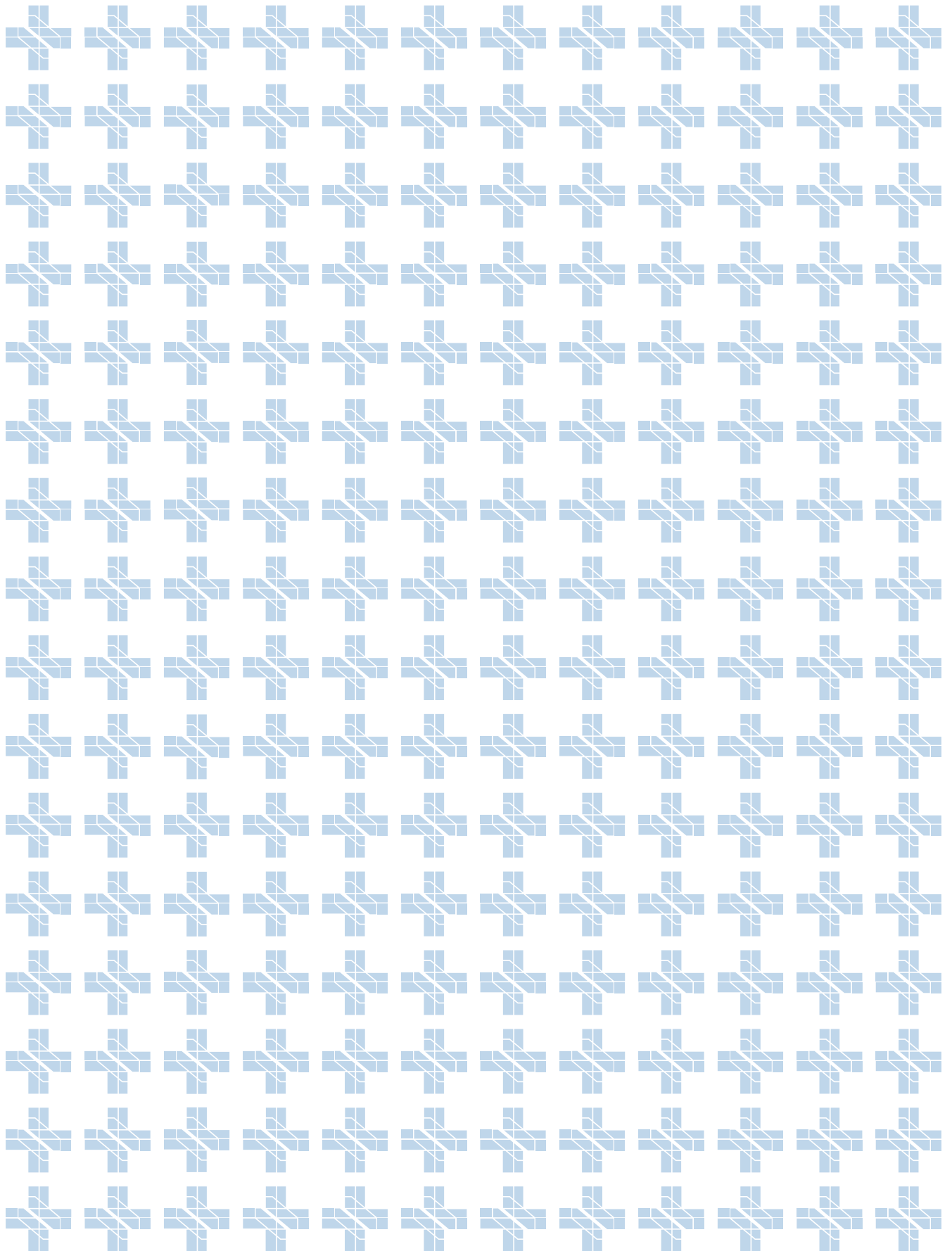
O Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (Sargsus) foi desenvolvido em 2010 partindo da necessidade de se qualificar o processo de monitoramento da gestão do SUS. Ao longo dos anos, vem cada vez mais auxiliando os gestores no alcance dos compromissos estabelecidos na legislação, seja facilitando a submissão do Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, seja apoiando na organização dos Relatórios Detalhados dos Quadrimestres, ou mesmo na publicização dos demais instrumentos de planejamento como o Plano de Saúde e as respectivas PAS.

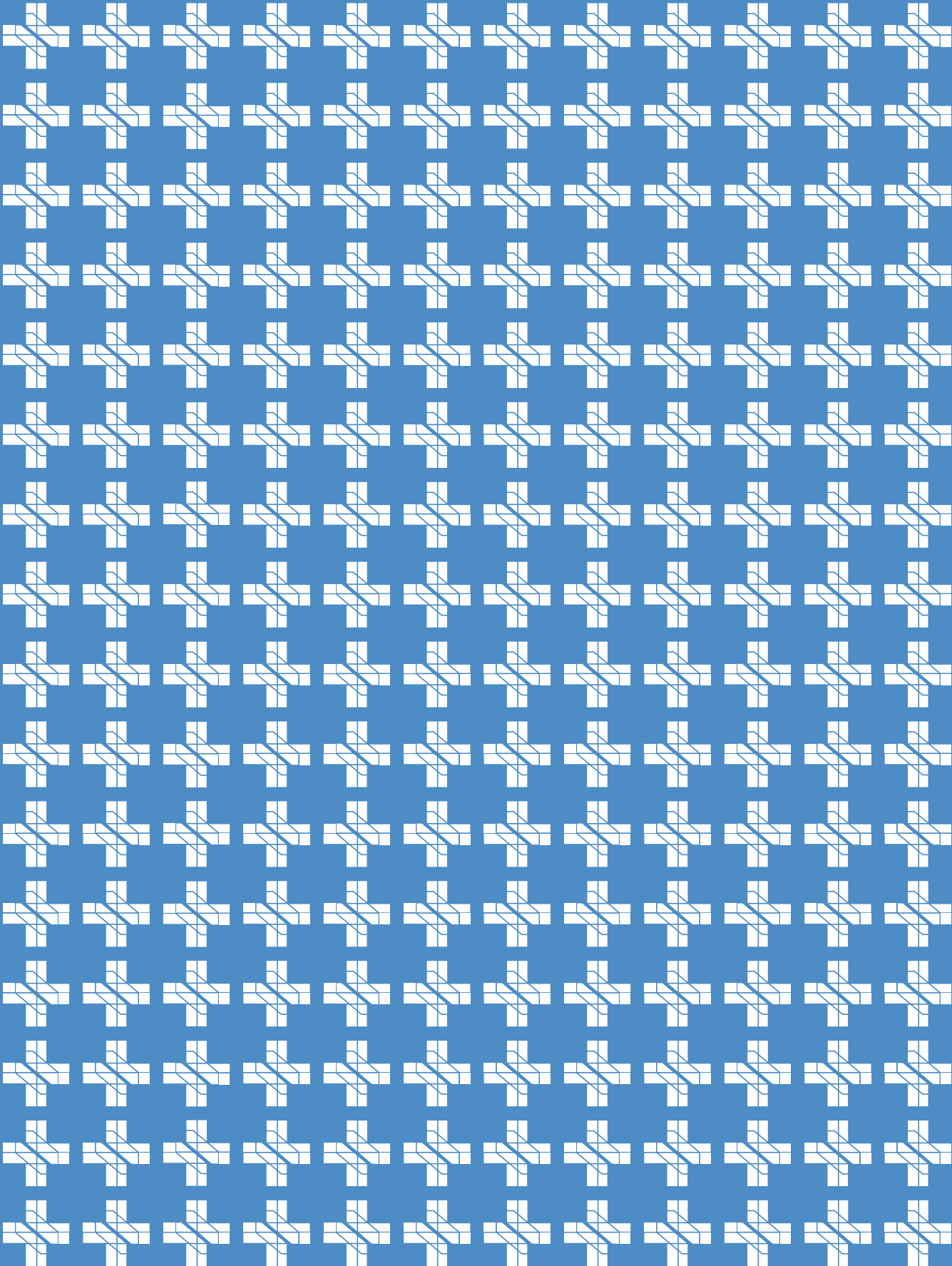
Disponível no endereço <www.saude.gov.br/sargsus>, o Sargsus trouxe também contribuições aos órgãos de controle externo, às instituições de ensino, pesquisa e extensão, e à sociedade em geral, na medida em que disponibiliza em acesso público todas as informações nele contidas, seja de forma consolidada ou detalhada.

Ao fornecer aos gestores do SUS uma ferramenta informatizada para facilitar a elaboração e envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde, em plataforma atrativa e interativa, ajuda no cumprimento dos prazos legais e cria uma base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas.

A utilização do Sargsus traz outros importantes benefícios, principalmente àquelas secretarias de saúde que encontram dificuldades para redigir e entregar seus relatórios de gestão dentro do prazo pactuado. Pode-se destacar:

- ▶ Integração das ações dos diversos setores da Secretaria de Saúde na elaboração do Relatório de Gestão;
- ▶ Integração das informações existentes em bases de dados distintas;
- ▶ Indução do processo de articulação dos instrumentos de planejamento;
- ▶ Melhoria na oportunidade da tomada de decisão, em razão da agilidade das informações e com base em evidência apresentada pelos indicadores;
- ▶ Apoio à participação e ao controle social e subsídio ao trabalho, interno e externo, de controle e auditoria;
- ▶ Acesso seguro e rápido aos relatórios de gestão apresentados aos conselhos de saúde, independente da mudança de gestor;
- ▶ Provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados. +





Links das ferramentas de apoio ao planejamento no SUS



Mapa da Saúde

<http://mapadasaude.saude.gov.br>



Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

www.aplicacao.saude.gov.br/sispacto



Informações de Saúde dos Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>



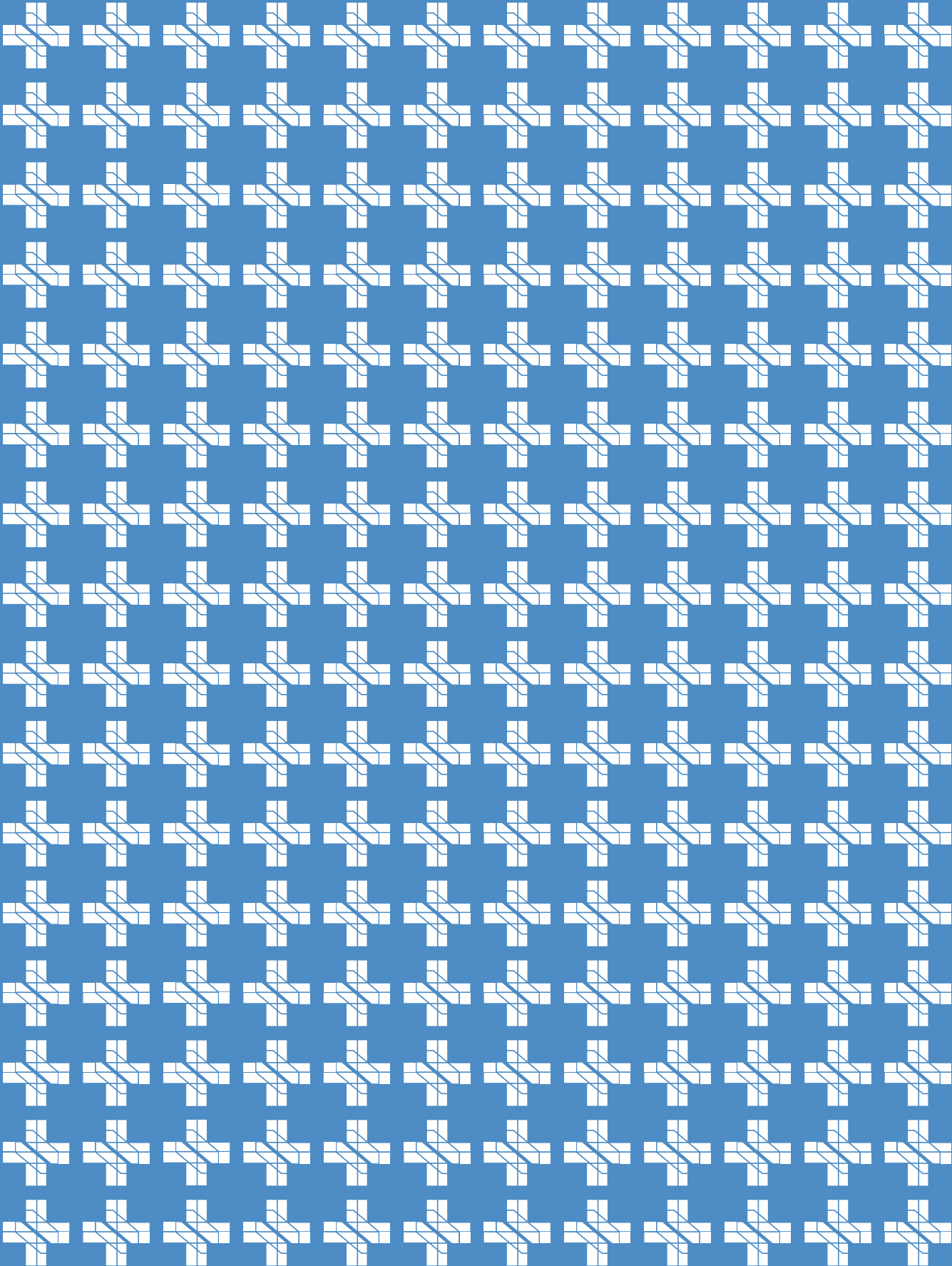
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>



Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

www.saude.gov.br/sargsus



Referências

ABRÚCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil.

In: FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006. p. 77-125.

ANDERSON, George. **Federalism: an introduction**. New York: Oxford University Press, 2009.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BRASIL. Constituição (1988.) **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. 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. 2011a. Seção I. p. 1.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 178, 14 set. 2000a. Seção I. p. 98.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 52, 18 mar. 2015. Seção 1. p. 1.

_____. **Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996**. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 180, 16 set. 1996. Seção I. p. 1.

_____. Lei Complementar nº 101, de 29 de dezembro de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e estatui disposições complementares para a elaboração e execução do PPA, da LDO e da LOA. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 250, 29 dez. 2000b. Seção I. p. 180.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 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; 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 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. [Brasília], 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 180, 20.set.1990. Seção I. p. 1.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Brasília], 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, edição extra, 18 nov. 2011b. Seção I. p.1.

_____. **Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013.** Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. [Brasília], 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto053_16_01_2013.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 64, 3 abr. 2006. Seção I. p. 49.

_____. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.

_____. **Portaria 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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, 31 dez. 2010. Seção I. p. 88.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**. 3. ed. Brasília, 2014a. (Série Articulação Interfederativa ; v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo**. Brasília, 2014b. (Série Articulação Interfederativa ; v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília, 2007. 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3).

BREIHL, Jaime. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

BURSZTYN, Ivani; RIBEIRO, José Mendes. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, 2005.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, ano 3, n. 9, p. 44-53, out./dez. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.

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

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução 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 (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. [Brasília], 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.** Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). [Brasília], 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 33, de 23 de dezembro de 1992.** Aprovar o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, na forma anexa. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/control/resolucao_CNS_333.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Resolução CNS Nº 333,** de 4 de novembro de 2003. Brasília. Aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define funcionamento dos conselhos de saúde. [Brasília], 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 29 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. **Nota Técnica do CONASS nº 5, de 18 de março de 2013.** Orientações para aplicação do §2º do artigo 36 da LC 141/12. Brasília, 2013. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/Notas%20%C3%A9gncias%202013/NT%2005%20-%202013%20Art%2036.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 3, p. 33-55, 1999.

DE VRIES, Michel S. The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries. **European Journal of Political Research**, [S.l.], v. 38, p. 193-224, 2000.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELAZAR, Daniel. **American Federalism: a view from the States**. New York: Harper and Row. 1984.

_____. **Exploring Federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Pressferli. 1987.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

FLEURY, S. **O desafio da gestão na rede de políticas**. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais...** Lisboa: CLAD, 2002. p. 1-24.

_____. **Universal, Dual o Plural? Modelos y Dilemas de Atención de la Salud**. In: MOLINA, C.; ARCO, J. **Servicios de Salud en America Latina y Asia**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. p. 3-39.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 521-535, 2003.

GIORDANI, Jorge Antonio. La planificación como proceso social: un esquema de análisis. **Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación**, [S.l.], v. 3, p. 147-177, 1979.

GIOVANELLA, Ligia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GRAN BRETANA. Ministerio de Salud. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. (Publicación científica ; n° 93).

HOOD, Christopher. A Public Management for all seasons? **Public Administration**. [S.l.], v. 69, n. 1, p. 3-19, 1991.

HOWLET, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

JESSOP, Bob. **Governance and Metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony**. Manchester: Manchester University Press, 2003.

LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MAFORT, Assis. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2014. p. 81-120.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993. (Série IPEA, 143).

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno; SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Battistella. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 37-63.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806. 2009.

NEMES, Maria Ines Battistella. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Battistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 48-65.

OUPERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.

_____. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: _____ (Org.). **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde/ Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2002. p. 407-33.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: _____ (Org.). **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 17-35.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. 5. Ed. São Paulo: HUCITEC; EDUSP, 1978.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221-261, 1999.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 221-235.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 5-43, 1996.

WATTS, Ronald L. **Comparing Federal Systems in the 1990s**. Kingston, Ontario: Queen's University, 1999.

_____. **Executive federalism: a comparative analysis**. Ontario: Institute of Queen's University Intergovernmental Kingston, 1989.

_____. Federalism, federal political system, and federations. **Annual Review of Political Science**, [S.l.], v. 1. p. 117-137. 1998.



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA