UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

FERNANDA BERGAMINI VICENTINE

Instrumentos de planejamento:
ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde

Ribeirão Preto
2016

FERNANDA BERGAMINI VICENTINE

Instrumentos de planejamento:
ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para obtenção de título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na comunidade.

Orientadora: Prof[a] Dr[a] Janise Braga Barros Ferreira.

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vicentine, Fernanda Bergamini

Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde. Ribeirão Preto, 2016.

106 p. il., 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Ferreira, Janise Braga Barros

1. Planejamento em Saúde, 2. Regionalização em Saúde,
3. Gestão em Saúde, 4. Sistema Único de Saúde,
5. Pesquisa Qualitativa

Nome: VICENTINE, Fernanda Bergamini

Título: Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para obtenção de título de Mestre.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof^{a}. Dr^{a}. Ligia Giovanella Instituição: ENSP - Fiocruz

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega Instituição: FMRP - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^{a}. Dr^{a}. Janise Braga Barros Ferreira Instituição: FMRP - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico o produto desse trabalho à minha mãe Ivanete pela coragem e honestidade, ao meu pai Luiz pela persistência e humildade e à minha irmã Marcela pelo empenho e superação.

Dedico o esforço desse trabalho ao meu amado marido Fabio, pela compreensão e companheirismo durante a minha trajetória de amadurecimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof^{a}. Dr^{a}. Janise Braga Barros Ferreira, pelo exemplo de ética, coerência e comprometimento com o ensino, a pesquisa e a extensão, também pela paciência e construção democrática deste trabalho.

Aos companheiros de militância do CEBES Ribeirão (atuais e os que deixaram saudades): Barbara G. Ramos, Camila Polisello, Claudimar Amaro (Jaba) Dario T. Schezzi, Fernanda M. Rey, Gabriela S. Martins, Helena Lugão, Iago S. Caires, Luiza Menezes, Mariana (Bertola e Hasse), Natália Dias, Pedro Carneiro e Tania S. G. Carneiro; por compartilhar lutas em defesa do SUS e da democracia e pelos muitos momentos de vida.

Aos professores e parceiros do DMS com os quais pude trabalhar de perto e aprender muito: Aldaísa C. Forster, Augustus T. R. Mattos, Domingos Alves, Milton R. Laprega e Trude Franceschini; pela oportunidade de trabalhar em diferentes projetos e espaços de aprendizagem e participação social. Agradecimento especial à professora Aldaísa que me acolheu e possibilitou o inicio desse mestrado.

As professoras da EERP, que me encantaram com a metodologia ativa de ensino-aprendizagem: Marlene Gonçalves, Marta Angélica e, em especial, a Luciane Sá; pelo empenho contra-hegemônico.

Aos colegas de estágio PAE: Neire, Wanderlei e Milena; pelo conhecimento compartilhado.

As amigas de outros projetos de pesquisa: Inácia, Lídia e Nathália; pela compreensão e incentivo.

As amigas de residência e também de mestrado: Ferzoca e Pititinha (Lívia); pelo exemplo de dedicação e pela alegria de termos compartilhado tantos momentos juntas.

A minha mais nova família,Tânia e Carlos; pelo apoio e respeito aos momentos de dedicação a esta etapa da minha vida.

Aos trabalhadores do DRS XIII, em especial à Marta Ramos, que me receberam de braços abertos durante o estágio eletivo e colaboraram para que esta pesquisa fosse realizada.

Aos secretários e técnicos da Região do DRS XIII que aceitaram participar deste trabalho.

“Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos [otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo.”

Antonio Gramsci

RESUMO

VICENTINE, F. B. **Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde. 2016. 106p**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

O estudo buscou descrever e analisar, a partir da opinião de gestores e técnicos, aspectos relacionados ao processo de planejamento municipal e regional de saúde. O estudo descritivo, de abordagem qualitativa, teve seu recorte empírico composto pelos municípios dos três Colegiados de Gestão Regional (CGR) pertencentes ao DRS XIII, sendo que em cada colegiado buscou-se a representatividade dos municípios, contemplando as faixas de distribuição populacional do PlanejaSUS e do Departamento Regional de Saúde DRS XIII. Foram entrevistados 23 participantes, dentre eles gestores e técnicos da área de planejamento. A coleta de dados e a transcrição das falas foram realizadas em 2010, e a etapa de análise de conteúdo, na vertente temática, concluída em 2015, tendo como referencial teórico o escopo do PlanejaSUS. Os temas resultantes desta análise foram: “Impacto da gestão no processo de planejamento”; “Influência da informação e da comunicação no processo de planejamento”; “Práticas de planejamento municipal e regional” e “Aspectos da infraestrutura que influenciam o planejamento”. Os resultados apontaram que o espaço do Colegiado, atual Comissão Intergestores Regional, tem grande potencial para a consolidação do planejamento regional, por favorecer a aproximação e a troca entre os municípios de uma determinada região e o ente estadual. Entretanto, ele precisa ser ambiente de aprendizagem contínua e baseada em evidências, na realidade e nos conhecimentos prévios dos atores sociais que o compõem. Também foi encontrado como desafio a falta de equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos municípios, fundamental para a cooperação solidária, além da necessidade de se extrapolar a racionalidade normativa do planejamento, bem como a obtenção de dados reais para embasar esse processo. Conclui-se que a elaboração de ferramentas robustas de planejamento para a realização de intervenções, contribua com a promoção de mudanças de fato na situação de saúde e ainda atribua forte tendência de continuidade ao processo de planejamento, uma vez que é desejável que os atores sociais que participaram de sua elaboração, o executem e o avaliem.

Palavras-chave: Planejamento em saúde; Regionalização em saúde; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

VICENTINE, F. B. **Planning tools: tools for the qualification of public health management. 2016. 106p.** Dissertation (MSc) - Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

The study sought to describe and analyze, from the opinion of managers and technical aspects related to the process of municipal and regional health planning. The descriptive study of qualitative approach had its empirical object composed of the municipalities of the three Collegiate Regional Management (CGR) belonging to the DRS XIII, and in each collegiate sought the representation of municipalities, considering the population distribution ranges of PlanejaSUS and the Regional Health Department DRS XIII. Interviews conducted with 23 participants, including managers and technicians of the planning area. Data collection and transcription of the talks held in 2010, and the content analysis stage, the thematic side, completed in 2015, having as a theoretical framework the scope of PlanejaSUS. The resulting themes of this analysis were: "Impact of management in the planning process"; "Information and communication influence in the planning process"; "Practices of municipal and regional planning" and "infrastructure aspects that influence the planning." The results showed that the space of the Board, current Inter-Regional Commission, has a potential for the consolidation of regional planning, to favor the approach and exchange between the municipalities of a particular region and the state one. However, it needs to be an environment of continuous learning and evidence-based in reality and previous knowledge of the social actors that comprise it. It has also been found to challenge the lack of balance between autonomy and interdependence of municipalities, central to the partnership, and the need to extrapolate the normative rationality of planning and obtaining real data to support this process. Concluded that the development of robust planning tools to carry out interventions, contribute to the promotion of changes in the health situation and still give strong tendency to continue the planning process, since it is desirable that the social actors who participated in its preparation, also participate of the executing and the evaluating.

Keywords: Health Planning; Regional Health Planning; Public health; Health Management; Unified Health System; Qualitative Research.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos representantes dos CGR por Grandes Temas 40

Gráfico 2 - Distribuição das respostas dos representantes dos DRS XIII por Grandes Temas 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CENDES	Centro de Estudos e Desenvolvimento
CF	Constituição Federal
CGR	Comissão Gestora Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EaD	Ensino à Distância
GMMS	Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NEPH	Núcleo de Educação Permanente e Humanização
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde

PDR	Plano Diretor Regional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
OS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Ribeirão Preto
RRAS	Rede Regionalizada de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Sistema de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria do Agir Comunicativo
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **14**

1 INTRODUÇÃO **15**

1.1 Sistemas de saúde e modelos de planejamento 15

1.2 Planejamento no Sistema Único de Saúde 19

1.3 Referencial teórico 24

1.4 O elenco básico de instrumentos do PlanejaSUS 28

1.5 O problema de pesquisa 30

2 OBJETIVO GERAL **32**

2.1 Objetivos específicos 32

3 PERCURSO METODOLÓGICO **33**

3.1 O campo do estudo 33

3.2 Fontes e a coleta dos dados 35

3.4 Procedimentos éticos 37

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **38**

4.1 Impacto da gestão no processo de planejamento 41

4.1.1 Papel do colegiado 41

4.1.2 Impacto da gestão 48

4.1.3 Algumas características dos atores sociais do planejamento 54

4.1.4 Financiamento 56

4.1.5 Impacto das políticas indutoras 59

4.1.6 Impacto da municipalização e da regionalização 61

4.2 Influência da informação e da comunicação no processo de planejamento 63

4.2.1 Fonte de dados e sistemas de informação para o planejamento 64

4.2.2 Espaços de aprendizagem para gestores e o apoio institucional 69

4.2.3 Comunicação e informação para o planejamento 73

4.3 Práticas de planejamento municipal e regional 76

4.3.1 Planejamento: entre a centralização e a descentralização do processo 76

4.3.2 Uso das ferramentas de planejamento 80

4.3.3 Processo de planejamento regional 86

4.3.4 Opinião sobre o PlanejaSUS 88
4.4 Aspectos da infraestrutura que influenciam o planejamento 90
4.4.1 Aspectos estruturais do planejamento 90
4.4.2 Tamanho do município e intersetorialidade 92

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 94

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96

APÊNDICE 104
APÊNDICE I 104
ROTEIRO DE ENTREVISTA 104

ANEXOS 106
ANEXO I 106
Autorização DRS XIII – Ribeirão Preto 106
ANEXO II 107
Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa 107
ANEXO III 108
Inclusão de pesquisadora 108

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Fernanda Bergamini, sou filha de Ivanete e Luiz Henrique, tenho uma irmã mais nova chamada Marcela e sou casada, agora oficialmente, com o Fabio. Nasci e vivi em São Paulo por 24 anos, onde me graduei em fisioterapia, pela Universidade de São Paulo.

Durante a graduação descobri o papel da saúde na comunidade de maneira muito mais prática do que teórica por meio da participação em ligas e projetos de extensão, como a Bandeira Científica. Essa vivência me levou a fazer escolhas, entre elas a Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. A residência abriu um horizonte extenso sobre práticas de cuidado, compreensão da Rede de Atenção à Saúde, da atuação multiprofissional e interprofissional, bem como, deu a oportunidade de fazer o estágio eletivo no Departamento Regional de Saúde XIII, o qual ampliou meu o olhar do micro para as macropolíticas de saúde. Associada a esta pós-graduação, também tive a oportunidade de fazer uma especialização em Gestão do Cuidado, pela Universidade Federal de São Carlos, que teve imensa colaboração para a sedimentação dos meus conhecimentos práticos e me trouxe uma bagagem política muito significativa.

Simultaneamente a essa trajetória acadêmica, conheci o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES), que tem um núcleo no município de Ribeirão Preto-SP, e me aproximei ainda mais da militância pela saúde em seu conceito ampliado, trazido pela Reforma Sanitária. Por acreditar no nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e querer ver as leis que o embasam se corporificarem, também aceitei a indicação para fazer parte do Conselho Municipal de Saúde, representando o CEBES/RP, onde ocupo a cadeira de movimentos populares em saúde. A somatória dessas escolhas e vivências, e instigada pela curiosidade em entender e aprofundar meus conhecimentos sobre a saúde pública levou-me ao Departamento de Medicina Social e embasaram o tema dessa dissertação.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sistemas de saúde e modelos de planejamento

Os sistemas de saúde (SS) como se conhece hoje são recentes, datam de meados do século XX, e se desenvolveram devido à participação do Estado no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar da população e podem comprometer o desenvolvimento do país. Assim, os SS foram se consolidando com estruturas que pudessem prevenir doenças e ofertar serviços com a função de curar e reabilitar. Também estão incluídos nos SS o controle e a definição de regras para a produção de medicamentos, alimentos, equipamentos de saúde e proteção do meio ambiente. Ou seja, esses sistemas têm a função basicamente de solucionar problemas relacionados à saúde de sua população de maneira mais abrangente (LOBATO; GIOVANELLA, 2012)

Um SS é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um "conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população" (WHO, 2000, p. 5). Almeja, segundo Starfield (2002, p. 19), dois principais objetivos:

> Otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. (...) Minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação a seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Tendo em vista esses objetivos, podem-se elencar os diversos componentes que formam os SS, dentre eles a cobertura populacional e a dos serviços; o financiamento; a força de trabalho, a rede de serviços; os insumos; a tecnologia e conhecimentos e as organizações, estas últimas responsáveis pela regulação, gestão e administração do sistema, correspondendo às estruturas organizacionais como os ministérios, secretarias e agências reguladoras. A relação ou função posta entre esses componentes têm uma dinâmica própria dentro do sistema, que o impacta em seu empenho e resultados, relacionados às condições de saúde da população, resultantes de políticas, ações e serviços prestados. São quatro as principais funções listadas por Lobato e Giovanella (2012, p. 118): "alocação de

recursos, prestação de serviços, gestão e regulação". Essas funções são desenvolvidas por meio de ações políticas e econômicas que se manifestam pelos interesses dos atores sociais envolvidos de forma direta ou indiretamente nos SS.

Dentro da função da gestão, que se caracteriza por dirigir os SS, está a formulação de políticas, o financiamento, a contratação, organização e estruturação de serviços nos distintos pontos da rede, o dimensionamento da oferta, o controle e avaliação das ações e também o planejamento. Nesse contexto, os gestores têm um papel cada vez mais relevante dentro do sistema, pois é deles a função de se relacionar com os prestadores, interagir com outros entes federados para cumprir as diretrizes comuns, como no caso do Brasil, além de exercer sua autonomia para executar suas responsabilidades locais e articular políticas intersetoriais para alcançar impactos nas condições de saúde da população. É função ainda da gestão interagir com outros segmentos da população, como movimentos sociais, associações e sindicatos. Nesse sentido, a função da gestão não se configura apenas como administrativa, mas também política.

Relacionado à função da gestão e tendo em vista a organização da sociedade, o caráter do planejamento pode variar entre imperativo, em sociedades socialistas, e indicativo, nas capitalistas. A ação de planejar é a consequência natural do desequilíbrio entre as necessidades e os recursos, auxilia na tomada de decisões e definição de prioridades (BATTESINI; FISCHMANN; WEISE, 2013). O planejamento surge no processo de busca por soluções que podem se tornar modelos (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Para Vilasboas e Paim (2008), o planejamento é um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de propostas referentes às decisões institucionais. É usado como uma ferramenta de mediação entre as diretrizes políticas de organização e a subjetividade dos trabalhadores, podendo contribuir para a transformação de um objeto em um produto com uma dada finalidade. Esses autores defendem que o processo de planejamento implica em trabalho humano, relacionado à concepção técnica e social, e aproxima o planejamento do conceito de trabalho, definindo-o como o trabalho que organiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais (VILASBOAS; PAIM, 2008).

O planejamento feito de maneira temporal, esporádico e dirigido ao cumprimento de um objetivo existe desde os tempos dos antigos reis, para a programação de guerras e construções, encerrando-se com o alcance do objetivo.

Um novo modelo de planejamento surgiu em meados do século XX, decorrente de profundas crises econômicas, relacionadas ao capitalismo liberal, que levaram à mudança do papel do Estado, para que os elevados gastos com a produção moderna pudessem ser custeados. Nesse contexto, o Estado passa a ser o planejador e assume funções voltadas para a recuperação e a promoção da saúde de sua população, momento em que o papel do planejamento passa a ser social e acontece continuamente, vinculado às novas funções do Estado (ROCHA, 2011).

Apesar de ser um instrumento social inovador, o planejamento continua sendo normativo, utilizado para melhorar a atual situação social, mas não para mudar o modelo social por meio de processos políticos.

No Brasil, o planejamento oficialmente feito pelo Estado surgiu com o Plano Salte, entre os anos de 1950 e 1954, e tinha como metas a promoção da saúde, do transporte, da energia e da alimentação. Posteriormente, durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956 a 1961), foi instituído o Plano de Metas, seguido pelo Plano Trienal no governo de João Goulart e pelo Plano de Ação Econômica do Governo, adotado pelo regime militar após o golpe em 1964 (PAIM, 2006; ROCHA, 2011).

Nessa mesma época a Organização dos Estados Americanos (OEA) lançou durante a Conferência de Primeiros-Ministros, em Punta del Este, a Aliança pelo Progresso, com a fixação de metas de desenvolvimento para todos os países. Foi consenso entre os participantes que o progresso econômico deveria vir acompanhado de metas sociais, como a redução da mortalidade infantil e a melhora de indicadores de saúde. Por não haver um modelo, o Conselho de Primeiros-Ministros, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), encomendou a produção de uma metodologia de trabalho que pudesse guiar os Estados latino-americanos (PAIM, 2006; ROCHA, 2011).

O modelo foi solicitado ao Centro de Estudos e Desenvolvimento (CENDES), localizado na Universidade da Venezuela, que lançou dois anos depois a Técnica CENDES-OPAS, originalmente chamada de *Técnica de Programación de La Salud.* Tratava-se da primeira metodologia de planejamento voltada apenas para a saúde e que incluía em seu processo o diagnóstico de aspectos sociais (ROCHA, 2011). Essa metodologia caracterizava-se pelo seu formalismo econômico, tinha como ideia central a eficiência no uso dos recursos e usava como base a ciência econômica (FEKETE, 2002). Por isso, foi considerada demasiadamente normativa e presa ao

referencial de eficiência econômica, sendo os aspectos políticos omitidos durante o processo de planejamento e concebida para operar com grande controle do Estado e grau avançado de integração sistêmica (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Dez anos após a formulação dessa metodologia de planejamento, a própria OPAS reconheceu que não foram obtidos os resultados esperados e que não havia sido alcançada uma relação satisfatória com os níveis decisórios. Essa falha no processo foi considerada, principalmente, devido à falta de comunicação intelectual entre o "político e o planejador" (FEKETE, 2002).

Vale pontuar que nessa época ainda não estavam instalados os sistemas nacionais de saúde, sendo encargo do setor público a promoção da saúde e a prevenção de doenças e o seguro social para aqueles que trabalhavam e contribuíam com os impostos.

Como forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa da CENDES/OPAS, outros modelos sugiram com a incumbência de considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade técnica e política dos planos, que pressupõe o compartilhamento de poder e a possibilidade de planejar em situações de conflito e cooperação (FEKETE, 2002; TESTA, 1994). Fez-se necessário o apoio teórico, metodológico e enfoques que induzissem a pensar globalmente as organizações (incluindo análise do ambiente externo, formulação coletiva de prioridades e definição de um esquema) (RIVERA; ARTMANN, 2012). Esse tipo de planejamento é composto por etapas sequenciais, como o diagnóstico, a determinação de alternativas factíveis e a formulação dos planos. Seguem os princípios da permanência, da participação, da flexibilidade, da adaptabilidade e da integralidade e inclui quatro momentos: analítico; assertivo, transacional e operacional/conjuntural (GONZÁLEZ, 2009). Vale ressaltar que mesmo com a possibilidade de inclusão do diálogo com diferentes atores sociais e da compreensão sobre o problema apontado no diagnóstico, a definição de prioridade e metas é sempre uma ação política (ROCHA, 2011).

Nas décadas de 1970 e 1980, devido aos regimes autoritários instalados na América Latina, foram construídos modelos de planejamento para possibilitar a capacitação do nível técnico do setor, visando à incorporação da análise política a esse processo. Outras tentativas de instrumentalizar as decisões políticas surgiram com um modelo bastante difundido de planejamento, proposto por Matus (1996), denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), contemplava os quatro

componentes: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O conceito de momento está relacionado à circunstância ou conjuntura de um processo. Nesse modelo, a ação de planejar se dá de forma centralizada, sob a ótica de apenas um ator. Por sua vez, o pensamento estratégico de Mário Testa enfatiza a importância da participação de diferentes atores sociais, incluindo a população, no processo de elaboração das propostas programático-estratégicas. O autor propõe formas democráticas de organização interna, com vistas à mudança das relações de poder (VIEIRA, 2009).

A proposta do planejamento estratégico comunicativo que utiliza a teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas resgata o aspecto comunicativo do PES. Esse modelo incorpora o enfoque de planejamento estratégico de hospitais e a gestão pela escuta, cuja diretrizes são liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural e redes de conversação (RIVERA; ARTMANN, 2012). Existe ainda o modelo economicista, direcionado a responder a uma demanda determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor, ou seja, o levantamento de demanda para a constituição de serviços de saúde, sendo realizado de acordo com os padrões de consumo da população de referência (JESUS; ASSIS, 2010). Todos esses modelos têm ou tiveram sua importância, de acordo com o contexto histórico ou conhecimento técnico do gestor para empregá-los.

1.2 Planejamento no Sistema Único de Saúde

No Brasil, com a publicação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser um direito de toda a população e um dever do Estado. A conquista desse direito, sem a prévia organização dos serviços de saúde, voltados para o atendimento de um público restrito e norteados pelo viés curativo, gerou um aumento no desequilíbrio entre a necessidade da população e os recursos disponíveis, caracterizando-se como um dos primeiros indicativos da necessidade de se pensar a organização do sistema de saúde.

A proposta organizativa do sistema público de saúde brasileiro está contemplada nas orientações normativas do SUS, inicialmente, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90 (BRASIL, 1990), principalmente, a operacionalização do princípio da descentralização, incluindo a regionalização e a

hierarquização da rede de serviços de saúde. Também reafirmam o uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde, como base da programação e das atividades do sistema de saúde. Ao mesmo tempo em que trazem no seu escopo a descentralização da gestão, mantêm as diretrizes para elaboração dos Planos de Saúde sob a responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde. Com a publicação da Lei n° 8142/90 (BRASIL, 1990), a avaliação da situação de saúde, a proposição de diretrizes para as políticas de saúde e o controle da execução dessas políticas foram compartilhados com a sociedade civil organizada, nos espaços das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

Outros aspectos como adequação do orçamento e do financiamento do setor e a importância de práticas avaliativas, de controle e acompanhamento, foram trazidos pelo Sistema Nacional de Planejamento, em 1992 (VIEIRA, 2009). Esse sistema propunha a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento abrangendo os entes federativos, conferindo ao planejamento um caráter ascendente. Para a elaboração deste processo formularam-se roteiros e eixos norteadores dos Planos de Saúde, tais como a epidemiologia, a organização da rede e a situação político-gerencial dos entes federativos.

No ano seguinte, foram lançadas as primeiras Normas Operacionais Básicas (NOB), que estabeleceram normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão, ressaltando a prática do planejamento integrado em cada esfera do governo. Por meio da NOB 93 (BRASIL, 1993), os municípios passaram a ser classificados em níveis de organização de gestão, nomeadas de incipiente, parcial ou semiplena, e foram instituídos foros de negociação e deliberações, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde.

Entre as duas NOBs lançadas pelo MS, podem-se encontrar algumas normativas que embasaram as ferramentas de planejamento, como o Decreto nº 1232/94 (BRASIL, 1994), que estabeleceu como conteúdo dos Planos de Saúde a definição de percentuais orçamentários para financiamento das atividades e programas em cada esfera de governo. Um ano depois, foi publicado o Decreto nº 1651/95 (BRASIL, 1995), estabelecendo que a análise de Planos de Saúde, programações e relatórios de gestão permitiria o cumprimento das atividades do Sistema Nacional de Auditoria. O aperfeiçoamento da NOB 93 deu-se com a publicação de outra normativa (NOB 01/96) (BRASIL, 1997), que possibilitou o pleito

à categoria de gestão plena pelos municípios e estados, além de explicitar em seu texto que as ações de planejamento, comando e controle deveriam ser inerentes e integrantes ao contexto daqueles envolvidos na assistência.

A Secretaria de Estado da Saúde recebeu a responsabilidade de coordenar o processo de descentralização da gestão para os municípios, em 2001, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) (BRASIL, 2001). Esse processo envolveu a ampliação da base territorial de planejamento para as chamadas Regiões de Saúde e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenação do processo de regionalização. Para que o processo de descentralização, organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços fosse consolidado, essa NOAS incentivou a cooperação técnica e financeira entre os entes federativos. Apesar de reaproximar o estado do seu papel e readequar a base territorial do planejamento em saúde, a rigidez dessa Norma causou grande mobilização dos municípios que estavam prestando assistência de maneira mais organizada. Devido ao grande impacto, no ano seguinte, foi lançada a NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002), que flexibilizou o elenco de procedimentos obrigatórios para que o município assumisse a condição de gestão plena municipal.

Além de essas legislações fornecerem elementos para o planejamento, o Pacto pela Saúde 2006, instrumento editado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006a), teve a finalidade de complementar a legislação nas questões da organização e operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde para as diversas esferas de governo (FERREIRA, 2007). O Pacto pela Saúde envolveu três componentes, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão; este último, especificamente, radicalizou a descentralização por meio da desburocratização dos procedimentos normativos, da instituição dos Colegiados Gestores Regionais (CGR), dos blocos de financiamento e da definição de responsabilidades sanitárias de cada instância gestora, superando a lógica anterior de habilitação. Esse Pacto também instituiu diretrizes para a gestão do SUS, dando ênfase, ao planejamento e instituindo as ferramentas de planejamento da regionalização, o PDR, o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Atenção à Saúde.

O Pacto pela Gestão também trouxe em seu arcabouço o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que estabeleceu pontos prioritários para a pactuação do planejamento, entre eles a “adoção das necessidades de saúde da

população como critério para o processo de planejamento"; a "integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo" e a "institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS [...] incluindo o monitoramento e a avaliação, como instrumentos estratégicos de gestão do SUS" (BRASIL, 2006a, p. 13).

O PlanejaSUS foi ratificado com publicações posteriores, como o Decreto nº 3.085/2006 (BRASIL, 2006b), que o regulamentou, e a Portaria nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006c), que aprovou os seus instrumentos publicados nos Cadernos de Planejamento do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006d), resultado de oficinas macrorregionais destinadas a identificar bases para a organização e o funcionamento deste sistema. Essas oficinas reuniram órgãos e entidades do próprio MS, como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais, e representantes de cada unidade federada. A conformação desse sistema atribuiu especial atenção à diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo, bem como à corresponsabilidade solidária dos entes federativos.

Os objetivos do PlanejaSUS são pactuar diretrizes gerais e o elenco de instrumentos de planejamento a serem adotados pelas três esferas de gestão, formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, realizar o monitoramento e avaliações que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa. A implementação e difusão da cultura de planejamento e a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS completam o rol de objetivos desse sistema (BRASIL, 2006d).

Com o alcance desses objetivos, visa-se a promover a integração do processo de planejamento e de orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento (BRASIL, 2006b).

Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) reafirmou a importância da organização do SUS, do planejamento e da articulação intergestores e trouxe em seu escopo novas estratégias de pactuação entre os entes federativos, documentos e dinâmicas de gestão compartilhada. Dentre esses novos elementos, destacam-se o Mapa da Saúde, o Planejamento Integrado das Ações, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) e as Regiões de Saúde.

A elaboração do Mapa da Saúde deve auxiliar a sistematização da identificação de possíveis causas e justificativas para a situação de saúde encontrada no território (SÃO PAULO, 2012), além de fornecer elementos para amparar as tomadas de decisões quanto à implementação, adequação e expansão das ações e serviços de saúde. Esse instrumento tem papel importante na pactuação de indicadores de saúde, os quais devem nortear o planejamento integrado e ascendente, bem como os investimentos em saúde dos municípios, enquanto atores da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde – RRAS (BRASIL, 2011; SÃO PAULO, 2012; CIT, 2013).

O Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) foi base para algumas resoluções nos anos subsequentes, como a Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013 (CIT, 2013), cujo texto indica que o processo de planejamento deve ter suas diretrizes, metas, objetivos e indicadores expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores, e esses documentos devem servir como base para monitoramento e avaliação. Para ilustrar a proposta do MS, encontra-se no *Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e Indicadores 2013-2015* (BRASIL, 2014a) o fluxograma expresso pela Figura 1.

Em síntese, o planejamento no SUS é objeto de parte do arcabouço legal, o qual indica os processos e métodos de formulação, os requisitos que devem ser cumpridos para fins de repasse de recursos, de controle e de auditoria.

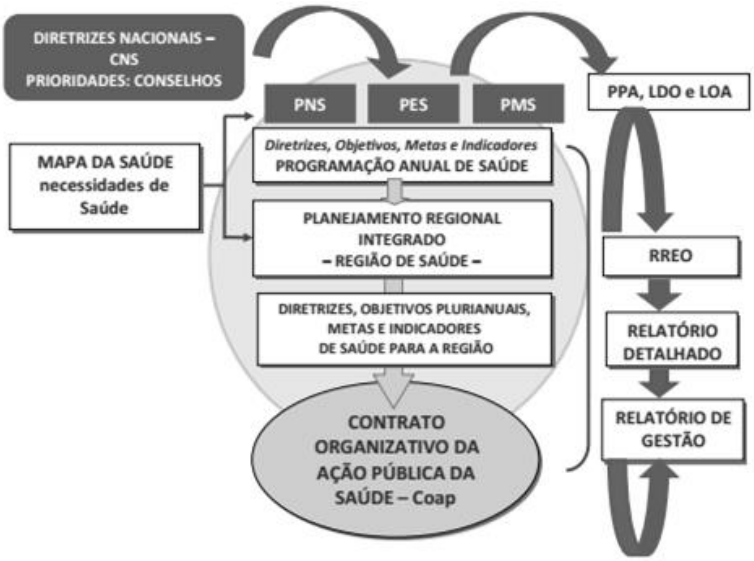

Figura 1 - Fluxograma referente à articulação e integração das ferramentas de planejamento. Fonte: Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interativa (CGAIG/SGEP/MS) (BRASIL, 2014a, p. 14).

1.3 Referencial teórico

O referencial teórico utilizado para embasar a realização deste estudo foi o PlanejaSUS, e suas bases teórico-metodológicas. Seu processo de implantação teve inicio em 2006, com a instalação do Comitê de Operacionalização, proposto em oficinas macrorregionais realizadas no ano anterior. Para compreender melhor a proposta trazida pelo PlanejaSUS, é importante ressaltar que até 2005 o planejamento estava pautado no atendimento às demandas internas, referentes a informações para o atendimento das necessidades técnicas-políticas, e externas, pautadas na coordenação da União. Havia um Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) que conduzia o planejamento estratégico do governo federal e baseava suas ações na agenda estabelecida segundo as exigências constitucionais e legais. Entre essas exigências estavam o Plano Plurianual (PPA), elaborado a cada quatro anos, e as respectivas Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2006d).

As metas para médio e longo prazo foram um avanço com relação à programação para a alocação de recursos financeiros, porém não abarcavam as demandas contingenciais de curto prazo. Por ser um processo verticalizado, também não contribuía para a melhoria da gestão do SUS, uma vez que se trata de uma responsabilidade do gestor federal em parceria com os demais entes da federação.

No contexto de descentralização da gestão do SUS, a procura pelo MS e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) foi grande, pois os gestores municipais solicitavam orientações e cooperação técnica para elaborar os instrumentos de planejamento, uma vez que precisavam alcançar a habilitação em uma condição de gestão ou formalizar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) para subsidiar auditorias e controles.

O cenário em 2009, apesar dos muitos avanços, era de falta de infraestrutura e de atualizações contínuas de técnicas e métodos de planejamento, sobretudo referentes ao monitoramento e avaliação. Essas condições, bem como a avaliação epidemiológica local, são consideradas estratégicas para a coordenação do processo de planejamento (BRASIL, 2009a).

Definido como a “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS”, o PlanejaSUS visa a consolidar a cultura de planejamento de maneira transversal às demais ações do

SUS (BRASIL, 2009a, p. 21). Deve ser entendido como uma estratégia relevante para a efetivação do SS, sem qualquer tipo de subordinação entre as respectivas áreas de planejamento, sendo elas: a formulação, o monitoramento e a avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, segundo as especificidades e as necessidades da população; e o provimento de mecanismos, como métodos e processos, para o cumprimento das áreas do planejamento.

Esse sistema está baseado no funcionamento harmônico entre todas as esferas de gestão e para que isso ocorra é indispensável pactuar objetivamente os papéis de cada ente, respeitando as peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias, com vistas a garantir resolubilidade ao sistema. Integram o PlanejaSUS também o monitoramento, a avaliação, a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Enfatiza-se que para o sistema de planejamento ser colocado em prática, faz-se necessário o apoio dos gestores, principalmente dos CGR, CIB e CIT, e dos representantes do controle social, em especial o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), incorporando o planejamento como instrumento estratégico para a gestão do SUS. Ainda há menção à busca por apoio de instituições internacionais, como a OPAS e a OMS, e instituições de ensino e pesquisa. Outra condição destacada é a adesão institucional, mediante portarias específicas (Portarias nº 3.085/2006 e nº 3.332/2006) (BRASIL, 2006b; 2006c) ou que serão decorrentes de pactuação tripartite.

Consideram-se condições igualmente essenciais à institucionalização do PlanejaSUS a capacitação de trabalhadores, a geração de informações gerenciais para embasar a tomada de decisões, a adequação do arcabouço legal relativo ao planejamento, a cooperação, tanto técnica como financeira, e o provimento de infraestrutura.

O PlanejaSUS, como objetivo geral, visa a:

> (...) coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, consequentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde (BRASIL, 2009b, p.23.)

Apresenta como alguns de seus objetivos específicos a formulação de propostas e pactuação de diretrizes para o processo do planejamento, promover a institucionalização e o fortalecimento das áreas de planejamento, apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde, implementar e difundir a cultura do planejamento, incentivar a participação social e a proposição de metodologias e modelos instrumentos básicos. Esses instrumentos devem expressar de maneira concreta os resultados decorrentes do processo de planejamento do SUS, de modo a conferir direcionalidade às ações e serviços de saúde necessária à manutenção e promoção da saúde da população.

O instrumento central do planejamento e a base para o planejamento regional e para as programações anuais de saúde, o Plano de Saúde (PS), tem o papel de fornecer o direcionamento da política de saúde para um período de quatro anos e deve ser feito em dois momentos: a análise situacional e a formulação das metas, diretrizes e objetivos.

A análise situacional é descrita pelo PlanejaSUS como um “processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade” (2009c, pág. 22). Essa etapa deve ser realizada para subsidiar a orientação de medidas a serem adotadas para superar os problemas encontrados, ou seja, para se aproximar, positivamente, de um estado de saúde desejável. Para isso, a análise situacional é formada pelos eixos: condições de saúde, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

A condição de saúde é dada como o conhecimento do perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população, além das vertentes da vigilância em saúde, atenção básica e assistência: ambulatorial especializada, hospitalar, de urgência e emergência e farmacêutica. Essas vertentes devem ser analisadas em suma segundo a oferta e a demanda, o acesso, a organização, o funcionamento, a qualidade, a disponibilidade de equipamentos, a qualificação da equipe.

Os determinantes e condicionantes estão relacionados às medidas intersetoriais desenvolvidas nas respectivas esferas de governo, que interferem na condição de saúde ou na atenção à saúde da população. A análise deve estar voltada para a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramentos das políticas públicas.

No eixo sobre gestão em saúde, principal eixo utilizado como referencial teórico, devem estar compreendidas a descentralização e regionalização, a

participação social, a gestão do trabalho, a educação em saúde, a infraestrutura, a informação, além do financiamento e o planejamento em si. Para isso, deve-se analisar: a cooperação entre as esferas de governo, as estratégias de coordenação para a promoção da equidade, o funcionamento dos espaços de cogestão, o desenho das RAS, a articulação com os respectivos conselhos de saúde, a composição e tipos de vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde, planos de cargo e salários, problemas decorrentes da precarização do trabalho, os processos de educação em saúde, os bancos de dados existentes, qualidade e utilização das informações para o processo de tomada de decisões, recursos logísticos e rede física, as transferências financeiras entre as esferas de gestão, o gasto público total, a execução orçamentária, a organização e operacionalização do processo de planejamento e sua interação com o centro de decisão.

Para a formulação das metas, diretrizes e objetivos, considera-se que os objetivos devam expressar aquilo que o gestor pretende fazer para superar ou reduzir os problemas identificados. As diretrizes são as linhas de ação a serem seguidas, devem levar em consideração os aspectos estratégicos, ou seja, o meio que se pretende adotar para operacionalizar determinada diretriz, e as prioridades, que são descritas como medidas a serem privilegiadas ou de caráter essencial. As metas devem expressar de maneira quantitativa os objetivos, que significa analisar a forma como elas serão apuradas. O meio apontado para essa avaliação são os indicadores, ou seja, os “índices que refletem uma determinada situação a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas” (2009c, pág. 28).

Segundo o PlanejaSUS, o PS é considerado um instrumento técnico-político e deve ser construído de maneira participativa. Por ser um instrumento estratégico para a gestão e que mantém coerência com o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), ao final de sua vigência deve-se realizar uma avaliação do PS para identificar os aspectos que foram resolvidos e aqueles que precisam ser melhores trabalhados.

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no PS, contém as definições das ações e metas para o ano específico e os recursos orçamentários necessários para realizá-las, considerada por isso de caráter propositivo. Sendo que as ações, iniciativas concretas que deverão contribuir para o alcance dos objetivos, e as metas anuais devem ser utilizadas para monitorar e avaliar a PAS. Neste instrumento, segundo o PlanejaSUS, não cabe a análise

situacional que é feita apenas na elaboração do PS, sendo que os objetivos que se pretende alcançar com sua elaboração e execução são: a integração do processo geral de planejamento das três esferas de governo, a consolidação do papel do gestor na coordenação da política de saúde, a viabilização da regulação, controle e avaliação do SS, definir a alocação dos recursos do SUS.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento elaborado de acordo com a PAS, que apresenta os resultados alcançados e orienta os direcionamentos necessários para o próximo PS, por isso é tido como de caráter analítico e indicativo. É considerado o momento de avaliação do planejamento, pois deve estabelecer uma correlação entre as metas, os resultados alcançados e os recursos utilizados. Fornece subsídios para a tomada de decisão e contribui para dar visibilidade às ações da gestão.

Os três instrumentos básicos do planejamento são interdependentes e articulados, sendo inviável qualquer tentativa de trabalhá-los isoladamente. Em síntese, os instrumentos têm por finalidade apoiar o gestor na condução do SUS de modo a alcançar a efetividade das ações e o aperfeiçoamento do sistema, além de possibilitar o continuo aperfeiçoamento da gestão participativa e dos serviços prestados. Também são finalidades dos instrumentos o subsidio ao trabalho de controle e auditoria, tanto interno como externo, e auxiliar a participação e o controle social.

1.4 O elenco básico de instrumentos do PlanejaSUS

Assim, clareadas as bases teóricas que embasam o planejamento no SUS, faz-se necessário dirigir o olhar ao elenco de instrumentos básicos definidos pelo PlanejaSUS. Esse elenco deve ser produzido pelas três esferas de gestão e é composto pelo Plano de Saúde (PS), pela Programação Anual de Saúde (PAS) e pelo Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2006d; VIEIRA, 2009), detalhados a seguir:

Plano de Saúde – instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a ser buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Programação Anual de Saúde – instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

Relatório Anual de Gestão – instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

Para além do elenco básico de instrumento, os gestores também podem contar com o Mapa de Saúde no estabelecimento de metas, dentro de seus respectivos PMS e PAS. Do ponto de vista conceitual e legislativo, adota-se a seguinte definição:

Mapa de Saúde – **"**descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema" (BRASIL, 2011, p. 01). Esse instrumento deve nortear a construção do PS, da PAS, do (RAG) e dos Relatórios Quadrimestrais e Resumidos de Execução Orçamentária (BRASIL, 2012) e a pactuação do COAP (CIT, 2013), este último um instrumento resultante da gestão compartilhada que define entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo uma organização direcionada às necessidades da Região de Saúde, com diretrizes, metas e indicadores, todos explicitados e com prazos definidos para ser cumpridos. O contrato garante o compartilhamento da gestão dotado de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a evolução das normatizações e dos instrumentos de planejamento no âmbito da saúde pública do país, entende-se que o reconhecimento e o aproveitamento do vigor do sistema de planejamento, pelos gestores, são fundamentais a fim de fortalecer essa área do conhecimento em suas realidades, desenvolvendo suas potencialidades e, assim, colaborando efetivamente para o bom desempenho do SUS.

Dessa forma, pondera-se que a gestão do sistema de saúde, mediada pelo planejamento, pode promover a organização das ações e dos serviços de saúde, buscando a melhor combinação de tecnologias e recursos sintonizada com o atendimento das necessidades de saúde da população. Por conseguinte, aceita-se a premissa de que "há uma relação entre planejamento e decisões, na qual o planejamento constitui-se um mecanismo empregado para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas" (VIEIRA, 2009, p.1.570).

1.5 O problema de pesquisa

Este estudo tem como escopo a análise do processo de planejamento em saúde no SUS, com foco na descentralização e regionalização da saúde.

O processo de implantação e consolidação do SUS, por meio da descentralização, impôs aos gestores uma efetiva participação em novos espaços institucionais, negociada entre as esferas governamentais, e o ajuste de compromisso com os resultados advindos da organização e da produção da oferta de cuidados.

Vilasbôas e Paim (2008), no entanto, argumentam que

> Apesar do aumento da capacidade gerencial dos municípios, especialmente daqueles em gestão plena do sistema, a complexidade institucional da conformação do SUS, composto por três esferas de governo que são autônomas e, ao mesmo tempo, interdependentes, traz restrições que podem explicar a limitada incorporação do planejamento à formulação de políticas de saúde nesse âmbito, revelada pelas evidências encontradas na literatura (VILASBÔAS E PAIM, 2008, p. 1.240).

Esse aspecto da realidade brasileira também é revelado por autores internacionais, que apontam o inexpressivo exercício cotidiano e institucional das práticas de planejamento em instituições públicas de saúde (FLEURY; DENIS; SICOTTE, 2003 *apud* VILABÔAS; PAIM, 2008, p.1.239).

No âmbito do SUS, podemos dizer, a despeito dos reconhecidos avanços, que práticas de planejamento são executadas, em geral, desarticuladamente e em diferentes gradientes e percebidas mais nitidamente entre alguns programas específicos, sejam eles de controle de doenças ou de organização e regulação de serviços de saúde (VIEIRA, 2009).

Entretanto, há uma carência de estudos que avaliem o impacto da incorporação do planejamento e de seus instrumentos, nos sistemas municipais e regionais, com vistas à viabilização da implementação de políticas de saúde (VILASBÔAS; PAIM, 2008, p.1240).

Outro aspecto a ser pontuado é a necessidade de incremento, nos sistemas de saúde locais e regionais, da análise da situação institucional de etapas do planejamento, tais como o monitoramento e a avaliação, momentos decisivos para a retroalimentação do processo de planejamento em saúde (HARTZ, 2002, p.419). O

produto dessa ação avaliativa está vinculado à produção de novos conhecimentos, de práticas inovadoras e modos diversificados de gestão na área da saúde.

Acredita-se que o esforço compartilhado empreendido na elaboração dos instrumentos de planejamento, sedimentado na análise situacional das condições de saúde, com o mapeamento dos principais problemas e necessidades, pode influir no processo organizativo do sistema e na mobilização de recursos e vontades, imprescindíveis à execução da política de saúde e ao alcance dos objetivos e resultados pretendidos.

Por sua vez, acredita-se que o dinamismo do processo de planificação centrado na gestão compartilhada entre gestores, trabalhadores, usuários e a academia possibilita a adoção de novas estratégias de atenção e de gestão da saúde, na ótica do planejamento ascendente e participativo. O reconhecimento da magnitude desse processo e a adesão dos gestores e dos demais atores do sistema de saúde, incorporando o planejamento e suas práticas, como instrumentos estratégicos para a gestão do SUS, corporificam um eixo dentro da política pública de saúde.

Nesse sentido, configurou-se o problema de pesquisa traduzido na indagação: em que medida o planejamento em saúde e seus instrumentos são reconhecidos e empregados pelos atores sociais[1] como recursos estratégicos para a gestão do SUS?

[1] Ator social: “De maneira geral, a expressão ator social refere-se, hoje em dia, ao indivíduo responsável pela consecução de objetivos particulares e exequíveis, e cuja atividade encontra seus limites e possibilidades na atividade dos outros atores sociais e na conjuntura socioeconômica previamente diagnosticada. O ator social é aquele que, para conseguir alcançar objetivos particulares, modifica o “entorno social” negociando com outros atores. Essa atividade do ator social, em prol de si mesmo e do grupo, é o que faz dele um membro da sociedade civil.” (SOUZA. 2008; p. 44). No caso específico deste trabalho, são denominados atores sociais os gestores e técnicos do planejamento de saúde pública municipal e estadual.

2 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a opinião[2] de gestores e técnicos do setor saúde sobre o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde.

2.1 Objetivos específicos

Descrever a analisar a construção e o uso das ferramentas de planejamento no Sistema Único de Saúde.

Descrever os fatores que facilitam e dificultam o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde.

---

[2] O significado da palavra opinião, nesse acaso, refere-se ao modo de ver pessoal manifestado sobre certo assunto (MICHAELIS, 2015). Buscou-se, neste estudo, descrever e analisar a visão individual que os gestores e técnicos da saúde têm a respeito do processo de planejamento do SUS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

No desenvolvimento deste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa que, de acordo com Deslandes e Assis (2003, p. 195), possibilita a “compreensão/explicação em profundidade” e uma aproximação a cenários complexos que envolvem conjunto de valores, intenções, vontades, hábitos, atitudes e distintas lógicas de ação, como o vivenciado pelos atores envolvidos com o cotidiano das práticas de planejamento nos sistemas de saúde.

3.1 O campo do estudo

O estudo foi desenvolvido no território do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, órgão representante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP), localizado na região nordeste do estado, sendo composto por 26 municípios, com uma população estimada de 1.327.989 habitantes (BRASIL, 2014b).

O território do DRS XIII é conformado por três Regiões de Saúde (Aquífero Guarani, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras), tendo o município de Ribeirão Preto como sede administrativa e pólo assistencial regional.

A Região de Saúde do Aquífero Guarani possui, aproximadamente, 807.106 habitantes (BRASIL, 2014b), sendo composta por dez municípios, a saber: Cravinhos, Guatapará, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, Santa Rita do Passa Quatro, São Simão, Serra Azul e Serrana.

A Região de Saúde do Horizonte Verde possui, aproximadamente, 393.431 habitantes (BRASIL, 2014b), sendo composta por nove municípios, a saber: Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho.

A Região de Saúde do Vale das Cachoeiras possui, aproximadamente, 127.452 habitantes (BRASIL, 2014b), sendo composta por sete municípios, a saber: Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antônio da Alegria. As Regiões de Saúde, seus municípios e suas populações estimadas encontram-se listados no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das Regiões de Saúde, dos municípios e de suas populações estimadas do DRS XIII do estado de São Paulo, 2014.

Regiões de Saúde do DRS XIII					
Aquífero Guarani		**Horizonte Verde**		**Vale das Cachoeiras**	
Municípios	**População (hab.)**	**Municípios**	**População (hab.)**	**Municípios**	**População (hab.)**
Guatapará	6.966	Dumont	8.143	Santa Cruz da Esperança	1.953
Serra Azul	11.256	Pradópolis	17.377	Cássia dos Coqueiros	2.634
Luís Antônio	11.286	Barrinha	28.496	Santo Antônio da Alegria	6.304
São Simão	14.346	Pitangueiras	35.307	Altinópolis	15.607
Santa Rosa do Viterbo	23.862	Guariba	35.486	Brodósqui	21.107
Santa Rita do Passa Quatro	26.478	Pontal	40.244	Cajuru	23.371
Cravinhos	31.691	Monte Alto	46.642	Batatais	56.476
Jardinópolis	37.661	Jaboticabal	71.662		
Serrana	38.878	Sertãozinho	110.074		
Ribeirão Preto	604.682				
TOTAL	**807.106**	**TOTAL**	**393.431**	**TOTAL**	**127.452**

Fonte: DATASUS/IBGE 2014b.

Para o desenvolvimento do estudo os municípios das três Regiões de Saúde foram agrupados, segundo a classificação do PlanejaSUS, a partir do seguinte critério de inclusão:

Grupo A: município com menos de 10.000 habitantes ou Faixa 1; **Grupo B**: municípios entre 10.000 e 50.000 habitantes ou Faixa 2; e **Grupo C**: municípios com mais de 50.000 habitantes ou Faixas 3, 4 e 5 (BRASIL, 2009a). Inicialmente, foi selecionado dentro dos grupos A, B e C de cada região um município que representasse o grupo. Nos grupos onde existia mais de um município a escolha foi realizada por meio de sorteio. Assim, obtiveram-se por Região de Saúde três municípios, totalizando nove.

3.2 Fontes e a coleta dos dados

A coleta de dados desta investigação ocorreu, no período de maio a agosto de 2010[3] em fonte primária produzida junto aos atores dos CGR (atual CIR) do DRS XIII: gestor estadual regional de saúde (diretor do DRS XIII e dois trabalhadores de saúde do Departamento de Planejamento do DRS XIII), gestores dos municípios selecionados pelo critério de inclusão da pesquisa (nove secretários municipais de Saúde) das três Regiões de Saúde do DRS XIII, representadas nos CGR e dois trabalhadores de saúde por município selecionado, membros da Câmara Técnica desses colegiados, totalizando a estimativa de 30 participantes.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada (ANEXO I) como técnica para a coleta dos dados primários junto aos participantes. Segundo Minayo (2004), a coleta de dados em pesquisas sociais pode ser classificada em diferentes modalidades a depender do grau de diretividade estabelecido pelo pesquisador na estrutura do roteiro. Dessa forma, pode variar desde a entrevista estruturada, passando pela semiestruturada, até a não estruturada ou aberta, uma vez que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, de normas e símbolos. A opção pela entrevista semiestruturada justificou-se pelo reconhecimento de que esta técnica, além de permitir a atuação do pesquisador/entrevistador, possibilita a manifestação espontânea do entrevistado acerca do objeto da investigação (TRIVIÑOS, 1987).

Para o desenvolvimento da entrevista foi elaborado um roteiro específico de acordo com cada participante, tendo como eixo temático principal o Processo de Planejamento no SUS. Deve-se destacar que no momento da coleta de dados primários a denominação dos Colegiados Gestores era CGR, por isso, não houve substituição do termo nos questionários. As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes, tiveram duração máxima de 50 minutos e foram audiogravadas mediante o consentimento dos participantes. É importante, ainda, frisar que informações e observações obtidas, além do emprego da técnica escolhida, foram registradas em um diário de campo.

[3]Justifica-se a coleta nesta data, pois esse estudo integrou um projeto de pesquisa de uma docente do departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, iniciado em 2010 e que teve como um de seus desdobramentos essa dissertação de mestrado.

3.3 Análise dos dados

Procedeu-se a análise e interpretação de dados, no período de agosto de 2014 a outubro de 2015, na busca da compreensão das informações obtidas relacionando-as às indagações que suscitaram a investigação. Foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática (Bardin, 2000; Minayo, 2004), ou seja, seguindo os polos cronológicos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise, que tem por objetivo a organização do material, foi realizada por meio da leitura flutuante, segundo as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesse momento, constitui-se um *corpus*, formulam-se as hipóteses, referenciam-se os índices e elaboraram-se os indicadores.

Na fase seguinte, de exploração do material, pretende-se fazer a codificação, ou seja, tratar o material segundo regras precisas para atingir a representação do conteúdo, ou de sua expressão. Segundo Bardin (2000, p. 103), "A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidade, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo". A codificação foi realizada por meio do recorte das unidades de registro em nível semântico, ou por tema, ou seja, aquelas unidades de significação que se destacaram naturalmente do texto analisado segundo critérios relativos à teoria presente nos cadernos do PlanejaSUS. A regra de enumeração utilizada foi a frequência simples, na qual todas as aparições possuem o mesmo peso, seguindo o postulado de que todos os elementos têm uma importância igual e, com relação à descrição e à interpretação da realidade, foi considerada a significância do tema quanto maior a frequência de sua aparição.

O tratamento de resultados obtidos foi realizado a fim de que os resultados brutos fossem significativos e válidos. Para isso, foram realizadas operações estatísticas simples de porcentagem para o estabelecimento de quadros de resultados que condensassem e colocassem em relevo as informações fornecidas pela análise. Enfatiza-se que foi realizada a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade. É válido lembrar um trecho escrito por Minayo (2007, p. 306), em seu livro *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*: "O rigor matemático pode ser uma meta e vir junto com outras formas de validação, mas nunca substitui a intuição e a busca do sentido das falas". Desse modo, reitera-

se que foi realizada a contextualização dos dados empíricos com a proposta de planejamento do SUS.

Após o tratamento de resultados, foi realizada a inferência dos achados, de acordo com o emissor, a mensagem, o código e a significação. Seguido da etapa de interpretação, a qual levou em consideração o referencial teórico escolhido.

3.4 Procedimentos éticos

O estudo contemplou as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (protocolo nº 342/CEP/CSE-FMRP-USP). A autorização para a realização do estudo foi concedida por meio do envio de carta ao diretor regional da DRS XIII discriminando a justificativa e os objetivos da pesquisa. A cada um dos participantes do estudo foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo-se do recorte empírico foram entrevistados 26 sujeitos entre gestores e técnicos da área de planejamento em saúde. Quatro possíveis participantes não retornaram as ligações ou desistiram de participar da pesquisa.

Dos entrevistados, 23 (88,5%) eram técnicos ou gestores de municípios que compunham os CGR do DRS XIII. Foram entrevistados atores sociais de três municípios de cada CGR do DRS XIII, de acordo com os grupos Grupos A, B e C. Em cada município entrevistaram-se três pessoas. Também foram entrevistados dois técnicos do setor de planejamento e o gestor do DRS XIII, como representantes da esfera estadual de gestão.

Os entrevistados tinham, na época da coleta dos dados, entre 24 e 67 anos de idade (média = 44; mediana = 45,5). Quanto ao nível de escolaridade, 21 (80,8%) tinham nível superior completo, distribuído nas seguintes áreas: enfermagem (7), medicina (4), administração (2), advocacia (2), biomedicina (1), farmácia (1), gerente de RH (1), história (1), pedagogia (1) e psicologia (1). Cinco (19,2%) entrevistados tinham o nível médio completo, como auxiliar (2) e técnicos (2) de enfermagem e como professor (1). Nove participantes declararam não ter especialização, sendo que quatro desses corresponderam aos participantes com nível médio de escolaridade.

O tempo de lotação dos entrevistados nos respectivos municípios variou de 0,8 a 34 anos (média = 11,4; mediana = 9); o tempo no cargo de técnico ou gestor variou de 0,1 a 22 anos (média = 5,4; mediana e moda = 2). Nove dos entrevistados tiveram o tempo de lotação no município igual ao tempo no cargo de secretário ou técnico, sendo três gestores e seis técnicos. Aqueles que apresentavam maior tempo de lotação nos respectivos municípios do que no cargo atual tiveram uma diferença entre o tempo de lotação e de inserção o atual cargo de um a 17 anos.

O material coletado durante as entrevistas foi audiogravado e transcrito, respeitando-se os quatro blocos de origem dos entrevistados, referentes aos três CGR e ao gestor estadual. Foi considerado um total de 376 respostas; dessas, 50 foram dos gestores estaduais. Entre os CGR, obteve-se uma média de 109 respostas, com variação de 98 (Aquífero Guarani) e 119 (Vale das

Cachoeiras). Após organização das respostas, por colegiados, foi realizada a pré-análise das falas, segundo as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na fase seguinte, foi realizada a codificação do material para atingir a representação do conteúdo, por meio da nomeação dos núcleos de sentido. Agruparam-se os núcleos de sentido em grandes temas, segundo a proximidade entre eles e independentemente do CGR, e utilizou-se a regra de enumeração de frequência simples para dimensionar a significância do tema. A não manutenção das falas separadas por CGR decorreu da falta de informações sobre aspectos mais individualizados e específicos de cada colegiado, não sendo possível, por isso, fazer grandes distinções entre os CGR. Optou-se por manter aspectos como o tamanho dos municípios e distinções entre os entes municipal e estadual como caracterização dentro dos grandes temas em que essa diferenciação foi apropriada.

Após essa análise, formaram-se os seguintes grandes temas: “Influência da informação e da comunicação no processo de planejamento”; “Impacto da gestão no processo de planejamento”; “Práticas de planejamento municipal e regional” e “Aspectos de infraestrutura que influenciam o planejamento”. Suas frequências estão demonstradas no Gráfico 1, para os CGR, e Gráfico 2, para o DRS XIII.

Dentre os grandes temas, destaca-se o “Impacto da gestão no processo de planejamento” como o tema mais recorrente, representado por 126 (33,2%) respostas. O segundo grande tema mais recorrente foi “Influência da informação e da comunicação no processo de planejamento”, com 114 (30,0%) respostas, seguido de “Práticas de planejamento municipal e regional”, com 110 (28,9%) respostas. O tema menos frequente foi “Aspectos de infraestrutura que influenciam o planejamento”, com 30 (7,9%) respostas.

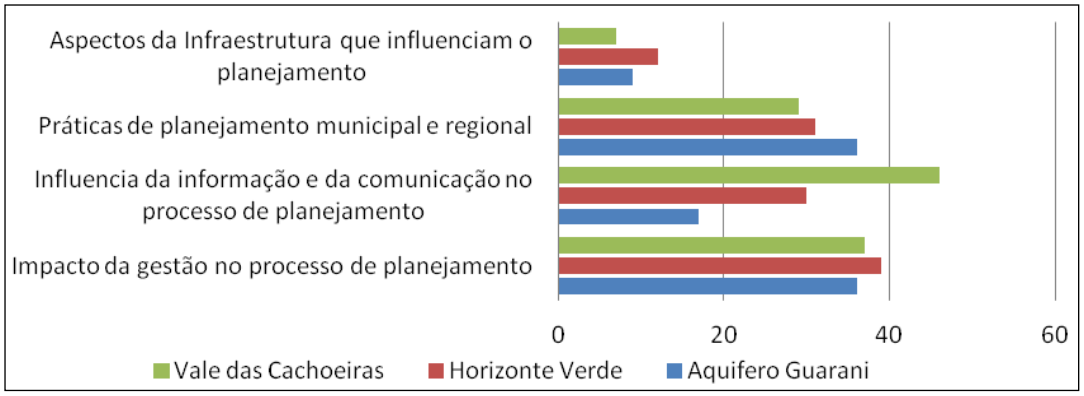

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos representantes dos CGR por grandes temas.

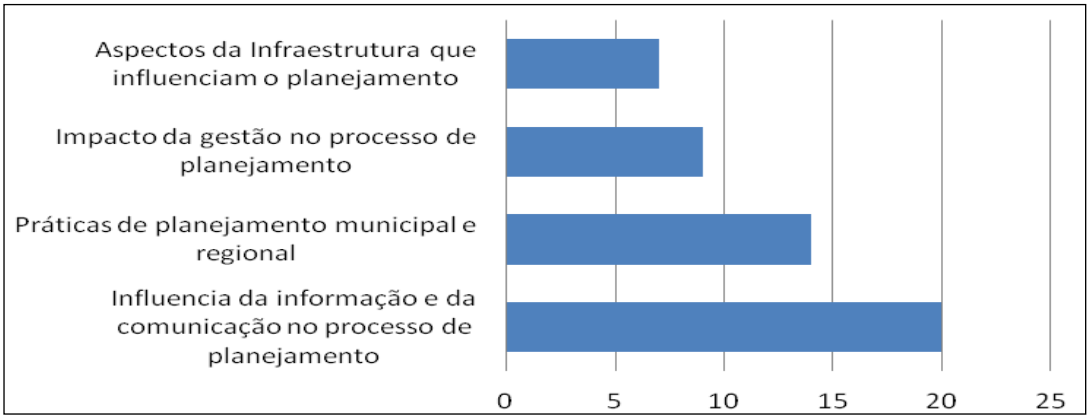

Gráfico 2 - Distribuição das respostas dos representantes do DRS XIII por grandes temas.

4.1 Impacto da gestão no processo de planejamento

Dentro desse grande tema, o núcleo de sentido referente ao “Papel do colegiado” foi o mais frequente, representado por 56,3% (71) das respostas, seguido pelo núcleo “Impacto da gestão”, com 22,2% (28) das respostas. Outros núcleos de sentido identificados dentro desse tema tiveram uma média de 4,5 (variação de 3 a 9) respostas cada e trouxeram conteúdos de extrema relevância para a pesquisa.

4.1.1 Papel do colegiado

Assim como já mencionado anteriormente, o período de realização das entrevistas foi durante o ano de 2010, anterior à publicação do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que trouxe alterações ao planejamento regional. Entre as alterações está a retomada da nomenclatura CIR (Comissão Intergestores Regional) para nomear os espaços de cogestão regional, equivalente aos CGR trazidos pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e utilizados neste estudo. Por isso, faz-se necessário usar como base a legislação vigente até o ano de 2010 para analisar as falas dos entrevistados, mas sem deixar de fazer reflexões atuais sobre o assunto.

Uma dessas legislações é o Pacto pela Gestão (BRASIL, 2006e), que ampliou o conceito de regionalização para além da assistência, trazendo a importância da conformação de sistemas regionais que respondem à necessidade de organização da saúde de maneira integral em seus diversos componentes. O Pacto também instituiu os CGR como instâncias permanentes de pactuação, cogestão e de decisão dentro das RS. Antes da instituição dos CGR havia apenas duas instâncias para pactuar e articular ações entre as três esferas de governo, as CIB e as CIT. O espaço mais próximo dos municípios, até então, era a CIB, formada de maneira paritária entre representantes dos municípios e do estado. Contrapondo-se à proposta da CIB, o CGR é composto pelos municípios de uma determinada RS e de representantes do estado, sendo a paridade abolida (BRASIL, 2009d).

A criação dos CGR foi um grande avanço no que diz respeito à descentralização e a regionalização, uma vez que esses espaços são mais próximos dos gestores municipais e têm como objetivos identificar e definir prioridades da RS, pactuar soluções, organizar a RAS, qualificar o processo de regionalização e tentar garantir a cooperação entre os gestores (BRASIL, 2006e). Todos os gestores dos

municípios da respectiva RS têm assento e voz garantidos dentro do CGR, sendo considerada fundamental a presença dos secretários de Saúde municipais, possibilitando dessa maneira a expressão das diferentes demandas e interesses regionais (BRASIL, 2006e).

Com relação ao funcionamento dos CGR, os técnicos e gestores municipais trouxeram em suas falas algumas potencialidades e limitações relacionadas ao funcionamento desse espaço de cogestão. Entre as potencialidades estão a permanente troca de experiências e informações, o recebimento de orientações e o compartilhamento de materiais de apoio, que auxiliam no processo de planejamento dos municípios. Caracterizam o ambiente como democrático, no qual as decisões eram tomadas por consenso.

> Como fórum de discussão e de troca de experiências é permanente, ele traz para nós uma série de esclarecimentos, de outras visões que nos *permitem* aprimorar as... nossas ações em relação ao planejamento. (E6)

> Eles pedem todos os projetos de saúde anual de saúde e lá se discute uma série de *coisas*... é muito aberto, democrático e nada contrário, acho que foi uma coisa boa, um lugar que todo mundo coloca a suas opiniões, se discute e chega num consenso. (E4)

As decisões no CGR, pela legislação, devem ser tomadas sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento do conjunto de gestores. Esses espaços também devem ser apoiados por câmaras técnicas permanentes, para o subsídio de informações e análises relevantes, e por técnicos municipais ou estaduais de diversas áreas de atuação como vigilância em saúde, promoção à saúde, trabalhadores e outros, dependendo do tema pautado. A presença de prestadores de serviços universitários, serviços próprios dos municípios ou do estado, consórcios intermunicipais, organizações sociais e filantrópicas de âmbito regional é autorizada nas reuniões do CRG ou dos grupos de trabalho, na condição de convidados e conforme a necessidade. Não está prevista a representação do controle social nesses espaços (BRASIL, 2006e).

Para os gestores e técnicos que participavam da conformação anterior, baseada na antiga composição da CIR ou CIB Regional (reunião de todos os secretários de Saúde dos municípios do DRS XIII e de representantes do estado), a divisão em três CGR foi muito importante, pois colaborou para que os técnicos e secretários de Saúde dos municípios menores se comportassem de maneira mais

autônoma para falar durante as discussões, passando da postura de ouvintes para participantes. Contribuiu para promover um maior conhecimento sobre as realidades regionais. Essa visão também permeou as falas dos gestores estaduais, que acreditam que os CGR propiciaram melhores condições para se realizar o planejamento.

Essa mudança de postura dos técnicos e gestores vai ao encontro dos princípios norteadores do SUS de regionalização do sistema, que têm como objetivo central a formação de regiões com distribuição de poder entre os municípios e estabelecimento de relações entre os governos. E também o principio da descentralização das responsabilidades gestoras, das decisões e dos recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, para os municípios (VIANA; LIMA, 2011).

> O principal fator que eu acho que contribuiu para melhorar é justamente o fato de essas cidades estarem próximas, de *em vez* de você ter que contatar e ter que trabalhar com 26 municípios é muito mais fácil você trabalhar com nove municípios, (...) então eu acho que a maior facilidade em termos do CGR de contribuir para um melhor planejamento é justamente isso de você ter uma integração melhor com os municípios por que eles são próximos e de certa forma apresentas as mesmas realidades. (E18)

> Todos têm voz, todos têm condições de opinar, as coisas não vêm de cima para baixo, mas, né, ainda vêm, mas boa parte disso já parte também dos próprios secretários. (E12)

Essa integração promovida pelo arranjo do CGR trouxe algumas facilidades, como a colaboração para que os projetos dos municípios fossem aprovados e encaminhados para outras instâncias federativas, para receber financiamento estadual ou federal. Apesar de esse funcionamento ser preconizado pelas normativas do SUS, a falta de segurança jurídica, de institucionalização e de plena governança dos CGR, CIB e CIT tornou esses arranjos organizativos de cogestão praticamente “virtuais”, uma vez que eles estão subordinados às SES e ao MS e dependem dessas instâncias para dar publicidade às decisões, além da ingerência sobre o financiamento (MENDES, 2011). Nesse aspecto, Mendes (2011) ainda traz relatos sobre o funcionamento da gestão descentralizada de outros países, como o Reino Unido e a Espanha, onde entidades sanitárias federais ou estaduais, respectivamente, são descentralizadas e exercem a governança regional sobre a RAS como entes jurídicos, com capacidade de decidir de maneira autônoma e de contratar serviços necessários.

Houve relatos de melhoria da cooperação entre alguns municípios, exemplificada na cooperação entre os gestores para a resolução de demandas reprimidas, como acesso a exames ou especialistas, que se deu nesse espaço de cogestão. Tais facilidades percebidas pelos gestores e técnicos são tidas como alguns dos objetivos das RAS, apesar de ainda muito distantes do modelo descrito por Mendes (2011) e proposto pela própria legislação, no qual a RAS deve ser organizada para cumprir os princípios constitucionais, como a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade do cuidado, bem como favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores. Nesse contexto, o CGR deve ser usado como um espaço de decisão, tendo como base a identificação, definição de prioridades e pactuação de soluções para organizar uma RAS que seja resolutiva e integrada. Para que essa rede seja constituída, existe ainda a necessidade de extrapolar os interesses locais ou municipais. Esses últimos aspectos não ficam claros nas falas dos entrevistados.

> O colegiado tem sido assim bastante unido no sentido assim de colaborar, os municípios, com aquele município que está em questão e que precisa aprovar alguma coisa. (E18)

> Agora a gente trabalha mais em conjunto, município manda paciente pra gente, a gente por *nossa* vez pede alguma coisa no município que tem, a gente atende muito (...) essas cidades pequenas eles estão sempre com a gente aqui pedindo, a gente faz, outras vezes a gente precisa de um médico que está naquele município, as pessoas... a gente conversa e se entende, então esse... é muito importante essa ligação da gente. (E21)

Existem muitos aspectos positivos relacionados à descentralização, como a própria ampliação do acesso de serviços de média e alta complexidade, corroborando os achados deste estudo. Porém, a descentralização por si só não trouxe melhorias de maneira automática para a gestão e organização do sistema de saúde (VIEIRA-DA-SILVA *et al*., 2007), como se pode notar em algumas falas descritas mais à frente.

Alguns membros da equipe gestora dos municípios consideraram que o espaço do CGR poderia ser mais bem aproveitado. Exemplos dessa consideração apareceram nas falas sobre a necessidade de pactuação de consórcios e união entre os gestores para realizar a compra de medicamentos a preços mais baixos, devido às melhores chances de negociação para grandes quantidades. As assimetrias financeiras e de gestão dos diferentes níveis de governo são grandes desafios para a descentralização e regionalização do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

> Talvez pudessem se unir e fazer uma espécie de consórcio, como por exemplo compra de medicamento, ao invés de aceitar o valor que vem do ministério que passa para o Estado e o Estado nos repassa aquela quantidade per capita (...) não só isso, acho que esse consórcio poderia ser feitos em outros... é... em outros meios de atenção secundária, terciária e média, alta complexidade. (E18)

Esse desafio não se restringe aos CGR do DRS XIII, uma vez que cerca de 90% dos municípios do Brasil são de pequeno ou médio porte e apresentam limitações para conseguir assumir todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas pela legislação (LIMA *et al.*, 2012). Nesse contexto, o papel do estado, além de formalizar os desenhos regionais no território para fins de planejamento, é de imprimir dentro do CGR os rumos que foram traçados no Plano Estadual, induzir e fomentar a regionalização solidária e dar suporte técnico às discussões (BRASIL, 2006f).

Para alguns gestores e técnicos dos municípios, os representantes do estado são pessoas capacitadas, que direcionam e coordenam as demandas entre o estado e os municípios, fazem cobranças quando necessário, respondem ás dúvidas e disseminam novas portarias e resoluções de maneira ágil. Apesar de essa visão ser muito próxima ao preconizado pelo MS, não há relatos dos técnicos e gestores municipais sobre o plano regional ou estadual, ou sobre o fomento às práticas de regionalização solidária.

Com relação às falas que apontaram as limitações do CGR, a própria disponibilidade dos gestores e técnicos dos municípios para participar das reuniões impactou de maneira negativa o andamento do colegiado e a compreensão sobre a dinâmica desse espaço. Essa dificuldade é mais frequente para os municípios de pequeno porte, pois eles não têm uma equipe de planejamento, sendo na maioria das vezes todo o trabalho centrado em um único indivíduo, o que inviabiliza a presença em todas as reuniões. Esse achado encontra ressonância na pesquisa realizada pelo MS (BRASIL, 2009a), que apontou que o responsável pela informação para o planejamento em nível local, em municípios de pequeno porte na Região Sudeste, é o gestor local. Em locais com até 100 mil habitantes foi relevante a quantidade de SMS que afirmaram não possuir pessoal especificamente alocado nessa atividade, enquanto que, em municípios maiores, a informação é proveniente do setor de planejamento, conformado de uma a três pessoas, em média.

A dificuldade em compreender a dinâmica do CGR também foi relatada por novos gestores e técnicos, que muitas vezes não têm experiência na gestão. O próprio posicionamento dos integrantes dos CGR acaba sendo questionado, pois alguns atores sociais não o entendem como um lugar para fazer planejamento, mas sim para discutir os problemas do dia a dia da gestão. Houve relatos de dependência das iniciativas do DRS para que temas importantes fossem abordados e aprofundados. Essa dificuldade de compreender a dinâmica do CGR pode apontar para falhas na coordenação do estado, uma vez que ele deveria garantir a continuidade dos avanços alcançados pelo CGR, viabilizando a sustentabilidade do processo de regionalização independentemente da renovação do quadro de gestores municipais (OLIVEIRA *et al*., 2010).

> A gente não chega a entrar nos detalhes de planejar alguma coisa, na verdade a gente só discute o momento, as coisas que estão acontecendo no dia, dos problemas que vem enfrentando os municípios. (E12)

> Os instrumentos normativos pro planejamento são ainda muito recentes, o Pacto é de 2006 e nós estamos de certa maneira aprendendo a construir isso. É claro que neste momento a DRS acaba assumindo mesmo o papel de... mais evidência, cabe a ela articular os municípios, tomar as iniciativas, então neste momento a grande dificuldade que eu vejo é isso, os municípios ainda não se integram e estamos ainda muito dependentes dessas iniciativas da DRS. (E6)

Alguns secretários de Saúde relataram dificuldades de integração com o DRS. Outros participantes do CGR expressaram que o espaço não é coeso devido a fragmentações por diferenças de níveis de conhecimento sobre planejamento e gestão e por desigualdades financeiras entre os municípios. O primeiro achado não corresponde à pesquisa do MS (BRASIL, 2009a), que apontou, como aspecto facilitador do planejamento, o bom nível de formação e experiência em saúde pública dos responsáveis pelo planejamento na região sudeste. De outro modo, outros estudos corroboram a segunda parte do relato de que grandes desigualdades financeiras podem levar a conflitos no espaço de cogestão do CGR, uma vez que quando o processo de descentralização não vem acompanhado da coordenação federativa e da cooperação solidária pode aumentar as desigualdades regionais, a fragmentação dos serviços e a competitividade (BRASIL, 2006f; VIANA *et al*., 2010).

Essa falta de coordenação federativa também apareceu no relato sobre a carência de uma definição do papel de cada município dentro da RS, o que leva a

conflitos na gestão municipal e a problemas de recursos financeiros para custear os serviços de saúde. Tendo em vista a grande heterogeneidade dos municípios, mesmo entre aqueles que compõem um determinado CGR, espera-se que haja certa flexibilidade na distribuição de responsabilidade e conformações de diferentes acordos entre os gestores envolvidos (ALMEIDA, 2001). Para entender a complexidade dessa distribuição de responsabilidades também se deve levar em consideração a organização do próprio país, dividido em entes federativos e em um regime democrático, que assegura certo grau de poder decisório aos gestores municipais e estaduais. Partindo dessa consideração, faz-se necessário que o processo de regionalização seja negociado e cauteloso para que haja um entendimento entre as autoridades políticas locais. Nesse ponto, a coordenação federativa teria papel fundamental uma vez que é entendida como "forma de integração, compartilhamento e decisão conjunta" (VIANA; LIMA, 2011, p. 41). Seria um elemento fundamental para promover o equilíbrio entre a autonomia dos municípios e sua interdependência, amenizando assim os conflitos existentes entre eles (VIANA; LIMA, 2011)

> Eu acho que nosso colegiado ele é bem segmentado (...) quando a gente tenta chamar para uma reunião os 9 municípios a gente sente uma dificuldade muito grande, até porque a gente tem dois municípios financeiramente um pouco mais abastados e sete municípios muito diferentes, de realidades muito diferentes, eu acho que isso contribui negativamente para que o CGR [redacted] seja um CGR mais coeso, são realidades muito diferentes (...) o que impede da gente contribuir... e realmente ter uma política. (E20)

> (...) é definir qual é o papel que [redacted] quer ter no cenário regional e nacional... regional, estadual e nacional, a partir dessa definição aí é que se vai fazer uma gestão (...) enquanto o município não se definir a gente vai ficar refém aí de uma política totalmente individualizada enquanto município (...) eu sinto uma dificuldade de cobrar o que eu não ofereço. (E20)

Essa visão dos municípios é conflitante com a visão dos representantes do DRS, os quais relataram que os membros dos CGR já assumiram a postura de que a RS deve ser autossuficiente e o mais resolutiva possível.

> Porque eles já desenvolveram aquela mentalidade de que cada região tem que ser o mais autossuficiente possível (...) o colegiado ajudou muito... no sentido de esses pacientes estarem retornando para sua região de saúde, para que ela seja o mais resolutiva possível. (E26)

A organização do CGR também foi um dos pontos de fragilidade destacados, como a mudança de datas em cima da hora e a falta de sistematização para que os municípios recebessem respostas às suas duvidas. Por outro lado, os representantes do DRS verbalizaram que sentiam dificuldades para entender os problemas vivenciados pelos municípios, pois estão distantes de suas realidades. Nesses casos o CGR torna-se um espaço de troca de experiências sobre dificuldades, resoluções de problemas entre os próprios municípios e torna-se um cenário de aprendizagem para os gestores estaduais. Levando-se em consideração o papel que o estado deve desempenhar, segundo o PlanejaSUS (BRASIL, 2009a), existe um distanciamento entre o previsto e a realidade descrita pelos entrevistados. É de responsabilidade do estado assessorar e coordenar o processo de planejamento, tanto local quanto regional, com adaptação às diferentes realidades locais. Porém, se existe dificuldade para que essas realidades sejam compreendidas e se não há relatos para que essa limitação seja transposta, dificilmente o planejamento será realizado de maneira satisfatória. Esse achado corrobora aspectos sobre o perfil do apoiador destacado por Campos (2000), o qual afirma que um apoiador ou assessor precisa deter um conhecimento mínimo na área para poder contribuir de forma a clarear as dificuldades dos espaços onde atuam.

> Eles trazem problemas que às vezes a gente tá aqui, você não está localmente, você não consegue visualizar, porque uma coisa é você olhar um dado, outra coisa é você estar vivenciando esse dado lá na ponta; então eles têm trazido muitos problemas, muitas dificuldade e às vezes até soluções que um município consegue aproveitar. (E24)

4.1.2 Impacto da gestão

Esse núcleo de sentido foi o segundo mais frequente, representando 22% das respostas (28 respostas), dentro do tema “Impacto da Gestão no Processo de Planejamento”. Ele diz respeito às características da gestão que impactam de alguma maneira, positiva ou negativa, o planejamento em saúde.

Com relação aos impactos positivos, o apoio da SMS, inclusive com contratação de consultoria externa, e a autonomia dada à equipe de planejamento foram vistos pelos municípios como aspectos importantes para o bom desenvolvimento do processo de planejamento. A autonomia é vista como algo necessário para buscar soluções ousadas e criativas diante das diferentes realidades

locais, que reforça a possibilidade de tomada de decisões de maneira descentralizada (BRASIL, 2009a). De maneira mais ampla, a autonomia dos municípios não deve se sobrepor à interdependência dos entes federativos e nem à cooperação mútua, garantida pela CF/88. Mendes (2011) faz considerações ao modelo de federalismo brasileiro como “intrinsecamente conflitivo”, uma fez que apresenta elementos de competição e cooperação, autonomia e interdependência. No caso do SUS há uma maior aproximação de um federalismo cooperativo, porém a tradição centralizadora do Brasil costuma usar sua influência de maneira hierárquica descendente, enfraquecendo a autonomia dos governos (MENDES, 2011). Sendo assim, a abertura dada pelo secretário de Saúde como um aspecto que favorece a autonomia dos técnicos deve ser lida de maneira atenta, também pela não menção de aspectos como liderança e experiência do secretário, uma vez que a autonomia por si só não garante que o Plano de Saúde seja feito segundo as prioridades da SMS (VILASBOAS; PAIM, 2008).

Outro fator bastante destacado foi a continuidade das pessoas que compõem a equipe de planejamento, mantidas independentemente da troca de secretário ou do prefeito. Há relatos de que esse tipo de escolha traz avanços ao processo de planejamento, pois o conhecimento da equipe tende a se aprimorar com o passar dos anos, porque a experiência adquirida nessa área é um fator que gera impactos positivos ao processo. Por sua vez, a alteração da equipe a cada troca de gestão traz descontinuidade e a necessidade de despender tempo para que os novos técnicos tomem conhecimento sobre suas funções e as ferramentas de planejamento. Os representantes do gestor estadual também fizeram referências ao impacto negativo que a rotatividade dos secretários de Saúde causa no CGR. Esse processo, denominado descontinuidade administrativa, adquire um tom problemático quando está relacionado à descontinuidade de atividades e programas independentemente de sua efetividade anterior. Esse cenário pode ser mais drástico quando há um número grande de cargos de confiança em direções, chefias, assessorias sendo substituídos de maneira abrupta, somando-se isso à falta de clareza sobre as estratégias a ser desenvolvidas pelos novos ocupantes desses cargos e a perda das memórias institucionais pelo próprio rodízio de cargos, resultando em uma cisão em boa parte das atividades operacionais (SPINK; CLEMENTE; KEPPKE, 2001). Apesar dessa teoria, em um estudo realizado em 2001, sobre continuidade e descontinuidade administrativa, os autores depararam com respostas que indicaram que 88% dos

programas tinham continuidade, independente da mudança de figuras políticas após as eleições (SPINK; CLEMENTE; KEPPKE, 2001).

Pode-se questionar a partir desses achados a existência de uma sensação de descontinuidade devido ao impacto que a troca de gestores e técnicos traz ao CGR, por conta dos diferentes níveis de conhecimento prévio que esses trabalhadores têm ao assumir cargos na gestão. Mas, talvez, em logo prazo não resulte em um impacto tão grande na continuidade das políticas públicas, por questões até da própria indução federal. Para se afirmar algo nesse sentido seria necessário fazer outro tipo de análise, levando-se em consideração os PPA, os PAS e os RAG dos municípios do DRS XIII. Por outro lado, o direcionamento do estado nos espaços dos CGR, enquanto DRS, e as ferramentas de planejamento deveriam servir como meio para garantir uma continuidade administrativa, independentemente da descontinuidade política nos municípios (BRASIL, 2009d).

> No município a facilidade é que tem pessoas que há muitos anos estão na saúde e que foram adquirindo experiência através dos anos e que são pessoas muito importantes e que acabam trazendo um diferencial. (E13)

> Com a mudança da gestão tudo tem que ser reexplicado e recomeçado, isso acontece toda vez que muda o gestor. (E16)

Contrapondo-se a essa visão, outras falas trouxeram que a mudança da equipe de planejamento levou à melhora da organização do trabalho. Essas falas foram sustentadas pela necessidade da construção de uma visão mais crítica, e de cursos de atualização, para aqueles que se mantêm na gestão por longos períodos. Outro achado foi a falta de conhecimento sobre as ferramentas de planejamento, independente do tempo em que a pessoa se encontra no cargo atual, pois mesmo estando há longos períodos na gestão da saúde essa dificuldade se manteve para alguns. Um dos objetivos do PlanejaSUS é justamente promover a educação permanente em planejamento, para os profissionais que atuam nessa área, sendo essa responsabilidade das três esferas de governo. Esse tema será aprofundado nos próximos tópicos, mas cabe aqui a reflexão sobre a necessidade de cursos contínuos na área de planejamento em saúde, uma vez que a cultura histórica brasileira é da descontinuidade política dos governos que assumem o poder, havendo alteração de trabalhadores com certa frequência (SPINK; CLEMENTE; KEPPKE, 2001).

> Na realidade eu estou seis anos direto, por estar nesse processo contínuo aí, está tudo dentro da normalidade, a gente acompanha nosso planejamento, o plano anual de saúde, tá correndo tudo a contento, não tem muita coisa nova a fazer ou mudar ou... pode até ter muita coisa errada, mas teria, mas teria que um outro secretário mudar tudo, né? (E4)

> Tipo esse nosso relatório de gestão novo e a... o último e o ultimo... é... como é que fala? Plano. Eu não sabia fazer, nunca soube, e olha que eu já fui... oito anos que eu fui secretária, não, nunca soube fazer. (E21)

Devido a essa dificuldade frequente com relação às ferramentas de planejamento, muitos defenderam que deveria existir um modelo de ferramentas de planejamento a ser seguido.

> Não tem receita, mas existe um modelo e que isso de repente pode ajudar muito a gente, principalmente este mais simples, porque o secretário é muito volúvel, hoje você está aqui, amanhã você pode não estar, então a cadeira ela não esquenta muito e isso é o fazer político, e para isso teria que ter o modelo, para que o outro que chegar não começar do zero, sabe, ter que aprender tudo a forma de fazer e tal. (...) tem que ter um modelo mais ou menos e também uma coisa mais padronizada, mais uniforme. (E12)

Vale lembrar que os técnicos e gestores têm conhecimentos prévios ou adquiridos bastante distintos e que foi apenas em 2006 que a descentralização foi radicalizada e os municípios assumiram de fato a responsabilidade pela gestão local da saúde. E que, além disso, apenas em 2009 o MS (BRASIL, 2009a) tentou corrigir o déficit metodológico de elaboração das ferramentas de planejamento e balizar os conhecimentos dos técnicos e gestores ao lançar uma série de pesquisas, ações, normativas e modelos que pudessem de fato embasar, de maneira mais concreta e padronizada, o planejamento em saúde, intitulado PlanejaSUS. É aceitável que essas normativas não estivessem totalmente implantadas no período da pesquisa e que surgissem relatos de desconhecimento desses modelos propostos para a construção do PPA, PAS e RAG.

Porém, alguns anos após a implantação do PlanejaSUS ainda houve relatos que apontaram para a excessiva prescrição e normatização da realidade expressa nas ferramentas de planejamento, em detrimento da construção de procedimentos mais eficazes para determinada realidade (CARVALHO; ROCHA, 2014). Esse estudo foi feito na Bahia, com nove municípios, e teve como referencial teórico o PES. Ao analisar as ferramentas de planejamento apontou que nos PMS de 2010 a 2013

houve um predomínio da racionalidade normativa no processo de elaboração desses planos, mantendo-se coerência com as orientações do PlanejaSUS, e perceberam-se, em menor grau, práticas que levam em consideração a racionalidade estratégica e comunicativa (CARVALHO; ROCHA, 2014). Também foi achado desse estudo que, mesmo em municípios menores, apesar da inexistência de uma equipe voltada para o planejamento, houve a incorporação dessa prática preconizada de desenvolvimento das ferramentas. Esse achado, apesar de restrito a determinada região, pode apontar mudanças importantes no perfil do planejamento em saúde atingido pela implantação desse sistema (CARVALHO; ROCHA, 2014).

O sistema do PlanejaSUS também traz em seu escopo a inserção da cultura de planejamento. Ou seja, objetiva estimular a prática de prever as ações necessárias e os custos para atingir determinada meta e melhorar as condições de saúde da população, de acordo com um diagnóstico prévio. Esse objetivo do sistema encontra respaldo na fala dos entrevistados, quando trazem que um dos empecilhos para fazer o planejamento é a própria organização da equipe. Muitos participantes alegaram falta de tempo devido à quantidade de problemas que têm que resolver no dia a dia. Essa desorganização também foi vista como um aspecto vulnerável, uma vez que as metas e prioridades não ficam claras para a própria equipe, gerando conflitos internos e duplicidade de informações para a população. Se por um lado o planejamento é deixado de lado devido à grande quantidade de problemas inesperados do dia a dia, por outro existe a necessidade de reconhecer as limitações do planejamento como ferramenta capaz de controlar o futuro (OLIVEIRA, 2006). Assim, os gestores e técnicos deveriam estar preparados para ambas as tarefas, de planejar ações futuras e definir aonde se quer chegar e quais as ações necessárias para isso, tendo a compreensão de que dentro do planejamento não será possível prever todos os acontecimentos futuros. Matus (1996) também traz apontamentos nesse sentido, quando se refere aos quatro períodos temporais do planejamento: a conjuntura, o ano, o período de governo e o longo prazo. O planejamento em longo prazo seria o direcionamento para todos os outros planos e o plano em curto prazo seria uma medida de ação concreta, que permite colocar as ações planejadas em prática. No entanto, esse planejamento através dos tempos não teria o significado de uma aposta em uma data fixa no futuro, pois só é possível acertar com tamanha exatidão um acontecimento futuro em casos muito excepcionais, quando se tem um poder desmedido sobre os demais atores que fazem parte da situação, o que raramente

acontece no âmbito da saúde, no qual se tem diversos tipos de atores, com necessidades diferentes, interagindo o tempo todo. Deve-se enfatizar também que o "não planejar" leva à execução das atividades segundo a visão de mundo de cada ator social envolvido no SS, resultando em uma RAS fragmentada, desarticulada e em desacordo com os princípios do SUS (VIEIRA, 2009).

> Agora o nosso município, assim a gente trabalha e... não tem muito planejamento, eu acho que falta isso, as coisas acontecem para depois você resolver (...) não deveria ser dessa forma, mas infelizmente é assim que acontece, então os recursos eles são finitos e as coisas acontecem primeiro e aí depois você planeja, aí não dá tempo, por aí você já não tem mais, falta dinheiro, falta recurso. (E19)

Os desdobramentos sobre os diversos atores que compõem a área da saúde também apareceram na falta de alinhamento da SMS perante a comunidade, que pode ser relacionada a dois aspectos importantes presentes nas falas dos entrevistados: a centralização do processo de planejamento em uma pessoa ou apenas na equipe de planejamento e a fragmentação do processo de trabalho, sendo que um departamento não fica sabendo das ações do outro. Campos (2001, p. 205) exprime esse problema quando traz que "quem administra pouco planeja ou avalia. Quem planeja não avalia. E quem avalia não o faz em relação aos fins preestabelecidos por plano algum". A pesquisa feita pelo MS, que embasou o PlanejaSUS, também apontou a existência de fragmentação no processo de planejamento, com ênfase na área de orçamento, sem haver relação entre esse achado e o tamanho do município (BRASIL, 2009a). Testa (1994) faz essa análise segundo a relação de poder, enfatizando a importância de um processo participativo para a elaboração das propostas programático-estratégicas do planejamento, possibilitando a distribuição de poder e a mudança das relações por meio da formação de uma consciência sanitária social. Dessa maneira, obtém-se maior coerência no processo de planejamento e de sua execução.

> Esse plano era feito assim por uma pessoa que trabalhava direto com o secretário, ela fazia isso, e fazia sozinha, e depois ninguém via. (E19)

> Essa parte de agendamento, de circulação da rede, de toda a rede... essa parte aí é com ela... já não tenho acesso, meu departamento mesmo é departamento de compra, auditoria, mas aqui ligada à secretaria, dentro da secretaria. (E19)

4.1.3 Algumas características dos atores sociais do planejamento

Esse núcleo de sentido complementa o anterior (Impacto da Gestão), uma vez que as características dos atores sociais que trabalham com o planejamento, no município influenciam de maneira significativa a sua condução. Segundo o PlanejaSUS (BRASIL, 2009a), inserir a cultura do planejamento na rotina da gestão é um avanço, mas também um desafio, pois envolve tanto a postura individual e técnica, quanto a mobilização e engajamento neste exercício.

Pode-se interpretar essa colocação de algumas maneiras. Uma delas como o planejamento sendo fruto do trabalho humano e que tem por finalidade organizar as práticas de saúde de maneira coerente com os princípios institucionais, contribuindo para a implementação de políticas de saúde. Nesse caso, quem planeja deve se utilizar de saberes inspirados em técnicas, teorias e saberes práticos, constituídos "em ato", para organizar as práticas de saúde segundo os propósitos institucionais (VILASBOAS; PAIM, 2008). Segundo a interpretação de Testa, realizada por Vilasboas e Paim (2008, p. 1.240), "as finalidades postas para o planejamento estariam vinculadas a propósitos de legitimação dos atores sociais e de manutenção ou transformação da situação". Sendo assim, as finalidades que embasam o processo de planejamento poderiam influenciar no conteúdo do plano e na (falta de) viabilidade política das propostas.

As características mais ressaltadas pelos entrevistados foram a disponibilidade para se envolver no processo e a boa vontade de quem faz o planejamento. Esta última, no sentido de buscar soluções inovadoras e abrir-se a novos conhecimentos e à colaboração de outras pessoas para a realização do planejamento mais adequado, tanto com relação ao aporte financeiro, quanto com as necessidades da população. Ainda foi destacado nas falas que a falta desses dois aspectos prejudica o processo de planejamento.

> Eu busco muitas coisas, blocos de financiamento "ah, eu não posso pagar recursos humanos, não sei o que..." mas eu descobri que no Qualis Mais eu tenho já pactuado 30% pra consumo e 70% pra funcionário, então eu falo "não, eu tenho como pagar sim... eu tinha já no bloco de financiamento". (E10)

> [sobre o planejamento participativo] Agendamos com as unidades, todo mundo teve essa participação, foi a primeira vez que isso aconteceu (...) foi muito bom, a gente aprendeu muito. (E19)

Outro ponto que pode ser salientado é a dificuldade de institucionalização do planejamento nas esferas de governo (BRASIL, 2009a). Essa dificuldade é histórica, tendo em vista o próprio processo de implementação do SUS, em meio ao contexto neoliberal mundial que reforçava a retirada do Estado no fornecimento de serviços de saúde. No Brasil, a gestão do SS é tida como elemento central para a sua implantação e operacionalização, sendo a gestão municipal a grande protagonista na execução das políticas de saúde após a descentralização do SUS (VILASBOAS; PAIM, 2008). Por se tratar de um processo em curto, médio e longo prazo, o planejamento não deveria ter tamanha dependência de características pessoais ou estar centrada apenas em um setor da Secretaria de Saúde. Deveria ser transversal a todos os setores da SMS e construído de maneira compartilhada (MATUS, 1996).

Com relação à falta de compromisso com a institucionalização do planejamento, o nível de conhecimento das pessoas que fazem os planos foi apontado como fator importante. O maior argumento dado pelos entrevistados para esse aspecto foi a dificuldade de compreensão das portarias e normas que vêm do MS. Alguns secretários afirmaram que os técnicos dos municípios têm mais conhecimento que eles próprios, pois estão mais envolvidos com a parte prática do planejamento, o que reforça a reflexão anterior sobre a não menção sobre aspectos de liderança e experiência de alguns secretários da Saúde. Mais uma vez um modelo para a construção das ferramentas de planejamento foi sugerido como solução. Essas afirmações trazem dois aspectos importantes, com relação à falta de preparo para assumir funções na gestão do SUS, citada em falas posteriores, e os modelos para embasar as ferramentas de planejamento. Apesar de o PlanejSUS (BRASIL, 2009a) trazer como resultado de sua pesquisa o bom nível de conhecimento dos gestores e técnicos do Sudeste e também a proposta de modelos das ferramentas de planejamento, historicamente a abordagem macroeconômica é a mais frequente, com focalização de aspectos quantitativos da força de trabalho em detrimento do desempenho e da motivação, aspectos valorizados em nível microeconômico e trazidos pela abordagem contemporânea de gestão.

Esses aspectos não são exclusivos do Brasil, tendo em vista que a OMS (2009) aponta estratégias para a área de recursos humanos (RH) em curto, médio e longo prazo. Em curto prazo observa-se ênfase ao treinamento em serviço, com disseminação de novas práticas e desenvolvimento de políticas para a fixação de RH. Em médio prazo recomenda-se a realização de estudos da implementação e do

impacto das políticas de formação e treinamento, bem como de motivação, incentivo e condições de trabalho; também é recomendado em médio prazo o desenvolvimento de sistemas de informação de RH. E, em longo prazo, aponta para o fortalecimento da capacidade de formuladores de política e construção de infraestrutura. O PlanejaSUS (BRASIL, 2009a) traz aspectos relativamente parecidos a essas diretrizes para curto e médio prazo, mas sem o enfoque na fixação de profissionais, apesar de reconhecer que a rotatividade de RH em áreas da gestão pode causar impactos negativos e comprometer o processo de continuidade do planejamento. Ibañez (2014) reforça a necessidade de se criar uma política mais clara de fortalecimento de quadros institucionais, com perfil público e estável para a gestão do SUS.

> Tem pessoas que são mais estudadas, têm já um conhecimento maior teórico, técnico, e outros não, então até ele entender e compreender o que está querendo dizer aquilo ali, ele leva um tempo, então fica um pouco moroso e até dificuldade de fazer um planejamento bom, uma organização melhor, tanto é que se ele tivesse um modelo assim mais ou menos já destrinchado, facilitaria para ele. (E12)

4.1.4 Financiamento

Com relação a esse núcleo de sentido, houve unanimidade das falas sobre o subfinanciamento do SUS. Foi destacada a grande dificuldade de se fazer um planejamento baseado nas necessidades da população, quando a verba não acompanha o crescimento populacional ou a flutuação do número de habitantes nos municípios. É sabido que subfinanciamento do SUS é crônico e se faz presente desde a sua criação na década de 1990. Mesmo os 30% da seguridade social nunca foram cumpridos e a criação da Contribuição por Movimentação Financeira (CPMF) foi seguida da retirada de recursos da saúde. Soma-se a esses fatos a desvinculação das receitas da união (DRU) que reduzem o montante global sobre o qual se financiam as políticas sociais no Brasil, incluindo a saúde. Nos anos 2000, a luta pela definição dos percentuais mínimos para investimento na saúde de cada ente federativo resultou na Ementa Constitucional nº 29 (EC-29). Porém, foi vetado o artigo que exprimia um compromisso do ente federal com o financiamento estável da saúde (ALVAREZI, 2015; MENDES; WEILLER, 2015). Mesmo assim, essa EC foi relatada em algumas entrevistas como uma esperança de formalização dos repasses do Estado e da União. A iniciativa popular que reivindicou esses 10% das Receitas

Correntes Brutas para a saúde, com mais de 2 milhões de assinaturas, foi completamente ignorada e, em 2012, a regulamentação da EC-29 pela Lei nº 141/2012 também não assegurou novos recursos para o SUS (MENDES; WEILLER, 2015). Em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 (EC-86), que reduziu o financiamento federal da saúde a 15% das receitas correntes líquidas (RCL), além de destinar 1,2% das receitas para emendas parlamentares relacionadas à saúde, fortalecendo ainda mais o clientelismo em detrimento ao planejamento do setor (ALVAREZI, 2015).

Além do subfinanciamento crônico, colaboram para a desvalorização do SUS o favorecimento do setor privado: o ressarcimento a pessoas físicas e jurídicas pela contratação de planos privados de saúde, em forma de redução de imposto de renda a pagar, e a renúncia fiscal de entidades sem fins lucrativos e da industria químico-farmacêutica (MENDES; WEILLER, 2015). A valorização do setor privado também foi relatada nas entrevistas, quando se apontou para a comparação injusta entre o setor privado e o público, uma vez que a saúde pública tem que oferecer, além da assistência, toda a parte de vigilância sanitária e epidemiológica e assistência odontológica, que não são obrigatórias nos planos privados de saúde.

> O pessoal fala que é muito gestão, mas se você colocar que o SUS gasta hoje por mês, por habitante, por pessoa em torno de R$ 40,00. Qualquer plano de saúde hoje, Unimed, São Francisco, Amico sei lá eu qual, de 0 a 90 anos de idade é em torno de R$ 140,00... três vezes mais em investimento. (...) É muito fácil falar gestão, gestão, gestão, mas a gente faz milagre. Então, não sei se é tanto gestão com tão pouco dinheiro para tudo o que a gente faz. (E4)

O financiamento inadequado compromete inclusive a contratação de profissionais por meio de vínculos empregatícios estáveis, pois, além do aporte financeiro insuficiente, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) limita os gastos com recursos humanos. Essa lei foi criada para tentar corrigir os rumos da administração pública nos âmbitos federal, estadual e municipal, limitando os gastos às receitas, segundo técnicas de planejamento institucional, com organização e controle interno e externo, assim como transparência das ações do governo em relação à população (SADDY, 2002). Essas medidas, previstas na CF/88, foram regulamentadas apenas nos anos 2000 pela Lei Complementar nº 101/2000 ou LRF, que tinha como objetivo básico regular a responsabilidade da gestão fiscal, no sentido de zelo com as finanças públicas (SADDY, 2002). Por outro lado, tendo em vista os princípios do SUS e a

abrangência desse sistema, a LRF tornou-se um nó crítico ao processo de gestão, pois limitou legalmente a contratação de recursos humanos admitidos concurso públicos, sob condição de pena criminal para os gestores que não a cumprirem (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Sabidamente, a saúde só se faz com pessoas, e a limitação de verbas para contratação de trabalhadores impacta diretamente a qualidade da assistência, o acesso e a precarização do vínculo empregatício dos profissionais de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Afora toda a dificuldade financeira, os embates políticos dentro da saúde também comprometem a execução do planejamento.

> Foi tirada uma verba da saúde, o que fica difícil na contratação de funcionários e médicos. É uma firma (empresa) que faz a contratação de médicos – são apenas cinco médicos, mas está difícil. (E15)

> Dizer que a programação anual está sendo levada à risca eu estaria mentindo, nenhum município consegue isso, mesmo porque a gente tem dificuldade orçamentária, de recursos humanos, dificuldade peculiares à própria ação política, porque todo município tem oposição e situação, então você enfrenta uma série de dificuldades. (E18)

Outro aspecto que resulta do financiamento inadequado do setor saúde são as ações judiciais como uma forma de exigir que o direito previsto no papel seja cumprido pelas instituições responsáveis. As ações decorrem tanto do aumento da democracia e da inclusão social como da debilidade do Poder Legislativo, ao manter certas indefinições nas leis, e do Poder Executivo, ao não definir prioridades de gastos de acordo com a real necessidade da população (FLEURY, 2012). Para os técnicos e gestores desta pesquisa, a “judicialização” da saúde dificulta o cumprimento do planejamento devido ao curto prazo para serem cumpridas, além do uso do recurso financeiro que seria destinado a outras atividades e acaba sendo utilizado para responder a essas ações pontuais. Para Fleury (2012) essa fase de aumento de gastos públicos, especialmente com medicamentos fora da lista do SUS, que gerou grande insegurança aos gestores, principalmente municipais, foi ultrapassada com a definição de responsabilidade solidária dos três níveis de governo. Além disso, a aproximação do Judiciário com o setor saúde e especialista na área aponta para conclusões judiciais que garantam o direito coletivo à saúde e à própria preservação do SUS (FLEURY, 2012).

> Os recursos são, como eu te falei, são finitos, a gente fez aquela programação mas às vezes acontece uma emergência, por exemplo, aqui no município está

> chegando muito ação judicial (...) inclusive teve uma época que eu cuidava disso, mas a quantidade era muito pequena, hoje não, hoje abriu tato que a gente tem em torno de, por dia tem chego em torno de sete processos, então tudo isso interfere no plano municipal, então tem uma certa dificuldade eu vejo, que não dá para a gente atingir as metas que é colocada dentro do plano. (E19)

Além dos problemas com o financiamento, a morosidade da burocracia brasileira no setor público tem impacto direto na execução do planejamento, pois muitos municípios não conseguem receber parte do financiamento do estado e da União a tempo de executar as ações previstas naquele plano. Para Paim e Teixeira (2007) a burocracia é uma das características do Estado brasileiro, assim como o autoritarismo, o clientelismo político e a colonização por interesses privados. Esses atributos do Estado, que afetam diretamente a reforma democrática proposta pela reforma sanitária e iniciada pelo SUS, são defendidos pelo pretexto de "governabilidade" do país (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

> Existem algumas coisas do planejamento que infelizmente você depende de verba estadual, verba federal e existe uma burocracia muito grande no poder público para você conseguir essas verbas, existe uma demora muito grande, é muito documento, é muita coisa, você manda uma coisa não serve, manda outra tá errada, então a gente vê assim muita burocracia no setor público para haver liberação desses projetos e isso acaba dificultando um pouco a gente levar adiante aquilo que estava planejado. (E18)

4.1.5 Impacto das políticas indutoras

A dificuldade em relação ao financiamento da saúde pública reflete na escolha pelas políticas indutoras, que vinculam a execução de projetos do governo federal ao maior aporte de verbas para os municípios, projetos esses que não abarcam toda a heterogeneidade dos municípios do Brasil e muitas vezes não retratam a real necessidade da população local. Principalmente para os municípios de pequeno porte e com pouco desenvolvimento de indústrias, a escolha de políticas indutoras fica muito clara pela falta de recursos próprios vindos dos impostos e das contribuições fiscais. Vilasboas e Paim (2008) apontam para o desafio posto pelo forte papel indutor exercido pelo governo federal, mediante mecanismos de transferência de recursos financeiros para os municípios em função de sua adesão a determinadas políticas, negociadas nas instâncias intergestores. Essa indução que na década de 1990 teve

relativo sucesso na municipalização da gestão do SUS, com as NOB, hoje tem sido responsável por constrangimentos na organização do sistema devido a concentração política e financeira na esfera federal (IBAÑEZ, 2014).

> O município tem dificuldade de arrecadação, aqui não tem indústrias, então praticamente ele vive de FTM, dos repasses dos blocos de financiamento federal e os termos estaduais, então a gente sobrevive dessa forma, então muita coisa você até coloca no plano, mas nem sempre ele pode ser realizado (...) às vezes você tem que sobrepor aqui, você tem que fazer outras coisas para que tenha resposta da população mais imediata e a gente vai acompanhando o plano anual de acordo com as possibilidades financeiras. (E12)

Para Ibañez (2014) a indução do financiamento federal, nos dias atuais, é importante, mas tem se mostrado ineficiente e resulta em sobrecarga dos entes subnacionais, principalmente os municípios. As políticas indutoras geram comprometimento do orçamento dos entes executores para o custeio dos serviços, o que reforça o modelo fragmentado e competitivo. Nesse contexto, o papel do gestor estadual precisa ser revisto e redefinido, tendo em vista grandes frentes, como a regulação e a articulação das CIR (nomeados como CGR até 2011) (IBAÑEZ, 2014).

Para além dessas dificuldades, pode-se questionar o uso das ferramentas de planejamento da forma como se preconiza pelo MS, se baseadas nas necessidades da população ou em políticas que possam trazer maior financiamento para os municípios. Segundo Leite, Lima e Vasconcelos (2012), quando as ferramentas existem apontam basicamente os objetivos e metas focadas nas exigências normativas e não retratam a realidade local, pois não são realizadas pesquisas e estudos de demanda, e a articulação com técnicos da área de saúde e Conselho Municipal de Saúde são praticamente inexistentes (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012). Além disso, muitas vezes a própria equipe de planejamento entende as diretrizes da União como algo que deve ser seguido por todos os municípios, deixando de lado as características e necessidades de sua população para se adequar às normas nacionais.

> Ó, isso já foi prioridade e não é mais, a política mudou, então por exemplo “ai, no meu outro orçamento eu pensei em construir uma clínica para dependência química”, mas ó mas o que ta falando... hoje, por exemplo, não deve fazer clínica, deve fazer CAPS, deve fazer isso. (E13)

> O sistema de saúde ele como um todo ele é uma cartilha, né, então se pega lá, se traz para cá, você reproduz aqui, você desenvolve todos os seus programas, tenta desenvolver, mas ele é falho, mas eu vejo assim, ele é feito em cima daquilo que já está preconizado, então "o SUS preconiza isso, fazemos!", mas a precisão não é tão boa. (E5)

4.1.6 Impacto da municipalização e da regionalização

Apesar de esse núcleo de sentido perpassar muitas falas, principalmente, relacionadas ao financiamento e às políticas indutoras, alguns trechos trouxeram a questão da municipalização e da regionalização sob outras perspectivas, ainda não abordadas. Vale ressaltar que a descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, contribuiu para a municipalização das ações e serviços de saúde, bem como das responsabilidades e de recursos. Sendo assim, a municipalização faz parte do processo de descentralização e do reordenamento dos papéis que cabe a cada ente federativo, trazendo para a gestão municipal a capacidade de definir, juntamente com a participação da comunidade, os rumos da saúde em sua área de abrangência (TEIXEIRA; MOLESINI, 2014). A descentralização sozinha não corresponde aos ideais organizacionais do SUS, no entanto, ela é necessária para o cumprimento dos demais princípios do sistema, como a integralidade e o acesso (BRASIL, 2009a).

Quanto à municipalização, alguns entrevistados ressaltaram a importância da transferência de responsabilidades para o município e quanto esse processo foi um diferencial para a gestão do SUS. Também houve um apontamento polêmico com relação à Vigilância Sanitária, referindo-se à existência de pressão por parte dos prefeitos para a não divulgação de dados epidemiológicos, mesmo sendo atribuição do município e do estado assegurar e divulgar informações e análises sanitárias e epidemiológicas (BRASIL, 2006a). Lucchese (2001) estudou justamente os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil e enfatizou o seu processo de descentralização. Em seu estudo, o autor apontou para o forte domínio exercido por pequenos grupos, amigos ou conhecidos, sobre o poder público em municípios menores. Esse abuso de poder leva ao predomínio de interpretações personalizadas dos regulamentos e das leis e, consequentemente, o arranjo político não consegue garantir as ações necessárias de vigilância sanitária. Nesses casos, o autor defende que haja intervenção de outros níveis de governo, uma vez que todos os entes federativos são responsáveis e precisam agir para o cumprimento da legislação e em proteção à população. Ainda

afirma que a descentralização, por si só e ideologizada, eleva o risco de perder o sentido estratégico da gestão e de deixar o Sistema deficitário em termos de avaliação de riscos e prevenção de danos (LUCCHESE, 2001)

> Há muito tempo o Estado vinha até a cidade, no município. Então, por exemplo, vinha o pessoal do Estado, vinha e olhava a vacina como é que estava, treinava o pessoal, né, o processo foi vindo, aí você municipalizando, então hoje é você que vê tudo no seu município, vigilância sanitária... eu acho que a VS foi uma coisa que dificultou muito ter municipalizado, porque eu já trabalhei com outros prefeitos, eu sei que o prefeito ele influencia muito nessa parte da vigilância (...) a VS tinha que ficar a cargo do Estado sim... né? Para acabar com isso aí, que tem muitos municípios que escondem as coisas, que deixam passar, negligência (...) eu acho que o processo evoluiu muito, nós aprendemos muito, hoje eu acho que a gente até faz... o que a gente não fazia uns quatro, cinco anos atrás, hoje a gente está muito mais evoluído. (E21)

Quanto à regionalização, os entrevistados trouxeram expectativas relativas à divisão do DRS em três CGR, com relação ao fortalecimento da gestão municipal e à feitura do planejamento de maneira regional, com melhor utilização dos recursos e serviços de saúde. Porém, a fala de alguns atores sociais trouxe a necessidade de melhorar as questões de definições dos papéis dos municípios e a necessidade de se colocar a PPI realmente em prática, assim como a transferência financeira para o pagamento aos municípios polos pelos serviços prestados.

> Quando dividiu em três colegiados, eu achei que cada colegiado fosse se fortalecer mais, buscando cada um desses centros, tivesse um desenvolvimento um pouco maior (...) programação pactuada integral, que é a PPI, que aqui no Estado de São Paulo não funcionou. Então eu vejo como essencial na questão regional ter uma PPI funcionando, a gente ouve falar, só não sei se é bom, mas ouve falar, por exemplo, Minas Gerais tem uma PPI que está funcionando, tanto que já *vieram* até secretários aqui querendo comprar serviço nosso, porque eles têm o dinheiro, eles têm o recurso. (...) Então essa questão do recurso, qual é o papel de cada município, o que é que eu vou mandar, ter essa coisa ordenada, escalonada e com um aporte financeiro também. Então isso eu vejo que é essencial em relação à região, à existência dessa PPI. (E8)

A regionalização foi aprofundada, em 2006, pelo Pacto pela Saúde, que manteve em seu texto a PPI, instituída pela NOB/96. A Programação Pactuada é um instrumento formal de pactuação de recursos e deveria ser constituída com base nas demandas da população, no teto de financiamento e nas ferramentas de planejamento dos municípios e dos demais níveis de gestão, não podendo ser usada como um

instrumento de gestão independente do plano de saúde ou se sobrepor a ele. Trata-se de um pacto cujo objetivo é garantir o acesso universal aos serviços de saúde de maneira direta ou por referência a outro município, sempre intermediado pela relação gestor-gestor (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; BRASIL, 2009a). Pressupunha-se a coordenação da PPI pela gestão estadual e previa-se sua construção de modo específico para uma determinada área técnica e órgãos das secretarias de Saúde, como a PPI da Assistência, a PPI da Vigilância em Saúde, a PPI da Atenção Básica (BRASIL, 2009a).

Esse processo de pactuação foi aprimorado, em 2011, pelo Decreto nº 7.508/2011, que estabeleceu a assinatura do COAP para a celebração de contratos de serviços entre os municípios. Esse decreto propôs a articulação de um novo pacto federativo, que fortalecesse os vínculos interfederativos necessários para a consolidação do SUS. Trouxe em seu texto a definição das responsabilidades dos gestores por meio de um contrato com valor jurídico, objetivando garantir maior segurança à execução das políticas de saúde propostas. Outra diferença é que a formulação do COAP deve ser realizada com base no Mapa de Saúde, um diagnóstico da atual situação de saúde dos municípios que compõem uma determinada RS, e deve levar em consideração a existência de municípios-polos, que dispõem de maiores recursos e de tecnologias mais avançadas. Além disso, ampliou a regionalização de saúde para a construção de redes temáticas, entre elas a Rede de Urgência e Emergência, a Rede Materno-infantil (BRASIL, 2011). O DRS XIII, atualmente, faz parte da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), composta pelos DRS de Araraquara (DRS III), Barretos (DRS V), Franca (DRS VIII) e Ribeirão Preto (DRS XIII).

4.2 Influência da informação e da comunicação no processo de planejamento

Dentro desse grande tema, a informação foi abordada tanto no sentido de conteúdo de aprendizagem, de compreensão sobre políticas públicas, como na forma de fonte de dados, todos inseridos e influentes no processo de planejamento. O núcleo de sentido referente à “Fonte de dados e sistemas de informação para o planejamento” foi o mais frequente, representado por 43,9% (50) das respostas, seguido por “Espaços de aprendizagem para gestores e o apoio institucional”, com

40,4% (46) das respostas e pelo núcleo “Comunicação e informação para o planejamento” com 15,8% (18).

4.2.1 Fonte de dados e sistemas de informação para o planejamento

O levantamento de informações para compor o planejamento faz parte da etapa de análise situacional, que consiste na identificação, formulação e priorização de problemas em saúde (BRASIL, 2009a). Sendo assim, as fontes de dados são importantes para embasar, de maneira consistente, a análise da situação de saúde de determinada região, no sentido de que a orientação das medidas a ser adotadas seja adequada e resolutiva. Ainda, segundo o PlanejaSUS, a identificação dos problemas deve ser feita com base nas condições de saúde da população, nos determinantes e condicionantes de saúde e na gestão em saúde (BRASIL, 2009a). Os entrevistados consideraram como fontes de dados para o planejamento aquelas vinculadas aos dados de produção, aos sistemas de informação, dados epidemiológicos e problemas ocorridos no ano anterior. Outros aspectos que apareceram nas falas estavam relacionados à cultura local e aspectos sociais, como informações que consideravam relevantes para um planejamento adequado.

> No planejamento é importante também, muito importante, a parte da vigilância epidemiológica, porque em cima dessa suspeita da gente detecta a causa da morte, nós vamos desenvolver também as nossas propostas, por exemplo, nós temos muitas mortes por aparelho circulatório, então o que nós fazemos? Nós que cuidamos aqui no município dos programas de diabetes, hipertensão, é prioritário para nós. Não falta medicamento para diabetes, insumos. (E14)

> Eu acho essencial ter um estudo que analisa as características do município, que analisa o processo, a história que vem tendo de saúde neste processo de saúde desse município (...) e também as características culturais da população, pra poder entender o processo como se dá saúde-doença dessa população e planejar as ações em cima disso, né? (E2)

Com relação aos sistemas de informação, para facilitar a análise, foram classificados em “sistemas oficiais”, vinculados ao MS e à Secretaria Estadual de Saúde (SES), como o Sistema de Informação sobre Mortalidade e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos, e sistemas de informação de uso apenas do município, presentes nas unidades de saúde e na SMS, como o Hygia, em Ribeirão Preto.

Quanto aos “sistemas de informação oficiais”, os relatos foram de preocupação com cumprimento de prazos para alimentá-los, inclusive com certa exigência por parte do DRS para que os cumpram. Essa alimentação dos “sistemas oficiais” aparece vinculada mais ao financiamento e repasse de verbas do que ao uso de dados para o planejamento em si. Também foi relatada certa preocupação sobre a possibilidade de, futuramente, alguma informação da produção começar a ser avaliada para recompor o repasse feito ao município, valorizando assim a apresentação da série histórica de produção. Esse tipo de prática é recorrente e acompanha o planejamento em saúde desde o uso da série histórica das produções assistenciais como a base para a pactuação financeira das primeiras PPI, bem como a capacidade instalada, a parametrização das ações e serviços (Portaria GMMS n° 1.101/02) e o limite financeiro existente (BRASIL, 2009a; MENEZES, 2010). Ressalta-se que o uso isolado das séries históricas para a realização das pactuações pode produzir desvios ou perpetuar modelos assistenciais de produção, pois não leva em consideração, necessariamente, a demanda real relacionada à promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia de acessibilidade e resolutividade (MENEZES, 2010).

> Você tem sistema que você tem que alimentar semanalmente, mensal, quinzenal, então o DRS cobra essa alimentação, né, no dia do prazo fica mandando e-mail, lembrando todos, então a gente é obrigado a fazer... eles cobram... cobram alimentação de todos os sistemas, passam o cronograma, de todos os sistemas oficial. Muitas vezes alguns passam despercebidos. (E23)

> A questão da consulta do enfermeiro, a consulta dos outros profissionais de nível superior, que não é o médico, isso acontecia mas não aparecia, entendeu? Então, tá lá, as terapias individuais e em grupo, que também aconteciam nas unidades e que muito município, se você for fazer uma avaliação, não vai estar na produção dele, porque na verdade a gente recebe um fechado, tá? Mas é... sempre tem encontro de contas, em algum momento isso vai ser avaliado, que o município tá fazendo isso e não está recebendo por isso. (E13)

Essa cobrança dos dados de produção por outras instâncias de governo permite o repasse de informação, mas, em alguns casos, não contempla o armazenamento dela em nível municipal, ficando este ente dependente de publicações da esfera supramunicipal para acessá-la novamente.

> A gente acaba perdendo muita produção, a gente acaba muitos lançamentos e isso implica... não digo perder, mas implica deixar de receber mais recursos. (E18)
> Você fica com uma informação jogada no seu dia a dia, só com um dado você não tem como, o ministério publica se você está assim ou se está assado, você não tem como completar, você não tem isso em mãos. (E23)

Quanto aos sistemas de uso interno dos municípios, apesar dos relatos de dificuldade com a alimentação, os responsáveis pelo planejamento acreditam que a informatização trouxe grande avanço para o acesso à informação, com redução do tempo gasto para fazer relatórios e séries históricas. Esses sistemas estiveram mais vinculados ao processo de planejamento das ações dos municípios do que os sistemas oficiais.

> A partir do momento em que você tem em mãos os dados do seu município, você abre ali um leque de opções para você atuar, nas ações preventivas, curativas, seja o que for, mas com as informações você tem como... por exemplo, a nossa região bateu recorde de caso de dengue (...) então a gente tinha já tudo informatizado no casos: onde tem, onde que era; então a equipe já podia ir lá, onde tinha as maiores... Sabe, então com as informações você consegue atuar efetivamente. (E23)

> Um plano que devido à informatização está concretizado, nós conseguimos montar um setor auditoria que avalia todos os casos, os pedidos de exame, se há demanda reprimida, paciente já foi em vários médicos, tudo isso aí está se monitorando, avaliando, e a gente consegue planejar o que pode ser feito, qual bairro que mais está tendo falta de médico, qual unidade que está tendo maior procura, reclamações, qual unidade que está tendo mais reclamações... E aí em cima disso vão surgindo as ideias, em cima disso têm surgido muitas questões para a gente buscar resolver, ampliar ou tirar. (E23)

Os entrevistados do DRS acreditavam que a cobrança dos dados de produção tivesse colaborado para a melhoria do planejamento nos municípios, como uma maneira de chamar a atenção para aspectos importantes. Além disso, consideraram os sistemas de informação como uma potente ferramenta para provocar melhoras no processo de planejamento, tanto municipal quanto estadual.

> A gente tem conseguido mudar muita coisa avaliando essas produções, chamando o município, mostrando, acho que tem favorecido muito o planejamento sim, tanto nosso como nos municípios. (E24)

> [Quanto ao sistema informatizado do município] Quando a produção vai ser passada, ela é só corrigia, ela é vista se está tudo em ordem e passa (...)

> temos uma boa produção do SISVAN, que não tínhamos, hoje nós temos. (E21)

Alguns desafios apontados com relação aos dados para embasar o planejamento foram relacionados à própria falta de alimentação do sistema de informação, à inconsistência de dados e à falta de estrutura para fazer a coleta desses dados. Essa preocupação foi apontada tanto pelos municípios quanto pelo DRS, devido ao impacto no diagnóstico, no financiamento e na pactuação de serviços, uma vez que a realidade do sistema de saúde local fica prejudicada devido à falta de informações.

> Eu acho que um diagnóstico bem feito é a base para todo planejamento. Infelizmente às vezes a gente trabalha com dados irreais, mas pelo menos a gente tem alguma coisa para trabalhar. (E24)

> Até pouco tempo atrás a gente pegava o mapa de determinado município, se checava determinado procedimento eram dez no mês, dez, dez, dez, dez, então isso não era real. E essa dificuldade ainda permanece um pouco, na PPI muitos municípios tiveram problemas porque não registravam a produção, e o que vale é o que está no banco de dados. (E24)

> A maior limitação nossa vem na alimentação da informação da minha própria unidade, isso tanto é verdade que dois anos atrás eu tinha um pronto atendimento que não tinha produção, que não tem série histórica, então para o Ministério da Saúde isso veio de fato contribuir para que a gente tivesse déficit no teto financeiro. (E20)

A dificuldade apontada para o uso de dados dos sistemas de informação corrobora achados de outros estudos, que apontam para a inconsistência dos dados devido à falta de formalização dos processos de coleta e à organização da informação, bem como a ausência de padronização dos conteúdos disponibilizados e utilizados pelas instituições de saúde. (MOTA, 2009). O fator humano tem grande influência nesse processo e deve ser levado em consideração durante a criação, a implantação e a reengenharia dos sistemas informatizados, principalmente a opinião daqueles que trabalham diretamente com o sistema. Alguns achados apontam que, quando a coleta de dados é imposta, boa parte das vezes os trabalhadores limitam-se a efetuar os registros sem refletir ou fazer propostas de ações em saúde para suas respectivas regiões (MOTA, 2009).

O fator humano também foi destacado nas entrevistas, quando apontaram que a falta de alimentação dos sistemas de informação por parte dos profissionais

lotados nas unidades de saúde era frequente, comprometendo a qualidade dos dados gerados. Uma das formas relatada por um dos entrevistados para melhorar essa questão foi a realização de audiência pública dos dados de produção.

> O SISPRENATAL ficava muito a cargo do enfermeiro da unidade e aí ele esquecia de informar que aquela paciente já tinha fechado, porque tem a consulta puerperal para você fechar e o município receber. Esquecia, deixava... e a gente começou a mensalmente exigir essa coisa e fazer análise das produções (...) tem tido um processo de implementação da produção, que a gente vê no próprio... A gente faz o relatório para audiência pública, trimestral, então a gente viu que depois que na gente começou a fazer isso, *apareceram* várias coisas que não apareciam antes. (E13)

Achados apontam que os atores sociais que não conseguem compreender a importância do registro dos dados dificilmente conceberão sua função na prática do planejamento (PINTO, 2000; MOTA, 2009). Além disso, o subuso ou a não utilização dos sistemas de informação podem estar vinculados à extensa carga de trabalho (MOTA, 2009). Há relatos relacionados ao grande número de sistemas de informação que devem ser preenchidos, mas que não interoperam entre si, gerando dados que não têm interação ou que não são fidedignos. Surge dessa demanda a sugestão de criação de um sistema único para o planejamento, que condense todas as informações necessárias disponíveis nos outros sistemas e que gere parâmetros de indicadores regionais. Isso se deve à imensa heterogeneidade do Brasil, que dificulta que os parâmetros nacionais sejam integralmente compatíveis com as diferentes realidades regionais.

> Então a gente também tem uma outra coisa muito complicada, que a gente tem vários sistemas de informação que a gente usa, né, só que muitos não conversam entre si esses sistemas, os dados não são cruzados, e isso acaba complicando, então você tem a mesma informação de um jeito em um local de outro, sem contar que a informação depende de alguém alimentar, então nem sempre essa informação está atualizada. (E26)

> A gente percebe é que todos nós estamos com um tempo curto, a gente precisa ser mais ágil, e pra ser mais ágil a gente precisa condensar muito mais do que ter que olhar um sistema, busco o outro, traz um outro sistema, eu acho que a gente precisava de um sistema meio que único de planejamento. (E25)

Segundo o PlanejaSUS, a alimentação regular dos sistemas de informação nacionais e a gestão deles, no nível local, é de responsabilidade dos municípios.

Nesse mesmo documento o ente federal reconhece os limites para a definição e o acompanhamento de algumas metas estabelecidas no Plano de Saúde devido ao seu embasamento em dados inexistentes nos sistemas de informação e também pela heterogeneidade na cobertura e na qualidade das informações dos sistemas de informação nas diferentes regiões e estados (BRASIL, 2009a). Esses desafios ficam ainda mais intensos devido às mudanças de gestão. Há relatos ainda de perdas de dados de gestões anteriores, que gera impactos na dinâmica do planejamento em saúde.

> A gestão anterior ficou muito confusa porque perdeu muitos dados, foi uma gestão conturbada no município na saúde, então a gente tinha que cavar muitas informações, buscar muitas informações, pra apontar mesmo as dificuldades para poder por no plano. (E23)

4.2.2 Espaços de aprendizagem para gestores e o apoio institucional

Em princípio, a denominação mais genérica desse núcleo de sentido se fez necessária para que ele comportasse os diferentes termos empregados pelos entrevistados ao se referir aos espaços de aprendizado, pois alguns empregaram mais de um termo na mesma fala. São eles: curso (15; 31,9%), capacitação (10; 21,3%), oficina (9; 19,1%), apoio institucional (5; 11,6%), treinamento (3; 6,4%), educação continuada (2; 4,2%), educação permanente (2; 4,2%), especialização (1; 2,1%).

A maioria das falas que trouxe questões sobre o aprendizado foi enfática quanto à importância desses espaços, inclusive relacionando-os à evolução no processo de planejamento nos municípios e na região. A pesquisa com gestores e técnicos do Sudeste brasileiro, realizada pelo PlanejaSUS, apontou o bom nível de formação da equipe e experiência em saúde pública como um dos fatores facilitadores para o planejamento. Nesse mesmo estudo, foi assinalada a deficiência na capacitação do pessoal em atuação na área, como aspecto restritivo ao processo de planejamento (BRASIL, 2009a). Os gestores e técnicos que assumiram seus cargos há pouco tempo foram os que mais ressaltaram a importância de haver cursos preparatórios para assumir suas funções, pois muitos vêm da assistência direta e nunca tiveram contato com as ferramentas de planejamento.

A promoção de educação permanente em planejamento – atividade de capacitação que deve ser compartilhada por Estado e municípios – para profissionais que atuam nesse âmbito, em todos os níveis de governo, é um dos objetivos do PlanejaSUS. Sendo que, a responsabilidade de participar desses espaços, segundo o PlanejaSUS, é dos municípios (BRASIL, 2009a). Outro apontamento importante relacionado aos espaços de aprendizagem em planejamento foi a ampliação do olhar do técnico e do gestor sobre a importância de se fazer um planejamento condizente com os aspectos financeiros do município e a necessidade de as ferramentas de planejamento terem relação entre si, inclusive o RAG.

> Comecei faz 8 meses, né? Então o que eu mais participei foi do plano municipal de saúde, que nós sentamos juntas, porque eu não conhecia, não tinha nem noção de como era feito (...) porque quando eu trabalhava no PSF não tinha isso, lá a gente não faz isso, então aqui eu ainda tô em processo de aprendizado. (E11)

Alguns destaques foram feitos em relação ao método de ensino empregado, variando de acordo com o tema abordado no “curso” e com a experiência prévia dos entrevistados. Nas falas surgiu também a importância da continuidade dos temas abordados nos cursos, pois a fragmentação do conhecimento dificultava a compreensão do processo de planejamento como um todo. Nesse aspecto, a educação permanente, enfatizada pelo PlanejaSUS, seria a prática de ensino-aprendizagem mais adequada, pois preconiza a produção de conhecimento no cotidiano das instituições, levando em consideração a realidade vivenciada pelos atores sociais envolvidos, bem como os problemas enfrentados diariamente. Essa prática se apoia no conceito de “ensino problematizador” que estimula a crítica sobre a realidade e se fundamenta na produção de conhecimento que responde às inquietações pertencentes ao universo de vivências do educando (BRASIL, 2009b). Sendo assim, ela seria indicada tanto por ser contínua e inserida na realidade das instituições como por levar em consideração o conhecimento prévio dos atores sociais.

> Eu não tenho muita dificuldade porque eu sou funcionária antiga, muito tempo de serviço, e aí a gente vai aprendendo no dia a dia, mas os funcionários que são novos, porque geralmente muda a gestão, muda tudo, daí vêm funcionários que nunca viram muitos desses documentos, desses

> instrumentos que nós utilizamos (...) é interessante continuar fazendo oficina para ir atualizando para o pessoal. (E14)

> Eu acho que tem muita coisa boa no sentido assim, que... de *te mostrar*, para as pessoas que já conhecem alguma coisa ele abre caminho, né, agora negativo é isso que eu estou te falando mesmo, que poderia ser um pouco mais claro, ter uma continuidade, porque não tem você, entendeu, que é o que estou te falando, às vezes você faz uma curso, uma coisa e não tem continuidade. (E3)

Algumas falas ressaltaram a necessidade de haver espaços de aprendizagem para o gestor estadual, pois muitas vezes os entes municipais sentem que estão aprendendo junto com o ente estadual no espaço do CGR. A fala do gestor estadual trouxe aspectos que reafirmaram essa necessidade, em que pese ter destacado que os apoiadores do DRS participavam de cursos com certa frequência. Também houve sugestões de vivências em outras regiões do país, para que os articuladores pudessem trazer inovações para o CGR.

> No meu entender deveriam manter um processo também de educação continuada constante através do Estado, porque, assim como nós, a gente percebe que essas articuladoras têm muita dificuldade também (...) principalmente na Bahia e outros estados do Nordeste, onde a ESF funciona e muito bem, então "será não teria na hora dessas articuladoras passarem por um treinamento e trazer aquilo que é de bom para nós?" (...) acaba todo mundo dando murro em ponta de faca, será que é assim que faz, será que assim não faz, como é que deve fazer? (E18)

> Os técnicos do DRS têm se capacitado muito. Alguns porque está havendo capacitação e a gente tem encontrado pessoas indo lá e voltado diferentes, outros a demanda tem feito as pessoas se capacitarem, foi esse monte de coisa que aconteceu de 2006 para cá, quem não se capacitou teve que se capacitar de algum jeito. (E25)

Com relação aos locais de aprendizagem, o CGR (9; 40,9%) foi o local mais citado, em relação à oferta de "cursos", tanto vinculados ao Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH) quanto à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (USP-RP), por meio do apoio institucional, além da troca de experiências entre os técnicos e gestores, apresentado no núcleo de sentido referente ao "papel do colegiado". A presença de outros setores do DRS e de instituições de ensino superior como apoiadores do processo de construção de conhecimento dentro do CGR pode apontar para esse espaço, reconhecido entre os técnicos e gestores como um espaço de grande potência para a realização de

educação permanente em planejamento. Reafirma-se a necessidade do devido cuidado para que esse processo de ensino-aprendizagem seja contínuo e transversal às pautas trabalhadas no CGR, assim como prevê a política de educação permanente (BRASIL, 2009b). Outros espaços identificados nas falas foram o próprio DRS (6; 27,3%), o dia a dia do planejamento (4; 18,2%), o Hospital Sírio Libanês (1; 4,5%), cursos de ensino a distância (EaD – 1; 4,5%) e congressos (1; 4,5%).

> Nosso planejamento a gente se interou melhor disso a partir do momento que a gente entrou. Não tinha um conhecimento maior na questão técnica do departamento de saúde. Nós aprendemos no dia a dia, participando dos cursos, congressos que teve e daí nós conseguimos porque quando eu cheguei na secretaria nos não achamos um planejamento, um plano de saúde adequado, era muito subjetivo. (E12)

> A gente fez um trabalho com a USP o ano passado com o pessoal de apoio institucional (...) isso mudou bastante a forma de a gente ver o Plano aqui no meu município, por quê? Porque acabava sendo aquela questão assim ó, de um objeto que você tinha que fazer, que você era obrigada a fazer e que aí todo mundo corria para fazer aquilo, mas sem parar e pensar o que era aquilo. E com essa introdução do apoio institucional na questão do planejamento a gente foi obrigada a repensar algumas coisa. (E13)

O baixo reconhecimento de outros espaços de ensino-aprendizagem talvez possa ser explicado por alguns aspectos que dificultam a participação das pessoas envolvidas com o planejamento em “cursos”: o número reduzido de vagas e a não liberação do trabalho. Alguns municípios se organizam para fazer o revezamento das pessoas que participam dos cursos, para que as dispensas não fiquem centralizadas em apenas um sujeito. Para outros municípios, onde o quantitativo de trabalhadores é reduzido, os cursos de EaD têm sido uma opção para qualificar o trabalho sem precisar que o trabalhador se ausente por longos períodos. Outros aspectos verbalizados como desafios para o processo de aprendizagem dos técnicos e gestores foram as mudanças frequentes das políticas e das alterações nas ferramentas de planejamento, e a grande rotatividade de RH na área da gestão nos municípios. Esses achados reforçam a potência do CGR como um espaço de ensino-aprendizagem, uma vez que os técnicos e gestores têm que se deslocar para as reuniões de maneira periódica. Desse modo, o ambiente poderia ser mais bem aproveitado para o desenvolvimento de educação permanente em planejamento,

desde que incrementado de forma continua e considerando a inserção de novos atores sociais ao longo do processo.

> Agora aqui no nosso colegiado, hoje está começando um curso sobre política do SUS... que foi pactuado no Paresp de 2009 e está acontecendo agora e é muito interessante, mas, como existe vaga limitada e o colegiado tem nove municípios então não deu para todos participarem, né, mas daqui tem três pessoas participando. (E19)

> A gente já trabalha com um número mínimo de recursos humanos, se você retira as pessoas para fazer um curso de capacitação onde ela tem que se deslocar para outra cidade, onde ela tem que faltar do serviço para fazer o curso, isso acaba dificultando não só dificultando a pessoa de fazer o curso mas acaba sobrecarregando as atividades do serviço. (E18)

4.2.3 Comunicação e informação para o planejamento

A comunicação apareceu nas falas dos entrevistados como um aspecto essencial para o planejamento e a gestão do SUS dentro do município e do CGR. Com relação a este núcleo de sentido, dentro do município, foi bastante enfatizada a necessidade de haver comunicação entre as unidades de saúde e a SMS e entre os setores da SMS. O pressuposto básico da gerência moderna tem em seu eixo central a comunicação, no qual, muitas vezes, gerir é comunicar, negociar e acompanhar compromissos (RIVERA, 1995). Em diálogo com a teoria do macro-organizações de Carlos Matus, RIVERA (1995) coloca o individualismo organizacional como uma das posturas que assolam a ação estratégica do planejamento. No planejamento estratégico situacional é previsto um grande sistema de comunicação, capaz de aumentar a legitimidade e solidificar compromissos, além de desenhos organizacionais que privilegiam a autonomia das unidades intermediárias e finais com a inserção da comunicação lateral entre elas (RIVERA, 1995).

> Todo mundo tem que estar sabendo o que está acontecendo na rede e isso infelizmente não acontece, são poucos os que têm essa percepção de estar chegando e falando o que está acontecendo porque é desagradável, né, você deixar as coisas acontecerem lá fora e às vezes as pessoas lá de fora vêm te contar e você que trabalha dentro da secretaria muitas vezes não está sabendo, então para planejar melhor teria que ser dessa forma. (E19)

> A gente criou um sistema de organização interno aonde eu *faço* a comunicação rápida com os setores. (E12)

Com relação ao CGR, nota-se, pelas falas de alguns entrevistados, que não havia repasse de informações entre as pessoas que se deslocavam para participar das reuniões no DRS e àquelas que ficavam nos municípios, mesmo sendo ambas responsáveis pelo planejamento. Ainda, segundo a teoria da macro-organização de Matus e a cultura do compromisso, uma das regras da responsabilidade é a prestação de contas. Neste caso, a prestação de contas se daria no sentido de repasse de informações discutidas no CGR ao município que o gestor ou técnico representa naquele espaço. Essa não prestação de contas poderia desencadear uma dinâmica que culminaria em uma gerência centralizada (RIVERA, 1995).

Para Testa (1987), o repasse (ou não) de informações faz menção ao acúmulo de poder, que impacta no acesso e no manejo das informações em saúde. No caso especifico apontado pelos entrevistados, o poder em questão seria classificado como técnico, segundo Testa. Esse tipo de poder pode ser analisado quanto ao tipo de informação manejada; ao âmbito no qual essa informação circula; ao estilo da linguagem utilizada; e a composição dos grupos sociais que participam de geração e do fluxo dessas informações (TESTA, 1987). Para se fazer a análise do poder técnico, deve-se verificar a distribuição dos conhecimentos, neste caso, os conhecimentos administrativos, entre os grupos sociais que participam das fases de gestação, transmissão, processamento e utilização da informação. Para Testa, quanto mais fases do processo um determinado grupo domina, maior a concentração de poder técnico desse grupo (TESTA, 1987).

> Do colegiado eu posso falar pouco porque eu quase não participo, a minha atuação é mais aqui dentro (...) cada um que tá ali [no CGR] tá representando o seu município, com as suas dificuldades e sua facilidade, de uma forma condensada. (E5)

> Já fui na reunião... mas é uma vez ou outra... não tenho uma frequência não, é muito raramente... muito raro, não sei falar como está o processo de planejamento lá. (E9)

Ou seja, no caso da falta de repasse das informações discutidas nos CGR, pode-se pressupor uma falha de responsabilidade do representante do município para com a equipe de planejamento que está representando, ou mesmo um planejamento que é centralizado em um único indivíduo. Além disso, o acúmulo de poder pelo secretário ou técnico se faz pela não transmissão de informações para os

respectivos municípios, mais uma vez deixando o poder técnico do processo de planejamento e gestão, centralizados. Esse tipo de comportamento é um fator importante na sensação de descontinuidade administrativa a cada mudança de gestão, já trazida como preocupação em falas anteriores, uma vez que a informação fica centralizada em um único indivíduo que pode ser substituído conforme a troca de prefeito.

Com relação à postura do DRS, referente à comunicação com os participantes das reuniões do CGR, nota-se que existe uma divisão de opiniões. Quem elogiou a comunicação disse que a equipe de planejamento estadual usava de diferentes canais de comunicação para que a informação chegasse até o município. Quem a criticou argumentou que a comunicação acontecia de maneira lenta, colocando o município em situações de risco para perda dos prazos estipulados pelos entes supramunicipais. Esse achado também corrobora com a definição de detenção de poder técnico (TESTA, 1987) abordado anteriormente, com relação ao domínio das informações e dos meios de canais de comunicação.

> Ótimo acesso, eles mandam e-mail a gente recebe (...) você não pega se você não quiser, se não bastasse eles ligam pra saber se você recebeu, ligam em celular, quer dizer, a comunicação hoje é muito boa, o pessoal se esforça muito, no colegiado também, todos têm telefone de todos, todos os profissionais têm o telefone um do outro, eles mandam tudo... esses dias eles mandaram um e-mail com todos os telefones e e-mails dos outros gestores. (E21)

> Muitas vezes a gente tem que buscar a informação no Cosems, em outro órgão, porque muitas vezes a hora que chega um projeto lá, o projeto é para aquele dia, para aquele momento, senão você perde o projeto. Então eu acho que muitas vezes essa informação às vezes ou ficou parada, ou teve uma certa dificuldade pra ta passando, então eu sinto isso. Então se a gente não buscar em outro nível, a gente perde muita coisa. Então essa informação de projeto eu acho que deveria ser mais divulgada no DRS. (E10)

Além disso, a linguagem utilizada na difusão da informação pode revelar ou ocultar aspectos fundamentais da mensagem, sendo que estilos mais “elitistas” da linguagem podem impedir a transmissão de novos conhecimentos e manter, junto da informação, o poder que essa detenção gera (TESTA, 1987). Com relação a esse aspecto, o DRS se mostrou disponível para auxiliar os municípios na compreensão de normativas e portarias, vinda dos entes supramunicipais. Pode-se arrolar este último achado com a relação de poder entre as esferas de governo vinda de

momentos anteriores, mais autoritários e centralizadores, responsáveis pela disparidade das informações e pelas falhas de comunicação (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; PAIM; TEIXEIRA, 2007). Assim, em determinados momentos, torna-se necessário recorrer a outras instâncias para compreender as informações técnicas e normativas. Contrapondo-se ao acúmulo de poder, o acesso às informações por outras vias de comunicação, como a internet, tem colaborado para a melhor distribuição do conhecimento técnico dentro do CGR e, por consequência, pode-se inferir uma melhor distribuição de poder.

> O CGR hoje nos ajuda aí nessa questão da informação (...) a regional disponibiliza um setor próprio para isso e nós não temos, nós não temos uma pessoa aqui capaz de receber, de ler, de definir, de pegar todas as portarias. (E20)

> Nós temos acesso, a gente acessa os sites do Ministério, Secretaria do Estado para também se aprofundar no assunto. (E6)

A dificuldade de comunicação foi relatada também pelo ente estadual, mas de maneira inversa, ou seja, os participantes relataram dificuldades para que os municípios dessem retorno aos comunicados do DRS.

> A principal dificuldade ainda é a informação. A gente tem a questão daqui, a questão de e-mails, às vezes a gente não consegue, a gente transmite, o profissional no município até abre o e-mail, olha, mas não dá sequência; então a informação a gente tem que garantir muito e mesmo aqui no DRS às vezes a gente não recebe, às vezes a gente não sabe quem mandou, então eu acho que o nosso maior nó aí é esse. (E26)

4.3 Práticas de planejamento municipal e regional

Esse grande tema foi formado pelos seguintes núcleos de sentido: “Uso das ferramentas de planejamento” (52; 47,3%); “Planejamento: entre a centralização e a descentralização do processo” (38; 34,5%); “Processo de planejamento regional” (10; 9,1%) e “Opinião sobre o PlanejaSUS” (10; 9,1%).

4.3.1 Planejamento: entre a centralização e a descentralização do processo

O processo de planejamento centralizado, caracterizado como normativo e desenvolvido por uma ou duas pessoas, foi trazido nas falas dos técnicos e gestores

como sendo um padrão a ser superado (8; 22,2%). Já o processo de planejamento descentralizado (28; 77,8%), caracterizado como um processo mais participativo, foi citado pela maioria dos entrevistados e foi classificado em fragmentado (4; 14,3%) ou fruto de um trabalho em equipe (24; 85,7%).

Para quem afirmou realizar o planejamento de maneira centralizada houve relatos sobre a dificuldade de compartilhar as demandas devido à falta de confiança no nível de conhecimento das outras pessoas da equipe e de reunir outras pessoas para colaborarem com esse processo. Em algumas falas os participantes do nível estadual apontaram para a necessidade de se superar esse tipo de construção. Porém, reconheceram a permanência de dificuldades devido à própria cultura organizacional, centrada no assistencialismo e na fragmentação do processo de trabalho. O planejamento realizado por uma ou duas pessoas, distantes da realidade do sistema de saúde e que ainda mantêm a construção próxima ao método normativo, tem uma forte tendência a desconsiderar conflitos e interesses diversos e contraditórios. No entanto, a realidade não se limita ao “dever ser”, uma vez que existem conflitos e disputas de poder, em vez do esperado consenso, pois a política implantada é resultado de disputas e acordos. O planejamento normativo, ao não considerar a complexidade do mundo real, os diferentes interesses e os conflitos existentes, torna-se pouco útil para a realização de intervenções e ainda tem fortes tendências à descontinuidade do processo, uma vez que se espera que os atores sociais que não participaram da elaboração do planejamento o cumpram (TESTA, 1987).

> Tudo fica nas mãos das mesmas pessoas. Eu vou te falar, eu tenho uma dificuldade assim, eu como gestora temo não conseguir é... expandir isso (...) acho que eu tinha que participar mais, essa é minha dificuldade, eu acho que é nesse sentido de capacitar assim outras pessoas. (E21)

> A construção poderia ser muito mais fácil se todo mundo *estivesse* junto, participando, o tesoureiro, todo mundo, mas é muito complicado reunir todo mundo, eu ainda não consegui. (E10)

> O grande desafio da equipe toda, da maioria, é o envolvimento de todos os profissionais neste processo mesmo de planejamento... assim é uma dificuldade, profissional médico, de enfermagem, é difícil eles perceberem que eles fazem parte de um processo como um todo, não existe um... grupo separado, nós somos uma equipe embora cada um tome conta de um setor. (E23)

Para um dos entrevistados, existiu ainda a falsa ideia de que o processo foi construído coletivamente, pois houve uma abertura para a incorporação de sugestões. Mas, não necessariamente as demandas levantadas foram incluídas no PS. Apesar da existência de um diálogo prévio entre quem planeja e outros atores sociais, ainda assim a pretensão acaba sendo de controle sobre a realidade. Nessa maneira de realizar o planejamento pode-se incorrer no risco de deixar de lado as contradições e os conflitos reais e, consequentemente, a viabilidade política do plano (TESTA, 1987).

> Eu tenho uma equipe de três, quatro pessoas que a gente senta aqui, conversa. Fizemos uma Confêrencia Municipal de Saúde, estou programando fazer uma outra e **eu dou a palavra final aqui** (grifo do autor). (E4)

Com relação ao processo de planejamento embasado pela descentralização, os entrevistados apontaram a importância de ouvir os trabalhadores, os conselheiros de saúde e a comunidade. Segundo as falas, a equipe que constrói as ferramentas de planejamento pode ser composta por membros da SMS e contar com o auxilio de comissões do CMS, dos trabalhadores das unidades de saúde e usuários do SUS, estes últimos inseridos no processo por meio de oficinas para a construção do PS. A importância da escuta foi destacada devido ao grande conhecimento a respeito do funcionamento dos serviços de saúde de que esses sujeitos sociais têm, além do aspecto de corresponsabilidade que se cria para a execução do planejamento, uma vez que quando colaboraram para a construção das ferramentas de planejamento adquirem conhecimentos sobre as metas que precisam ser alcançadas. Esse processo de planejamento aproxima-se, em partes, da teoria do planejamento situacional de Matus (1996), pois trata-se de duas fases distintas, um momento explicativo equivalente ao diagnóstico, no qual são selecionados os problemas e discutidas as suas possíveis causas; e o momento tático-operacional, de realização concreta da ação planejada. Vale ressaltar que para o planejamento ser considerado situacional ainda haveria a necessidade de esses momentos não serem considerados sequenciais, existir um momento normativo, ou seja, a definição de um conjunto de ações necessárias para cumprir o objetivo fixado; e um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política, relacionada à discussão de poder, seria o ponto para o qual se deseja encaminhar o funcionamento do sistema, sendo baseada no conhecimento da realidade. Essas últimas

características não foram apontadas pelas falas dos entrevistados. Sendo assim, apesar de ser um grande avanço no processo de planejamento, ainda se está distante de perspectivas de ações que promovam mudanças sociais de fato (ARTMANN, 1989; MATUS 1996).

> Tô colocando o controle social junto para poder discutir com o conselho, os trabalhadores da saúde, porque tem muito lugar que você sabe que o trabalhador da saúde nem conhece o Plano Municipal de Saúde, então a gente está tentando essa aproximação. (E13)

> Pela primeira vez a gente conseguiu fazer uma série de reuniões envolvendo vários segmentos da sociedade, *em* nível municipal, coisa que antigamente era difícil fazer, o PMS basicamente era feito pelas pessoas que trabalhavam na secretaria de Saúde, pelos técnicos de saúde, mas dessa vez nós fizemos uma série de reuniões técnicas convidando aí vários segmentos da sociedade, cada um deu a sua opinião, cada um deu a sua informação e aí ficou sim a cargo da Secretaria de Saúde compilar tudo isso daí, e uma vez feito isso passar para a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e aprovar no colegiado e nas esferas aí, superiores. (E18)

Para alguns gestores e técnicos, o ano de 2009, marcou a primeira experiência de construção das ferramentas de planejamento de maneira descentralizada. Aqueles que defenderam o modelo descentralizado também relataram a necessidade de ouvir os outros setores da SMS e realizar o planejamento de maneira integrada. Um setor bastante destacado foi a administração, devido à pactuação de metas mais realistas nos PMS e PAS ou a inserção de necessidades da saúde na LDO. Esse achado reforça a manutenção das decisões e do poder centradas no governo, em seus setores e seus interesses (TESTA, 1987). Mesmo assim, é considerado um grande avanço dentro da perspectiva do planejamento normativo, baseado no diagnóstico administrativo, centrado no dimensionamento de recursos e em aspectos econômicos, com um enfoque funcional (ARTMANN, 1989). Esse tipo de enfoque é também dado pela política do PlanejaSUS, ao normalizar que os instrumentos básicos de planejamento deveriam ser compatíveis com o PPA, a LDO e a LOA, sob pena de ser invalidado, caso essa normativa não seja cumprida. Enfatiza-se que não é suficiente a proposição de metas nos PS se não houver a devida previsão na lei orçamentária (BRASIL, 2009a (RIVERA; ARTMANN, 2012).

> Tentar articular a questão ação, necessidade, meta com o orçamento. Essa é uma grande dificuldade que a gente tem, quanto custa os nossos serviços.

> Então a gente usa muito a questão do plano, tá previsto isso, quanto... então a gente está tentando afinar o instrumento, então em tudo que a gente faz a gente usa os instrumentos. Ele é a base também do PPA, do plano plurianual e das LDO. (E8)

A fala de alguns entrevistados apontou para a fragmentação do processo de planejamento que dizem ter acompanhado a construção das ferramentas de maneira descentralizada. Os relatos apontaram que, apesar de receber contribuições de um maior número de pessoas, existiu a falta de conhecimento do planejamento como um todo. Pode-se pensar que a mudança na forma de fazer o planejamento não tenha levado em consideração as diversas variáveis existentes entre os setores da Secretaria de Saúde, entre eles, de forças de oposição e a necessidade de se fazer negociações, para que o PS não fosse encarado como algo apenas normativo (TESTA, 1987). Além disso, as diferentes formações e domínio de conhecimentos específicos de cada área geram distribuição desigual entre os poderes técnicos, administrativos e políticos, sendo de difícil manejo a relação de poder entre pessoas que exercem a dominação, de forma histórica, no interior dos setores ou grupos. Porém, sempre é possível, por meio de diálogo, encontrar aliados nesses grupos de dominação e promover mudanças progressivamente (TESTA, 1987; GIOVANELLA, 1989).

4.3.2 Uso das ferramentas de planejamento

Esse núcleo de sentido foi formado por falas que abordaram o uso das ferramentas de planejamento dentro da gestão do SUS. As falas dividiram o uso dessas ferramentas em norteadoras de ações da gestão (23; 63,9%), meios de avaliação (11; 30,5%) e meios de integração entre as próprias ferramentas e entre estas e o orçamento (5; 13,9%).

As falas que apontaram para o uso das ferramentas de planejamento como norteadoras das ações dos gestores e técnicos mencionaram tentativas de consulta às metas e objetivos planejados continuamente, visando à inserção dessas ferramentas no cotidiano da gestão. O estudo realizado pelo PlanejaSUS (BRASIL, 2009a) apontou o uso mais frequente do PMS e a PAS na rotina da gestão, porém a avaliação do cumprimento desses planos obteve menor constância. Com relação à avaliação das ações programadas, as falas que trouxeram esse aspecto foram no

sentido de avaliar o cumprimento das metas pactuadas para poder repensar os próximos PMS e PAS. Alguns falaram em fazer uma avaliação de maneira continuada, outros apenas ao final, para tentar cumprir o que havia sido planejado no mesmo ano ou no seguinte, respectivamente. Sendo assim, seria necessário verificar outros aspectos do uso das ferramentas de planejamento e da própria avaliação para analisar a qualidade e o impacto desse uso nas ações da gestão.

> Vemos em cima do relatório de gestão o que está defasado, o que não conseguimos atingir, a meta que não conseguimos atingir para a gente propor no próximo plano. (E14)

Por outro lado, o aumento da crítica relacionada ao processo de planejamento também foi destacado, uma vez que os gestores e técnicos conseguiram olhar para o município de maneira mais ampliada ao construírem as ferramentas de planejamento. Esse achado corrobora a afirmação de Paim (2006) de que o processo de construção das ferramentas de planejamento, ao explicar objetivos e finalidades, pode colaborar para a redução da alienação dos gestores, técnicos e dos próprios trabalhadores de saúde.

> A gente tem tentado fazer um trabalho para que as pessoas utilizem esses instrumentos como uma ferramenta de trabalho no dia a dia. Então eu vejo que de alguns anos para cá está bastante evoluído, a gente está tentando com que as pessoas não vejam apenas como um papel burocrático, mas que isso é importante no processo de gestão. (E8)

> Os instrumentos ajudam a gente *a* ter essa visão que a gente não consegue ter no dia a dia porque você corre muito, tem muita... então quando você para e olha para ele, você tem outra visão que não é a visão do dia a dia. (E13)

Outros relatos apontaram uma crítica melhor com relação à organização dos serviços do município e a aproximação das ferramentas de planejamento com a realidade orçamentária, desvinculadas um pouco da pressão das políticas indutoras nas escolhas dos gestores e técnicos, contrariando algumas falas já descritas anteriormente.

> Sem esses instrumentos de planejamento a gente não tem diretriz, sem diretriz a gente fica sem saber aonde quer chegar, então... não é uma coisa aleatória (...) Não é porque o governo federal abre uma linha de financiamento, como foi aberta a pouco tempo, do PAC2, que a gente vai sair

> por aí pedindo 15 unidades de saúde, né... então... são extremamente importantes. (E7)

Além de norteadora das ações, as ferramentas de planejamento também são usadas como orientadoras do próprio orçamento, quando construídas previamente à elaboração do PPA e das LDO. Esse tipo de orientação para a construção do orçamento é previsto em lei e deve ser cumprido por todos os entes federativos, sendo reforçado pelo PlanejaSUS (BRASIL, 2009a). Segundo a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), o processo de planejamento deve ser ascendente e compatibilizar as necessidades de saúde com o recurso disponível, estando previsto nos PS. As falas que apontaram para o planejamento regional trouxeram que essas ferramentas seriam meios para a organização dos serviços de saúde da região e para a pactuação da PPI.

> A gente já começou a trabalhar, o que nunca tinha acontecido, estamos já trabalhando, sentando e já começando a construir a nossa programação anual de 2012. Por quê? Porque o que acaba acontecendo, quando eles vão fazer... não casa muito... quando eles vão fazer o orçamento a gente ainda não fez a programação e aí não casa. Então nós vamos nos adiantar, fazer nossa programação para que nos próximo orçamento eles acompanhem a nossa programação. (E13)

> Eu acho que tem que ter planejamento até pra que haja um reconhecimento do meu cenário (...) para que eu possa aparar as arestas que existem dentro do meu sistema de saúde local e regional que existem e, portanto, não há duvida que o planejamento vai ser a base, né, para que se discuta PPI, para que se discuta PAC, para que se discuta crescimento municipal, crescimento regional, para que se brigue por recursos, para que se brigue por aumento de financiamento, de novos equipamentos, toda a estruturação da rede de saúde de média e alta complexidade, a atenção básica, média e alta complexidade. (E20)

Outro aspecto previsto em lei (BRASIL, 2006e; BRASIL, 2009a) que apareceu na fala dos entrevistados foi o uso das ferramentas de planejamento de maneira integrada entre si, ou seja, a conexão entre o PMS, a PAS e o RAG, a fim de viabilizar um direcionamento coerente do planejamento e que possa ser avaliado ao final de seu cumprimento.

> Os instrumentos de gestão, que *são* o PPA, o plano anual (Programação Anual), o Plano de Saúde, o orçamento a gente tem tentado fazer com que eles andem juntos, né, para a gente poder trabalhar e conseguir visualizar o que a gente conseguiu, o que a gente quer implementar e tal. (E13)

Foram relatas algumas dificuldades para construção e uso das ferramentas de planejamento, como a falta de veracidade dos dados, influenciando a pactuação de metas e objetivos inalcançáveis, como já visto anteriormente. Além disso, o dinamismo do setor de saúde e a pressão política e midiática podem influenciar a condução das ações programadas. Para suprir um acontecimento inesperado, ou supervalorizado pela mídia, existe, muitas vezes, a necessidade de repensar as demais ações para que não seja ultrapassado o orçamento aprovado para aquele determinado período.

> O Relatório de gestão é... foi meio vergonhoso ainda este ano, os anteriores também uma vergonha, a gente copiava uma coisa ou outra daqui, mudava uma coisa ou outra, este ano a gente procurou realmente colocar o que tinha mesmo, como não tinha muita coisa, quase não colocou nada, sabe, você tinha que ficar procurando uma coisinha ou outra. (E3)

> Eles são importantes porque o dia a dia faz com que você só apague incêndios (...) na cidade uma característica, acredito que das outras também, muito forte, que é a questão política e a questão da imprensa, né? Então eles fazem as notícias só com as coisas ruins e dão soluções ou exigem questões que não são importantes... é um ponto... um fato pontual vira um cavalo de Troia. Então se não houver a base muito sólida, inclusive para discutir com a sociedade o que é que está acontecendo você se perde. (E8)

Neste sentido, para que se possa viabilizar a concretização do SUS inscrito na Constituição, ou viabilizar a execução das ações planejadas, é preciso compreender a implantação desse sistema como uma luta política. A dimensão política engloba ações para alcançar o apoio da população às políticas do SUS e, para isso, é necessário que as pessoas percebam os benefícios desse sistema e se mobilizem para lutar por ele (SOUZA, 2009). Para que a população se aproxime do SUS seria necessário, além da real melhoria de alguns serviços, a efetivação da participação social, assim como prevê as leis de criação desse sistema (BRASIL, 1990) com a finalidade de definir e acompanhar as políticas públicas e as ações dos técnicos e dos gestores.

Além da dimensão política, é necessário dedicar tempo e energia para as relações entre a saúde e outros órgãos e identificar os interesses das outras instituições, se comuns, distintos ou conflitantes, a fim de fortalecer os laços com os aliados e tentar neutralizar os adversários (TESTA, 1987; SOUZA, 2009). Nesse

sentido, a afinidade política entre os entes federativos colabora para o fortalecimento da implantação das políticas públicas vindas do MS. No caso do município, a relação entre a Câmara e o prefeito pode influenciar fortemente os caminhos da gestão e o cumprimento das ações planejadas (SOUZA, 2009). O relacionamento com a mídia também é bastante complexo, uma vez que os órgãos de comunicação têm interesses comerciais, posições partidárias ou ideológicas não muito explícitas e trabalham para atrair a atenção do público e de anunciantes. Sendo assim, a mídia pode se apresentar como uma ameaça, caso o papel da comunicação de massa seja menosprezado, ou uma oportunidade, caso a comunicação seja competente. Para que este último aspecto seja efetivado se faz necessária uma política de comunicação eficiente, que contempla aspectos políticos, comerciais e jornalísticos (SOUZA, 2009).

As outras dificuldades relatadas foram relacionadas ao uso das ferramentas de planejamento para a saúde de uma maneira global, por isso alguns gestores fragmentam o olhar em linhas de cuidado, visão essa que também permeia as políticas de saúde e programas do MS. Outro desafio apontado foi a inserção de muitos itens na programação que diziam respeito à rotina das unidades, devido a dificuldade de elaborar o RAG, posteriormente.

> Eu tenho procurado trabalhar por linhas de cuidado mesmo... saúde da mulher, saúde do idoso... atenção básica... porque aí você consegue visualizar... porque se você for trabalhar saúde ampla, você só fica apagando incêndio. (E13)

> Na programação a gente vê que às vezes tem muita rotina de serviço, mas as pessoas acham importante conter isso... mas então às vezes a gente vem com uma programação muito grande. (E8)

A utilização das ferramentas e o alcance das metas pactuadas foram relacionados ao modo como foi realizado o planejamento, ou seja, ferramentas construídas de maneira centralizada foram usadas para cobrar as ações das equipes de saúde. Esse achado também corrobora Paim (2006) quando afirma que a participação do processo de construção das ferramentas de planejamento pode colaborar para a redução da alienação dos trabalhadores de saúde, pois existe a cooperação para construir os objetivos e as finalidades do mesmo. A cobrança também se faz necessária quando os diferentes interesses não são levados em consideração no momento da construção do planejamento, tornando o processo

normativo e de difícil execução (ARTMANN, 1989). Além disso, a ideia de construção do planejamento com metas realistas, às vezes, é confundida com um planejamento que não propõe inovações ou melhora dos indicadores, que mantém as ações tal qual elas já acontecem.

> No dia a dia a gente usa através de cobrança, né, como foi feita por duas pessoas, a gente agora tem que pactuar com as equipes pra gente atingir as metas planejadas, que não foram planejadas pelo coletivo, que foi feito individualmente. Então a gente utiliza sim para tentar atingir as metas. (E1)

> Então tudo que está colocado no plano são as atividades diárias da nossa... nós não fugimos muito disso, então ficou fácil para a gente, é... como que eu posso falar... monitorar as metas que foram colocadas só... a gente tentou não fugir, não coloca coisas que a gente não ia cumprir. (E23)

Com relação à visão da equipe de planejamento estadual, as falas que trouxeram aspectos relacionados às ferramentas de planejamentos diziam respeito à mudança no processo de construção das ferramentas de planejamento; a cobrança para a apresentação das ferramentas de planejamento e o uso dessas ferramentas pelo ente estadual.

As falas acerca das mudanças na construção das ferramentas de planejamento, referentes à avaliação dos municípios pelo ente estadual, fizeram alusão aos documentos recebidos anteriormente, comparando-os aos atuais PS. Outras falas apontaram para uma avaliação positiva do processo de planejamento do próprio DRS.

> Durante um bom tempo todos esses planos eles eram repetidos. *Tiravam* da gaveta e *imprimiam* de novo, *mudavam* a data e *mandavam*. Digo assim vagos, quase todos, poucos mexiam... Mexiam quem tinha uma certa continuidade de gestão no município. Ao mesmo tempo ele mexia, mas ele não sabia muito como mexer nesses planos, de que forma mexer... Eu digo que nos últimos três anos a grande maioria, mais de 50% dos 26 municípios mexeram, e mexeram conscientes, em seus planos. (E25)

As cobranças foram mais direcionadas aos municípios, no sentido de que eles cumprissem os prazos. Mas não necessariamente apareceu a contrapartida de se discutir as ferramentas que foram construídas ou discutir o planejamento regional no CGR. Mais uma vez pode-se discutir o processo de construção dessas ferramentas pelos municípios, se elas são feitas apenas para cumprir mais uma tarefa ou se realmente serão utilizadas. Outra questão que se sobressai nesse achado é o

envolvimento do ente estadual e a utilização dos planos municipais como subsidio prioritário para a formulação do plano regional (BRASIL, 2009a). Permanece a dúvida se isso ocorre em algum outro momento, fora das reuniões do CGR, uma vez que pela fala destacada isso não foi realizado juntamente com os municípios.

> Você tem que cobrar, se você não cobrar não vem; você tem que cobrar que passe no Conselho, se não vem sem a ata do Conselho. Tem que cobrar. (E24)

> É inviável ler todos os planos no colegiado, então eles foram aprovado "pró-forma", que não tem... a não ser que a gente criasse um instrumento de um resumo, mas mesmo assim ia ficar uma coisa muito maçante a gente ficar lendo plano por plano. Então um gestor confia no outro, o que foi proposto é aprovado (...) o tempo que vai se perder, é burocrático, e a gente tem prazo para encaminhar a lista para a SIB, antes não tinha isso, a SIB não controlava, agora a SIB exige uma lista com data, se foi entregue, se foi aprovada pelo conselho, então fica uma coisa meio complicado. (E24)

Outra fala que deixou em aberto o emprego do PS dos municípios para balizar o planejamento regional foi com relação ao uso dessas ferramentas pelo ente estadual, em seu dia a dia, aparecendo na fala como referência para embasar as solicitações de equipamentos pelos municípios.

> No dia a dia às vezes chega um pedido... falando da minha área de atuação, não no planejamento como um todo... algum pedido de recurso, alguma coisa... a gente olha o plano, olha o relatório, se está prevista alguma coisa em relação aquilo, se tem algum dado referente ao equipamento que está sendo solicitado a unidade, a abrangência populacional, então a gente utiliza nesse sentido. (E24)

4.3.3 Processo de planejamento regional

Podem-se complementar os achados anteriores com as falas a seguir, referentes ao planejamento regional, no que diz respeito à aprendizagem desse processo que também ocorre na prática, entre erros e acertos. Destaca-se aqui a importância do apoio institucional como maneira de colaborador para qualificação do planejamento, tanto para os municípios como para o estado, como já mencionado anteriormente. É válido destacar novamente que a coordenação do planejamento regional é de responsabilidade do ente estadual (BRASIL, 2009a). No entanto, as falas sobre o despreparo para realizar essa tarefa e a necessidade de atualização e capacitação dos trabalhadores corroboraram o estudo de Barata, Tanaka e Mendes

(2004). Esse estudo afirma que para obter sucesso no planejamento regional se faz necessária a participação ativa de todos os municípios, de maneira a contribuir para a construção do SUS em suas respectivas regiões. A participação não se limita à melhoria do atendimento no âmbito municipal, embora seja fundamental, mas também incorporando questões regionais e buscando contribuir para a regionalização do sistema, uma vez que essa organização beneficia a todos os cidadãos (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Dessa forma, a concretização do planejamento regional só será possível com empenho e contribuição dos municípios e do estado, sendo necessário repensar a potencialidade do CGR para a construção de processos de planejamento mais democráticos e que levem em consideração os diferentes atores sociais envolvidos. Salienta-se o uso desse espaço para construir ferramentas que de fato serão colocadas em prática e servirão de guia para o planejamento da região de saúde.

> O planejamento do Departamento Regional de Saúde, nós dependemos muito de como estão os planejamentos dos municípios e aí divididos por colegiados. Então eu acho assim, os municípios que têm atuado mais em planejamento têm feito com que nós, temos que fazer um trabalho a mais... A gente tem acrescentado o nosso planejamento. Isso além de qualificar eles no processo de planejamento, qualifica muito mais a gente ainda sobre o planejamento (...) os municípios têm dado oportunidade onde... a DRS com sua equipe dá uma parte de assessoria, mas... não podemos deixar de lembrar que a universidade tem feito... tem dado uma contribuição muito grande para os gestores municipais e para nós quanto ao planejamento. (E25)

Outros entrevistados apontaram para a falta de planejamento no CGR, com impacto negativo na resolução dos gargalos de média e alta complexidade, principalmente nos municípios dos Grupos A e B. Esse achado decorre dos problemas advindos da municipalização sem uma articulação regional (regionalização) concreta, gerando desperdício de recursos públicos por ineficiência assistencial e ociosidade de equipamentos em municípios maiores, e, por outro lado, em outros tantos municípios menores, a dificuldade de acesso a exames e leitos hospitalares (MENDES, 2011). Para além da lógica da organização da rede pela oferta de serviços de saúde, como mostra o histórico de organização do SUS e a própria pactuação da PPI, devem ser incorporados aspectos epidemiológicos e a otimização do uso dos recursos, no sentido do alcance da universalidade do acesso

e da integralidade do cuidado em tempo oportuno (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

> Nós não temos um plano regional, nós temos a pactuação que foi definida já há algum tempo, precisaria ser revista, né, mas é o instrumento que nós temos de planejamento, apenas a PPI, não temos um plano regional como o pacto preconiza. (E6)

Para o gestor estadual, a falta de planejamento regional foi justificada pela sobrecarga do setor, o que também corresponde à justificativa dos municípios. É importante enfatizar que deixar de planejar leva à execução das atividades segundo a visão de mundo de cada ator social, resultando em sistema fragmentado, desarticulado e em desacordo com os princípios do SUS (VIEIRA, 2009). Vale ressaltar que existe a necessidade de reconhecer as limitações do planejamento como ferramenta capaz de controlar o futuro (OLIVEIRA, 2006). Desse modo, os gestores e técnicos deveriam estar preparados para planejar ações e também compreender que não será possível prever todos os acontecimentos futuros (MATUS, 1996).

> Dentro do DRS, o planejamento é um setor que fica muito sobrecarregado, né, as demandas surgem muito uma atrás da outra, a gente apaga muito incêndio e acaba não tendo muito tempo de prever as coisas. (E24)

> As dificuldades (dentro do CGR) *são* realmente... trazer todos os técnicos para que eles consigam ver o planejamento como um processo onde a gente precisa parar de fazer tarefas, de ser o tarefeiro. (E7)

4.3.4 Opinião sobre o PlanejaSUS

Apesar de o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) ter sido criado oficialmente em 2006 e trazer em seu arcabouço aspectos jurídicos e legais que respaldam a institucionalização do planejamento na saúde pública, de os entes municipais e estadual terem construído ferramentas de planejamento instituídas por esse sistema nos últimos anos, de terem trazido aspectos importantes nas falas sobre a relação dessas ferramentas com o orçamento público, a opinião sobre o PlanejaSUS apareceu em apenas dez falas, de maneira aleatória. Esse desconhecimento sobre o termo pode ser reflexo do pouco tempo no cargo de técnico ou gestor, sendo que o recorte empírico desta pesquisa apresenta 16

(61,5%) entrevistados com 2,6 anos ou menos de atuação no cargo atual. Outro fator relevante, já discutido anteriormente, é o caráter normativo das políticas públicas, entre elas o próprio Sistema de Planejamento, que, se por um lado foi baseado em uma construção coletiva, considerando a opinião de diferentes atores sociais e tem o caráter de balizar as ferramentas de planejamento entre os entes federativos (BRASIL, 2009a), pelo outro, a maneira como foi colocado em prática, após a sua estruturação teórica, gerou pouca reflexão sobre o processo de planejamento como um todo, como se pode perceber em falas anteriores, resultando em mero cumprimento de tarefas, relacionadas muitas vezes ao repasse de verbas, e no desconhecimento da proposta metodológica como um todo.

Quando questionada diretamente a opinião dos gestores e técnicos sobre esse sistema de planejamento, apenas cinco (21,7%) entrevistados demonstraram saber sobre o assunto. Do restante, dez (43,5%) não souberam falar e oito (34,8%) deram respostas muito vagas. Dos três participantes ligados ao DRS, apenas um (33,3%) expressou sua opinião sobre o PlanejaSUS, os outros dois não souberam falar (66,7%). A fala de um membro da equipe de planejamento estadual que exprimiu opinião sobre o PlanejaSUS trouxe a importância do sistema para a construção das ferramentas de planejamento.

> Do que eu percebo assim... até elas melhoraram muito em questão até elaboração de todos os instrumentos, em como trabalhar dentro do planejamento, então a gente percebe que elas tiveram um outro olhar para tudo isso. (E26)

Com relação às falas dos técnicos e gestores municipais que emitiram alguma opinião sobre esse sistema, seis o apontaram como um sistema que auxiliou na ordenação e construção das ferramentas de planejamento. Dificuldades no uso do sistema foram apontadas por quatro falas com relação à aplicação do proposto pelo sistema na prática da gestão e sobre a sua implantação.

> O PlanejaSUS ele dá uma orientação importante pra gente e acho que... é uma forma de padronizar, eu acho que o caminho é esse. (E12)

> Acaba tendo tanta informação que fica longe da prática, que apesar de ser fácil, mas depende ainda da postura ativa da pessoa querer procurar, sabe, não é muita coisa oficializada assim que tenha que usar na prática, eu acho que essa distância da prática que atrapalha. (E2)

4.4 Aspectos da infraestrutura que influenciam o planejamento

Esse tema foi formado por dois núcleos de sentido, sendo eles “aspectos estruturais do planejamento”, presente em 19 (63,3%) falas, e “tamanho do município e intersetorialidade”, presente em 11 (36,7%) falas deste grande tema.

4.4.1 Aspectos estruturais do planejamento

Dentre os aspectos estruturais foram citados os trabalhadores e o espaço físico. Com relação aos trabalhadores, destacaram-se as falas relacionadas à falta de profissionais, em quantidade e com qualificação, para realizar o planejamento e a construção de suas ferramentas. Com relação à quantidade o achado corrobora a pesquisa realizada pelo PlanejaSUS que identificou como aspecto negativo a insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento (BRASIL, 2009a). Essa mesma pesquisa apresentou aspectos pouco diferentes com relação à qualificação dos profissionais. Como ponto positivo, apesar da equipe técnica reduzida, a pesquisa registrou um bom nível de formação e experiência em saúde pública nos municípios do Sudeste (BRASIL, 2009a). Apesar desse desencontro, é nítida a necessidade de criar uma política mais clara de fortalecimento de quadros institucionais, com perfil público e estável para a gestão do SUS (IBAÑEZ, 2014).

> Eu acho que tem escassez de recursos humanos tanto de pessoas, quanto de pessoas preparadas, mais ainda, é... não tem ninguém que tem formação em planejamento, gestão, cursos assim, para poder saber o que que é, pouca leitura sobe o assunto, então eu vejo assim, área de recursos humanos para mim é mais complicada, a gente não tem muitas pessoas para contar para fazer planejamento, essa é a maior dificuldade. (E2)

> No município é mais a questão dos recursos humanos, você não tem uma equipe adequada para trabalhar isso. Então a gente vai se virando. Conversa com um, conversa com outro, trocando ideias e informação e busca colocar isso no papel. (E12)

Esse tipo de fala foi mais frequente nos municípios dos Grupos A e B, contrapondo-se à realidade de municípios do Grupo C, como pode-se notar na fala abaixo. Segundo dados do PlanejaSUS predomina nos municípios da Região Sudeste do Brasil a quantidade de uma a três pessoas alocadas na área de planejamento dentro das Secretarias Municipais de Saúde. Nos municípios com

população até 100 mil habitantes, a maior frequência das respostas condiz com a não existência de pessoal especificamente alocado nesta atividade.

> No município nós temos uma estrutura razoável, temos uma divisão de planejamento com pessoas qualificadas que trabalham exclusivamente nessas atribuições, de acompanhar o plano, de levar as ações da secretaria na direção do plano. (E6)

As falas da equipe de planejamento estadual também apontaram nessa direção ao reconhecer a falta de profissionais, o despreparo de alguns técnicos e gestores e a importância de seu papel, principalmente com relação aos municípios menores.

> Os municípios não têm pernas e se a gente não acha uma forma de ajudar os municípios, uma forma de ajudar os municípios com as pernas que eles têm, nós não vamos conseguir avançar nunca ou demorará muito porque os gestores municipais, os prefeitos, eles não vão colocar mais funcionários, se colocam é muito pouco. (E25)

> Uma dificuldade muito grande no município, eu acho, é a falta de profissional, principalmente quanto menor o município mais difícil é, porque a gente tem muita demanda de trabalho e às vezes um profissional do município que vem para tudo, porque é ele, não tem outro, então isso é uma dificuldade. Fora isso é a rotatividade de profissionais. Então, às vezes você tem aquele município que tem aquele profissional que já é envolvido, já tá treinado, de repente muda. (E26)

Além de trazer reflexões sobre os municípios, as falas do ente estadual apontaram para a falta de trabalhadores e de conhecimento sobre o planejamento dentro do próprio DRS. Apesar de contar com certa estabilidade no cargo, o remanejamento de funcionários estaduais para os municípios quando da municipalização, o pequeno investimento em novos profissionais acarretou sobrecarga de trabalho e não garantiu a qualificação do planejamento regional.

> Dentro do DRS – esse setor aqui é o planejamento, chama-se Centro de Planejamento –, então a gente aqui, é basicamente aqui que a gente desenvolve todas as ações com os municípios (...) a gente tem muita dificuldade, tem dificuldade em nível de pessoal, aqui mesmo, principalmente profissional qualificado, porque a maior parte dos profissionais está municipalizada, então a gente não tem concurso no Estado há muitos anos. (E26)

Com relação ao espaço físico, as falas foram unânimes ao apontar a falta de espaço para a realização do planejamento, tanto nos municípios do Grupo A como nos do Grupo B. A pesquisa realizada pelo PlanejaSUS apontou que a maioria das SMS da Região Sudeste que responderam ao questionário classificaram o espaço de trabalho como “razoavelmente adequado”, independentemente do tamanho do município. Os aspectos apontados como inadequados estavam relacionados à falta de privacidade e ao barulho, assim como a fala abaixo, e a temperatura quente no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009a).

> Estrutura física eu acho que vocês já perceberam, a gente não tem espaço pra sentar, pra parar, pra planejar (...) muita gente trabalhando no mesmo lugar e o espaço físico é pequeno. (E1)

4.4.2 Tamanho do município e intersetorialidade

As falas relacionadas à influência do tamanho do município no planejamento trazem certa ambiguidade, uma vez que municípios pequenos apresentam mais dificuldades com relação à quantidade e à qualificação de profissionais e ao espaço de trabalho, porém, há maior facilidade de executar as ações planejadas devido à proximidade com outras secretarias ou com o próprio prefeito. Com relação à proximidade com outros setores, nota-se certa facilidade de executar ações intersetoriais, contribuindo para a ampliação da atuação da saúde para outros setores.

> Em cidade pequena você tem um contato direto com a população e com o prefeito... então é fácil, a gente é amigo, além de ter esse convívio de chefia, de secretariado com o prefeito, a gente é amigo, de jogar futebol, de tomar cerveja, então você conversa às vezes, tá reunido e conversa das necessidades... e aí as coisas fluem mais *fácil*. (E4)

> Por ser um município pequeno, então se tem alguma coisa que pode ser feita com a educação, a gente tem facilidade de acesso com a secretaria, ou de obras, então, é um município em que não há dificuldades de relacionamento entre secretarias ou departamentos, nunca não e até mesmo para promoção de eventos da saúde (...) você precisa de um lugar para fazer uma palestra, você tem disponível, precisa trabalhar numa escola, do mosquito da dengue, tem muitas facilidades. (E23)

Já os municípios do Grupo C, que apresentam uma melhor estrutura para fazer o planejamento, inclusive com trabalhadores qualificados, verbalizaram uma

grande dificuldade para a execução das ações planejadas devido à fragmentação dos setores, dentro da própria SMS.

> A grande crítica é que o planejamento, o plano municipal, a programação é fragmentada, como aqui é uma secretaria muito grande existem várias divisões, programas e acaba ficando cada um no seu mundinho. (E6)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os atores sociais entrevistados e o diálogo construído com outros autores e políticas de saúde, pode-se afirmar que o espaço do CGR, atual CIR, tem grande potencial para a consolidação do planejamento regional por favorecer a aproximação e a troca de experiências entre os municípios de uma determinada região de saúde e o ente estadual.

Entretanto, alguns desafios ainda precisam ser enfrentados. O CGR precisa ser ambiente de aprendizagem contínua, fundamentada na realidade, nos conhecimentos prévios dos atores sociais que o compõem e em evidências. O uso desse espaço de maneira mais estruturada pode colaborar com a diminuição da fragmentação e de retrocessos, no processo de planejamento municipal e regional, a cada descontinuidade política. Além disso, a abertura do CGR para a construção do planejamento que leva em consideração a opinião dos diferentes atores sociais pode resultar em ferramentas alinhadas às necessidades e características do sistema de saúde regional, na medida em que considerem conflitos, interesses diversos e contraditórios.

Dessa maneira, espera-se a elaboração de ferramentas robustas para a realização de intervenções, que promovam mudanças de fato e ainda atribuam fortes tendências de continuidade ao processo, uma vez que é desejável que os atores sociais que participaram da elaboração do planejamento o cumpram.

Ademais, com base nos resultados encontrados, recomenda-se a promoção da comunicação e do compartilhamento de informação entre aqueles que frequentam as reuniões do CGR e os que permanecem nos municípios. Considera-se fundamental a disseminação de informações e o contínuo apoio à interpretação de portarias e normativas, pelo ente estadual e entre as equipes dos municípios, como forma de democratização do conhecimento e melhora da descentralização de poderes técnicos e administrativos.

Estima-se que a dinâmica mais participativa, fundamentada em evidências e vivência, e, sobretudo, solidária no CGR, com engajamento dos atores sociais, possa colaborar para a superação dos grandes desafios encontrados na literatura e trazidos por algumas falas, como a colaboração federativa, o equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos municípios, a extrapolação dos interesses individuais, a disponibilidade dos gestores e técnicos para participar desses

espaços, a definição do papel de cada município dentro da RS, a extrapolação da racionalidade normativa do planejamento, a inserção da cultura de planejamento na gestão dos entes federativos e a busca por dados reais para o embasamento do planejamento.

Por sua vez, alguns aspectos poderiam ser tencionados e conquistados com a melhora da organização do CGR, tais como a governança e a segurança jurídica, a possibilidade de reivindicar maior aporte financeiro, de acordo com as reais necessidades, tendo como norte o alcance da equidade e da integralidade no uso dos serviços e equipamentos de saúde. Além disso, aspectos como a excessiva burocracia, tendências às pactuações por indução financeira e o clientelismo poderiam ser reduzidos com a elaboração de um processo de planejamento coerente, integrado, solidário e realista. Para isso também é necessária a melhoria dos sistemas de informação, sendo imprescindível a construção de sistemas que se interoperem e facilitem a alimentação e o uso dos dados, desde os serviços de saúde até a gestão.

Outro fator muito importante seria a composição de equipes qualificadas por meio de contratação ou formação de profissionais voltados para a gestão e o planejamento do sistema, independentemente de indicação política.

Vale notar que a pesquisa não teve a pretensão de esgotar o tema investigado. Como limitação do estudo registra-se aquela própria da adoção da abordagem metodológica que se limitou à interpretação das falas dos participantes, não havendo o cotejamento com as informações registradas nos instrumentos de planejamento produzidos pelas equipes das regiões de saúde estudadas.

Dessa forma, diante de novos cenários políticos, administrativos e de gestão do SUS, surgem na atualidade outras perspectivas de investigação no sentido de identificar avanços e debilidades na elaboração dos instrumentos de planejamento, no uso efetivo deles na gestão e produção de conhecimento acerca do planejamento em saúde, com destaque para o seu alinhamento às necessidades genuínas do sistema de saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001

ALVAREZI, A. M. A ABEn na defesa intransigente do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 185-186, 2015.

ARTMANN, E. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. 222p.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673- 3682, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal,1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde. Brasília,** 2ª edição, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB01/93**. Publicada em 24/05/1993. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde.Decreto no 1.232, de 30 de agosto de 1994. **Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e da outras providências**. Publicada em 31/08/1994. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde.Decreto no 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. Publicado em 02/10/1995. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB01/96**. Publicada em 06/11/1996. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/SUS – NOAS01/01**. Publicada em 29/01/2001. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/SUS – NOAS01/02**. Publicada em 27/02/2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3085/GM de 05 de dezembro de 2006. **Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova as orientações relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sub-Secretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Sistema de **Planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos**/MS.Brasília:Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.** Brasília, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa. Departamento de Apoio à Descentralização**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006f.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos** . Brasília, Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080/ 1990**. Brasília, 2011.

_____. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015.** Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. **População estimada segundo município.** Datasus [acesso em abril. 2014]. Informações de Saúde. **Informações demográficas e socioeconômicas**. 2014b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsp.def.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor e o método Paideia**: a produção de valores de uso, a produção de sujeitos e democracia institucional. 2000. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sobre o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três Colegiados de Gestão Regional – um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 56-68, 2014.

CARVALHO, E. M. R.; ROCHA, A. A. R. M. **Usos e "desusos" do planejamento**: uma análise sobre planos municipais de saúde. 2014. 47f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

COMISSÂO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução Nº5 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 vista ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do COAP.** Brasília, 2013.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento**. Epistemologia e método. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FEKETE, M. C. **Planejamento e programação em saúde**: bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Gestão Municipal de Saúde, textos básicos).

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

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

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde**: uma discussão da abordagem de Mário Testa. 1989. 315 f. Dissertação (Mestrado) - Fiocruz, Rio de Janeiro, 1989.

GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1587-1597, 2009. Suplemento 1.

HARTZ, Z. M. A. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva 7(3):401-412, 2002.

IBAÑEZ, N. **Cebes debate caminhos para consolidar o direito universal à saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/04/cebes-promove-debate-sobre-caminhos-para-o-direito-universal-a-saude/>. Acesso em: 13 ago. 2015.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D.; et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. P. 823-852.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, L.; et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 89-120.

LUCCHESE, G. **Globalizaçäo e regulaçäo sanitária**: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245 f. Tese (Doutorado) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1996.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENEZES, R. S. F. **Parâmetros de cobertura utilizados pelos serviços de saúde, tendo como foco a oferta de patologia clínica**: uma revisão de literatura. 2010. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialzação em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.** Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Técnicas de análise do material qualitativo. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007. cap.11, p. 303-360.

MOTA, F. R. L. **Registro de informação no Sistema de Informação em Saúde**: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM no Estado de Alagoas. 2009. 266 f. Tese (Doutorado) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OLIVEIRA, J. A. P. Desafios de planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 273-288, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, G. A. et al. A regionalização do SUS: uma experiência de construção participativa no contexto do Pacto pela Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**: coletânea de artigos dos Secretários Estaduais de Saúde. Brasília: CONASS, 2010. p. 51-58.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual para monitorização e avaliação de recursos humanos de saúde**: com aplicação dedicada a países de rendimento baixo e médio. Genebra-Suiça: OMS, 2009.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. p. 1819-1829, 2007.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão** – rede básica de saúde do município de Ribeiro Preto- SP. 2000. 319 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RIVERA, F. J. U. Comunicação e gestão organizacional por compromissos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 211-230, 1995.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

ROCHA, J. S. Y. Da Cendes Opas ao Planejasus: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. v. 01, p. 261-284.

SADDY, A. Lei de responsabilidade fiscal e democratização da gestão pública. **Revista Jus Vigilantibus**, Teresina, v. 9, n. 65, 2002.

SÃO PAULO (Estado). **Mapas de saúde**. 2012. Disponível em: <HTTP.//saude. sp.gov.br>. Acesso em: 17 out. 2012.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

SPINK, P.; CLEMENTE, R.; KEPPKE, R. **Continuidade e descontinuidade administrativa**: uma análise de fatores que contribuem para a manutenção de programas, projetos e atividades públicas de êxito em governos locais brasileiros. São Paulo: EAESP/FGV/NNP, 2001. Relatório de Pesquisa nº 60/2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1-2, p. 29, 2014.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médicos Sociales, CESS**, Santa Fé/Argentina, v. 39, p. 3-28, dec. 1987.

_____. **Pensamento estratégico e a lógica da programação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 1987.175p.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

VIANA, A. L. D. et al. **Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)**: as CIBs e os modelos de indução da regionalização.2010. Relatório teórico-metodológico. Projeto de pesquisa.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Suplemento 1.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**. Cad Saúde Pública 2007; 23:355-70.

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): 1239-1250, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeno de los sistemas de salud.** Geneva, World Health Organization, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do Projeto: INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO: FERRAMENTAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Data da entrevista: / /
Identificação do Entrevistado
Nome do entrevistado:_____
Data de nascimento: / /
Sexo: 1.[ ] Masculino 2.[ ] Feminino
Profissão:

1. [ ] Médico 2.[ ] Enfermeiro
3. [ ] Odontólogo 4.[ ] Administrador
5. [ ] Aux. Enfermagem 6. [ ] Outro. Especificar:_____

Formação Escolar: Completa ( ) Incompleta ( )

[ ] ensino fundamental
[ ] ensino médio completo
[ ] ensino médio incompleto
[ ] universitário completo
[ ] universitário incompleto

[ ] Especialização. Especificar_____
[ ] Pós-Graduação completa.Especificar:_____
_____
[ ] Pós-Graduação incompleta.Especificar:_____
_____
Cursos complementares:_____
_____

Tempo de serviço na Instituição (anos):_____
Função na Instituição (anos): _____
Tempo de trabalho na atual função (anos):_____

BLOCO A – O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO E NO CGR

1) Em sua opinião como está o processo de planejamento:
   a) em seu município?
   b) No Colegiado de Gestão Regional (CGR)?
2) Quais as principais dificuldades (estrutura física, equipamentos, capacitação) que você enfrenta para trabalhar na área de planejamento:
   a) em seu município?
   b) no CGR ?
3) E as facilidades?
   a) Em sua realidade de trabalho?
   b) No CGR?

4) Você acha que o CGR contribuiu para melhorar o planejamento local e/ou regional? Por quê?
5) Você tem alguma sugestão para o desenvolvimento do processo de planejamento:
   a) Em seu município?
   b) no CGR?

BLOCO B – A GESTÃO DA INFORMAÇÃO

1) Considerando que a informação é fundamental para desenvolver o planejamento em saúde fale um pouco sobre a gestão da informação (produção, organização, recuperação, acesso e uso):
   a) Em seu município.
   b) No CGR.
2) Em sua opinião a atual situação da gestão da informação, em seu município e na região, favorece ou dificulta o processo de planejamento local e no CGR? Por quê?

BLOCO C – OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

1) Você poderia falar sobre o processo de elaboração dos instrumentos de planejamento (plano municipal de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão) em seu município?
2) O que você achou da forma como foi conduzida a discussão sobre a elaboração dos instrumentos de planejamento no seu município e no CGR?
3) Qual é a utilização destes instrumentos no seu dia a dia, em seu município e no CGR?
4) Você acredita que eles são importantes para a gestão ou não? Por quê?

BLOCO D – O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS (PLANEJASUS)

1) Você conhece o Sistema de Planejamento do SUS, o PLANEJASUS?
2) Qual a sua opinião sobre ele?
3) Quais os aspectos positivos e negativos você apontaria nesta proposta?
4) Caso não conheça ou conheça pouco teria interesse em conhecer melhor para analisar a possibilidade de seu uso?
5) Que aspecto você considera ser essencial para o processo de planejamento local e regional?

ANEXOS

ANEXO I

Autorização DRS XIII – Ribeirão Preto

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
Fone / FAX: (16) 3607-4258
E Mail: drs13@saude.sp.gov.br
Av. Independência, nº 4770 – CEP 14026-160 – Ribeirão Preto – SP

Ribeirão Preto, 03 de agosto de 2009.

DRS XIII-G
Ofício nº 103/2009
RDC/dml

Prezada Senhora,

Em resposta a sua solicitação sobre a realização neste Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, da pesquisa intitulada ***Instrumentos de Planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde***, informamos que autorizamos a realização da mesma.

Atenciosamente,

RONALDO DIAS CAPELI
Diretor Técnico de Deptº de Saúde
DRS XIII Ribeirão Preto

Ilma. Srª
Profª Drª JANISE BRAGA BARROS FERREIRA
Departamento de Medicina Social – FMRP
RIBEIRÃO PRETO – SP

ANEXO II

Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 11 de setembro de 2009.

Of. Nº.190/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar *a aprovação* pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião dia 08/09/09, do projeto de pesquisa: "*INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO: FERRAMENTAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE*", protocolo nº.342/CEP/CSE-FMRP-USP, onde V.Sª. é a pesquisadora principal com a participação da Profª.Dra.Aldaisa Cassanho Forster (Departamento de Medicina Social da FMRP-USP) e Profª.Dra.Silvana Martins Mishima (Departamento de Enfermagem, Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP).

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Dra. Janise Braga Barros
Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

ANEXO III

Inclusão de pesquisadora

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,
Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira
Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

Assunto: Inclusão de Fernanda Bergamini como pesquisadora.

Comunicamos V.Sa. que a solicitação para inclusão de Fernanda Bergamini, aluna de Pós-Graduação do Programa Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da FMRP, como pesquisadora no Projeto de Pesquisa "Instrumentos de Planejamento: Ferramentas para a Qualificação da Gestão Pública em Saúde (aprovado pelo CEP/CSE-FMRP-USP, em 11/09/2009), foi apresentada na reunião ordinária do CEP em 02/12/2014, recebendo o de acordo de seu colegiado.

Atenciosamente,

Prof.Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP.

RUA TEREZINA, Nº 690 – SUMAREZINHO – CEP 14055-380 – RIBEIRÃO PRETO – SP FONE: (16) 3315-0000/0001 FAX: (16) 3315-0029
EMAIL: CSECUIABA@FMRP.USP.BR