

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2879

**PRIORIZA SUS: PROPOSTA
PARA O APERFEIÇOAMENTO
DA GESTÃO DO SUS POR
MEIO DO PLANEJAMENTO, DO
MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO
DA AÇÃO GOVERNAMENTAL**

**FABIOLA SULPINO VIEIRA
LUCIANA MENDES SANTOS SERVO
SÉRGIO FRANCISCO PIOLA
EDVALDO BATISTA DE SÁ
RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES**



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

**PRIORIZA SUS: PROPOSTA
PARA O APERFEIÇOAMENTO
DA GESTÃO DO SUS POR
MEIO DO PLANEJAMENTO, DO
MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO
DA AÇÃO GOVERNAMENTAL**

FABIOLA SULPINO VIEIRA¹

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO²

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA³

EDVALDO BATISTA DE SÁ⁴

RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES⁵

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

2. Presidenta do Ipea. *E-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>.

3. Especialista em saúde pública. Consultor no âmbito do Programa de Cooperação CEPAL/IPEA. *E-mail*: <sergiofpiola@gmail.com>.

4. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <edvaldo.sa@ipea.gov.br>.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social

ANTONIO LASSANCE

OUVIDORIA: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

© Nações Unidas 2023

LC/BRS/TS.2023/9

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>
<https://www.cepal.org/es/publications>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) ou as dos países que representa.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas. Os Estados-membros das Nações Unidas e suas instituições governamentais podem reproduzir este estudo sem autorização prévia. É solicitado, apenas, que mencionem a fonte e informem à CEPAL sobre essa reprodução.

Este estudo foi elaborado no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a CEPAL e o Ipea.

JEL: I10; I18.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2879-port>

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 Gestão pública.....	11
2.2 Políticas públicas e gestão pública.....	14
2.3 Planejamento governamental e planejamento em saúde.....	20
2.4 Monitoramento e avaliação.....	23
2.5 Política de saúde no Brasil pós-CF/1988	25
2.6 Arranjo federativo do SUS	27
3 MÉTODOS	30
3.1 Sugestões dos participantes do fórum para atualização ou complementação da análise sobre o problema estrutural "gestão estratégica deficiente do SUS"	31
3.2 Sugestões dos participantes do fórum quanto às soluções propostas para enfrentamento do problema estrutural "gestão estratégica deficiente do SUS"	34
4 ANÁLISE DO PROBLEMA ESTRUTURAL "GESTÃO ESTRATÉGICA DEFICIENTE DO SUS"	37
5 SOLUÇÕES PROPOSTAS PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DOS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DEFICIENTES E INSUFICIENTES.....	51
5.1 Balizas para a proposição de soluções.....	51
5.2 Proposta para aperfeiçoar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação no SUS.....	53
6 RECOMENDAÇÕES	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	67
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	75
APÊNDICE A.....	77
APÊNDICE B – MINUTA DO TERMO DE PARTICIPAÇÃO	78

SINOPSE

O objetivo deste texto é analisar problemas do Brasil no campo da saúde, com destaque para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à elaboração e à recomendação de ações concretas a fim de assegurar o acesso da população a bens e serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral por meio desse sistema. Utilizou-se do arcabouço metodológico da análise de políticas públicas para exame de problemas da área da saúde e proposição de soluções. O problema público, que é a distância entre a situação atual e a almejada sob o ponto de vista de um ator relevante, foi definido como a dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde. Elaborou-se uma árvore do problema e várias causas foram identificadas, elegendo-se para análise neste estudo o problema estrutural do SUS que foi denominado “gestão estratégica deficiente”. Entre suas causas, estão os processos de planejamento, monitoramento e avaliação deficientes e insuficientes. Este trabalho propõe algumas ações para enfrentamento desse problema. Foi realizado um fórum de política pública com a participação de pesquisadores, técnicos e gestores do SUS com relevante conhecimento sobre o tema, a fim de discutir a proposta preliminar de ações. As contribuições dos participantes do fórum foram incorporadas, aperfeiçoando-se as ações inicialmente propostas e agregando-se nova ação ao rol de medidas sugeridas como resposta ao problema estrutural sob análise. Por fim, recomenda-se a avaliação da propriedade das soluções sugeridas nas discussões que poderão ocorrer sob a iniciativa do Ministério da Saúde, visando à pactuação de ações que promovam o planejamento, o monitoramento e a avaliação no SUS e, com isso, o aprimoramento de sua gestão estratégica.

Palavras-chave: Política de saúde; gestão em saúde; políticas, planejamento e administração em saúde; planejamento em saúde; avaliação em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective is to analyze problems of the health sector in Brazil, with emphasis on the management of the SUS, aiming at the elaboration of concrete interventions proposals to ensure the population's access to universal, egalitarian and comprehensive healthcare. The methodological framework of public policy analysis was used to examine healthcare problems and propose solutions. The public problem, which is the distance between current and desired situation from the point of view of a relevant actor was defined as “difficulty in timely, effective and equitable access to health care”. A problem tree was created, and several causes were identified. This study concentrates in a structural problem of the SUS that was called 'deficient strategic management', which has among its causes “deficient and insufficient planning, monitoring and evaluation processes”. Some actions were proposed to face this problem. Next, a public policy forum was held with the participation of SUS researchers, workers, and managers with relevant knowledge on the subject, to discuss the preliminary actions proposal. Contributions from forum participants were incorporated, improving the actions initially proposed and adding a new action to the list of measures suggested as a response to the structural problem under analysis. Finally, it is recommended to evaluate the appropriateness of the solutions suggested in the discussions that may take place under the initiative of the Ministry of Health, with the objective of agreeing on actions that promote planning, monitoring and evaluation in the SUS and, with that, the improvement of its strategic management.

Keywords: Health policy; health management; health policy; planning and management; health planning; health evaluation; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil tornou-se mais robusta e relevante para a população brasileira com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que constitui um marco da mudança de um Estado excludente para um inclusivo em vários aspectos, entre eles, em relação aos serviços públicos de saúde (Brasil, 1988). Se antes o acesso a esses serviços limitava-se aos trabalhadores com vínculos formais de trabalho e a seus dependentes, em uma lógica de seguro social, o direito a eles passou a ser vinculado à condição de moradia e estadia no país,¹ em uma lógica de seguridade social.²

Com essa significativa alteração, ao lado da regulamentação da oferta de bens e serviços e do subsídio ao setor privado, o instrumento de política “prestação de serviços públicos” ganhou nova dimensão e passou a representar um grande desafio à política de saúde no Brasil, dada a necessidade de universalização do acesso aos serviços de saúde, de forma integral e igualitária, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O progresso na ampliação da oferta de serviços de saúde ao longo desses 34 anos desde a criação do SUS é inegável. Contudo, a implementação do sistema foi limitada por diversos problemas, mais ou menos agravados em determinados períodos, entre eles a insuficiência do financiamento e da gestão do sistema, que tem na sua origem o enfraquecimento da vontade política para a consolidação do SUS constitucional em todo o território nacional.

Anos em que se realizam eleições são relevantes para as políticas públicas porque abrem janelas de oportunidade para a discussão sobre problemas públicos e para a formação da agenda, podendo-se buscar que políticos eleitos assumam compromisso em torno de determinados temas. Essas janelas de oportunidade são ainda mais interessantes quando se trata de eleições gerais e de problemas ou matérias sobre as quais a União detém atribuições estratégicas, como é o caso da saúde.

O SUS é operacionalizado de forma descentralizada, sendo que a prestação dos serviços de saúde é de responsabilidade principalmente dos municípios, direta ou indiretamente (Brasil, 1988). Mesmo assim, os estados têm uma participação significativa na prestação de serviços de média e alta complexidade, de assistência farmacêutica e vigilância em saúde (Lício *et al.*, 2021a; 2021b). Ademais, devem cooperar técnica e financeiramente com os municípios, juntamente com

1. A Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, garante ao migrante em condição de igualdade com os nacionais a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como o acesso aos serviços públicos de saúde (Brasil, 2017a).

2. A CF/1988 consagrou essa nova relação que já vinha ganhando força progressivamente a partir de meados dos anos 1980.

TEXTO para DISCUSSÃO

a União. Embora, à primeira vista, esse desenho do SUS pareça ter sido pensado para reduzir o papel da União, na verdade, se consideradas as funções mais relevantes dos sistemas de saúde, quais sejam, financiamento, prestação de serviços, gestão e regulação (Lobato e Giovanella, 2008), verifica-se que essas funções são desempenhadas por todos os entes da Federação no SUS, mas também que há maior protagonismo de uma esfera de governo sobre as outras em cada uma dessas funções. A gestão e a regulação do sistema de saúde em âmbito nacional conferem à União um papel central, assim como no financiamento desse sistema,³ havendo concordância entre grande parte dos gestores públicos e pesquisadores da área de saúde de que a União poderia e deveria fazer muito mais a esse respeito, principalmente no sentido de reduzir as desigualdades regionais de acesso aos serviços de saúde. Ademais, é forte o poder de indução de políticas do governo federal, o que justifica uma atuação mais forte desse ente no diagnóstico de problemas e na implementação de ações para saná-los ou mitigá-los.

Nesse contexto, considerando-se a janela de oportunidade que se abriu para o debate público sobre questões centrais para o país em 2022, ano de eleições gerais, que é seguido pelo ano em que se realiza o planejamento de médio prazo que se materializa no Plano Plurianual (PPA), e considerando ainda o papel estratégico da União para o bom desempenho do SUS, a equipe da Coordenação de Estudos e Pesquisas em Saúde e Assistência Social da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea) propôs o projeto Prioriza SUS, que tem por finalidade discutir os principais problemas estruturais do SUS e propor soluções para aqueles identificados como prioritários, constituindo uma agenda que promova o debate entre instituições do Estado e a sociedade, visando à formulação e à implementação de políticas públicas pelo governo federal para eliminá-los ou mitigá-los.⁴

Problemas estruturais do SUS, como os relacionados à sua gestão, que são discutidos neste texto, contribuem para um relevante problema público sob a perspectiva da população, que é a dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde. Logo, o enfrentamento desses problemas estruturais do sistema público de saúde, que causam as dificuldades de acesso mencionadas, é crucial para a promoção do direito à saúde no país. Para tanto, a análise dos problemas que causam o problema público, a priorização para enfrentamento desses problemas

3. Em 2019, a União foi responsável por 46% do financiamento do SUS, o que inclui atenção curativa, atendimentos de reabilitação, cuidados de longo prazo, atividades complementares de diagnóstico e tratamento, medicamentos e artigos médicos, atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde, gestão e regulação do sistema de saúde. Os estados e os municípios participaram com 24% e 29%, respectivamente, nesse financiamento (Ipea, 2022).

4. Além da gestão do SUS que é discutida neste texto, serão objetos de análise em outros documentos a coordenação federativa, o financiamento, a organização da rede regionalizada de atenção à saúde e as iniquidades em saúde. Esses são os temas que foram priorizados para análise pela equipe do projeto.

e a proposição de soluções para combatê-los constituem atividades úteis aos gestores públicos. É aqui que entra a contribuição da análise de políticas públicas, um método que possibilita a produção e a sistematização de informação relevante para a tomada de decisão (Secchi, 2016a).

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o problema estrutural do SUS relacionado à sua gestão, que envolve os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, visando à elaboração e à recomendação de ações exequíveis e viáveis a fim de mitigar o problema público de dificuldade de acesso aos serviços e bens de saúde de forma tempestiva, efetiva e equitativa e, com isso, contribuir para a garantia do direito à saúde universal, igualitário e integral, nos aspectos que competem a esse sistema.

Além desta seção introdutória, o texto é constituído por mais seis seções. Na segunda, apresenta-se o referencial teórico que fundamenta a análise da política de saúde, com foco nas questões envolvendo as políticas e a gestão públicas. Dedicar-se a terceira seção à apresentação dos métodos empregados nesta análise. Em seguida, na quarta seção, o problema público é analisado sob a perspectiva dos técnicos envolvidos com o projeto Prioriza SUS, considerando as contribuições dos participantes do fórum de política pública realizado, destacando-se a relação entre esse problema público e o problema estrutural de gestão do SUS. Na quinta seção, ainda sob o ponto de vista dessa equipe técnica e com as sugestões obtidas no fórum, apresentam-se as soluções propostas para o aprimoramento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental. Em seguida, na sexta seção, a recomendação dos autores é apresentada, considerando as contribuições obtidas a partir do fórum de política pública. Para encerrar, na última parte, as considerações finais ressaltam pressupostos e desafios, de forma sistematizada, para a implementação das soluções propostas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se o referencial teórico que embasa o texto. Como os temas gestão pública e políticas públicas muitas vezes são tratados sem a explicitação da base teórica que orienta não apenas a discussão geral sobre eles, mas também as formulações que têm implicações práticas para a administração pública e, conseqüentemente, para a sociedade, considera-se relevante mobilizar e explicitar conceitos e questões teóricas que sustentam este trabalho, ainda que isso implique o comprometimento de parte expressiva do texto.⁵

5. Foi elaborado um documento menor, um *policy brief*, com base neste texto, com o objetivo de sistematizar os pontos principais da análise de política pública realizada.

TEXTO para DISCUSSÃO

Assim, começa-se informando que três questões principais fundamentam esta análise de política pública. A primeira é que não é possível empregar apenas uma teoria ou várias teorias como se faz nas abordagens metodológicas positivistas, em que os enunciados buscam explicar e fazer previsões sobre uma determinada realidade, pois trata-se de um objeto que envolve fenômenos sociais.⁶ A teoria não pode ser simplesmente aplicada, a exemplo do que ocorre frequentemente no campo das ciências naturais (biologia, física, química, geologia e astronomia), com base em uma visão positivista da ciência, em que os fenômenos obedecem a leis universais. A segunda é que se assume que os processos relativos às políticas públicas e à gestão pública são inseparáveis, não havendo dicotomia entre política e administração pública. Por fim, a terceira é que, em um Estado democrático de direito,⁷ os valores sociais (princípios e normas) enunciados em sua Constituição e demais instrumentos legais devem fundamentar as práticas dos políticos e servidores públicos.

Como o aprofundamento das ideias contidas nas questões mencionadas demanda o emprego de termos que serão utilizados ao longo de todo este texto, antes de fazer isso, é preciso esclarecer o seu significado. O termo “política” diz respeito à atividade humana que envolve a “obtenção e a manutenção dos recursos necessários para exercício do poder sobre o homem” (Bobbio, 2002⁸ *apud* Secchi, 2016b, p. 1), enquanto o termo “política pública” envolve uma dimensão da política que se materializa em orientações para a decisão e a ação, tratando do “conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas e do processo de

6. Fenômenos sociais “são acontecimentos que interferem na sociedade, que afetam os indivíduos na sua posição como sujeitos. Ou seja, as relações, os conflitos e os acordos entre os indivíduos em comunidade”. Disponível em: <<https://bit.ly/3w3kONt>>. Acesso em: 11 mai. 2022.

7. Segundo Silva (2005), é muito difícil definir o conceito de Estado democrático de direito. Para o autor, é melhor mencionar os valores e os princípios que o representam e que são apresentados a seguir: “i) tem o seu fundamento na soberania popular; ii) demanda a implementação de mecanismos de apuração e de efetivação da vontade do povo nas decisões políticas fundamentais do Estado, conciliando uma democracia representativa, pluralista e livre com uma democracia participativa efetiva; iii) é também um Estado constitucional, ou seja, dotado de uma constituição material legítima, rígida, emanada da vontade do povo, dotada de supremacia e que vincule todos os poderes e os atos dela provenientes; iv) possui um órgão guardião da Constituição e dos valores fundamentais da sociedade, que tenha atuação livre e desimpedida, constitucionalmente garantida; v) possui um sistema de garantia dos direitos humanos, em todas as suas expressões; vi) realiza a democracia – além da política – social, econômica e cultural, com a consequente promoção da justiça social; vii) observa o princípio da igualdade; viii) possui órgãos judiciais, livres e independentes, para a solução dos conflitos entre a sociedade, entre os indivíduos e destes com o Estado; ix) observa o princípio da legalidade, sendo a lei formada pela legítima vontade popular e informada pelos princípios da justiça; e x) observa o princípio da segurança jurídica, controlando-se os excessos de produção normativa, propiciando, assim, a previsibilidade jurídica” (Silva, 2005, p. 228-229).

8. Bobbio, N. Política. In: Bobbio, N.; Mateucci, N.; Pasquino, G. Dicionário de política, v. 2., 12ª ed. Brasília: Editora da UnB, 2002.

construção e atuação dessas decisões” (Secchi, 2016b, p. 1). Quanto ao termo administração, segundo Motta (2007), trata-se de um sinônimo de gerência e de gestão e refere-se à ideia de dirigir e de decidir. Tem conotação política e estratégica, envolvendo a execução de funções de direção, planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle. Dessa forma, assume-se neste texto a intercambialidade dos termos administração pública e gestão pública, que dizem respeito à “atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para a consecução dos interesses coletivos e subjetivamente como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado” (Moraes, 1998, p. 281⁹ *apud* Souza, 2020).

Esclarecidos os significados desses termos, volta-se às três questões apresentadas. Em relação à primeira delas, assume-se que os comportamentos, ações e situações observados em determinadas sociedades, organizações e grupos são muito difíceis de serem previstos e que, por isso, também é difícil estabelecer correspondência entre afirmações teóricas e fenômenos sociais. Logo, o controle de processos sociais de forma instrumental por meio de conhecimento teórico fica mais complicado, não sendo possível simplesmente aplicar a teoria (Denhardt e Catlaw, 2017).

Dessa forma, conforme argumentam Denhardt e Catlaw (2017, p. 314), “deve haver um processo intermediário de entendimento e tradução de afirmações teóricas ou científicas à luz das condições locais”. Para esses autores, uma teoria não reflete simplesmente a vida, ela também a projeta e analisa; sintetiza uma variedade de elementos e olha para o futuro. Por isso, recomendam que, no que se refere à administração pública, integremos teoria e prática, reflexão e ação, buscando aprender com o conhecimento acadêmico, profissional e pessoal. Isso implica a reflexão sobre qualquer conhecimento que possa ser considerado útil, cientificamente produzido ou não, e a sua utilização na gestão de processos de mudança na administração pública, visando à concretização de valores sociais definidos publicamente (Denhardt e Catlaw, 2017).

Quanto à segunda questão, concorda-se com o posicionamento de Denhardt e Catlaw (2017, p. 239), para quem “a dicotomia entre política e administração é uma ficção, que não reflete a prática nem enuncia de forma correta o papel da administração em uma democracia”. A administração pública faz parte do processo de políticas públicas, e os trabalhadores de organizações públicas, sejam eles designados politicamente ou burocratas, participam e exercem influência sobre

9. Moraes, A. Direito constitucional. São Paulo: Atlas, 1998.

TEXTO para DISCUSSÃO

esse processo em diferentes graus, constituindo-se em atores relevantes.¹⁰ Não condiz com a realidade a ideia de que os políticos formulam as políticas públicas e os designados politicamente e os burocratas apenas as implementam de forma irrefletida, seguindo as diretrizes estabelecidas pelos primeiros. A implicação prática dessa questão é que, para a análise da política de saúde proposta neste texto, de antemão, consideram-se pouco úteis ou mesmo inúteis as teorias da administração pública que traduzem uma leitura fragmentada da realidade no processo de política pública, por separarem os processos de política pública dos processos da administração pública.

Por fim, em relação à terceira questão, assume-se que, uma vez que as organizações públicas estão envolvidas na expressão dos valores sociais em um Estado democrático de direito, elas devem se preocupar com a boa comunicação sobre os atos de seus dirigentes e corpo técnico, além da garantia de ampla participação na tomada de decisão. Nas palavras de Denhardt e Catlaw (2017, p. 240), os membros dessas organizações devem “agir com justiça, compreensão e humanidade”, observando os valores e normas estabelecidos na Constituição e em outros instrumentos legais do país, o que representa a ideia de moralidade democrática. Além disso, outros dois aspectos devem ser considerados: a responsividade na política pública e a eficiência. A responsividade diz respeito “às formas nas quais o sistema político expressa as preferências e a vontade do público, da comunidade, ou seus representantes”, e a eficiência envolve o “grau de sucesso das organizações públicas em satisfazer as intenções expressas ou as necessidades das comunidades e públicos que servem” (Denhardt e Catlaw, 2017, p. 182). Ainda segundo esses autores, a questão da responsividade é essencial para qualquer teoria moderna de administração pública.

As três questões abordadas nesta seção fundamentam e, ao mesmo tempo, justificam as escolhas em termos de abordagens teórico-metodológicas que são apresentadas a seguir.

2.1 Gestão pública

Em relação à gestão pública, considerou-se particularmente relevante a contribuição de Denhardt e Denhardt (2007), que propõem princípios-chave para o que eles chamaram de Novo Serviço Público (NSP), como alternativa à Nova Gestão Pública (NGP, em inglês, *New Public Management* –

10. Atores relevantes são aqueles que influenciam o conteúdo e o resultado da política pública. Entre as categorias de atores, encontram-se: i) políticos: eleitos democraticamente e, quando investidos em cargos nos poderes Executivo e Legislativo, têm legitimidade para propor e concretizar políticas públicas; ii) designados politicamente: são pessoas indicadas pelo político eleito para ocupar cargos públicos, exercendo funções de chefia, direção e assessoramento na administração pública; e iii) burocratas: constituem o corpo de funcionários que mantém a administração pública em funcionamento a despeito dos ciclos eleitorais (Secchi, 2016b).

NPM).¹¹ O NSP foi inspirado na teoria política democrática e nas teorias da administração pública fundamentadas na fenomenologia, na teoria crítica e no pós-modernismo (Pereira e Silva, 2012; Denhardt e Catlaw, 2017).

A teoria política democrática se preocupa com a maneira como as organizações públicas promovem valores democráticos definidos com a participação dos cidadãos e com a responsividade aos seus interesses, dedicando atenção especial a questões como liberdade, justiça e igualdade. A fenomenologia, por sua vez, assume que os seres humanos são seres conscientes, que agem com propósito e dão sentido às suas ações. Por essa razão, na abordagem fenomenológica, busca-se captar o sentido exato das ações humanas a partir da perspectiva dos próprios atores (Denhardt e Catlaw, 2017).

Já a teoria crítica propõe identificar as contradições entre o que é e o que deveria ser, evidenciando o potencial de mudança positiva, considerando a existência de potenciais tensões entre nossas lutas e limitações que são impostas pelas condições sociais. Segundo os teóricos da abordagem crítica, a compreensão sobre essas contradições confere maior oportunidade de desenvolvimento do potencial humano (Denhardt e Catlaw, 2017).

Por fim, na abordagem do pós-modernismo, o que há de comum nas várias correntes é a ideia de que aparentemente os indivíduos e as sociedades de hoje perderam a capacidade de representar “o real”, ou seja, estão sem a base de discussão e de debate. Como contribuição ao campo da administração pública, os teóricos que adotam essa abordagem buscam formular um contexto de ação menos distorcido e capacitador, em contraposição ao modelo racional, que, entre outras características, separa os processos de política e de administração, propõe hierarquias nas organizações, com linhas de comando bem definidas e rígido controle das atividades desenvolvidas pelos membros que não integram a cúpula da organização (Denhardt e Catlaw, 2017).

11. Críticas importantes foram feitas por Denhardt e Catlaw (2017) à NGP, entre elas: i) a realização de uma reforma gerencial no governo por meio da introdução de técnicas da administração privada e da imposição de novos valores fortemente baseados no setor privado e em certos fundamentos da economia; ii) preferência por uma administração pública que atenda aos interesses próprios imediatos de indivíduos isolados (clientes) em vez da busca em satisfazer interesses públicos, definidos publicamente por meio de um processo deliberativo (cidadãos); iii) ausência de sentido em se tratar cidadãos como consumidores e clientes no contexto de entrega de serviços públicos, uma vez que a diversidade de atividades governamentais dificulta a identificação dos “consumidores” de determinada repartição pública; iv) o estímulo ao empreendedorismo na administração pública, que pode resultar na falta de disposição para cumprir regras e princípios, colocando a *accountability* em risco; e v) o tratamento dicotômico entre política e administração, ao contrário do que inicialmente os formuladores da NGP alegavam, na medida da contratação de instituições privadas para a provisão de serviços públicos, em áreas de política pública que demandam compromissos de longo prazo (educação, saúde, segurança pública e sistema prisional), o que vai de encontro aos interesses de curto prazo das instituições privadas.

TEXTO para DISCUSSÃO

Com inspiração nessas perspectivas teóricas, Denhardt e Denhardt (2007) propuseram a promoção da dignidade e dos valores sociais por meio do NSP, além de reafirmar valores da democracia, da cidadania e do interesse público, a partir da adoção de sete princípios (Denhardt e Catlaw, 2017):

- 1) Servir cidadãos, não consumidores: a cidadania é percebida como questão de responsabilidade e moralidade. Os servidores públicos se concentram nas relações de confiança e na colaboração com e entre os cidadãos. Os cidadãos demonstram interesse pela comunidade toda, e o governo deve corresponder a suas necessidades e interesses.
- 2) Perseguir o interesse público: os administradores públicos devem contribuir para a formação de uma noção coletiva e compartilhada do interesse público.
- 3) Dar mais valor à cidadania e ao serviço público do que ao empreendedorismo: os servidores e os cidadãos precisam se comprometer em fazer contribuições para a sociedade, promovendo assim o interesse público. Para tanto, os administradores públicos devem envolver os cidadãos no desenvolvimento das políticas públicas.
- 4) Pensar estrategicamente, agir democraticamente: o processo da política pública é mais efetivo quando conta com esforços coletivos e processos de colaboração, com a participação dos cidadãos nas fases de formulação e de implementação das políticas públicas.
- 5) Reconhecer que a *accountability* não é simples: os servidores públicos devem dar atenção a constituições, estatutos legais, valores comunitários, normas políticas, padrões profissionais e interesses dos cidadãos, além do mercado. A *accountability* é complexa porque é preciso lidar com controles externos, padrões profissionais, preferências dos cidadãos, questões morais, direito público e interesse público.
- 6) Servir em vez de dirigir: os servidores devem empregar uma liderança baseada em valores a fim de ajudar os cidadãos a satisfazer seus interesses compartilhados, em vez de tentar controlar ou dirigir a sociedade.
- 7) Dar valor às pessoas, não apenas à produtividade: fomentar valores do serviço público como servir os outros, tornar o mundo melhor e mais seguro, além de fazer a democracia funcionar, para que as organizações públicas e as redes por elas compostas tenham maior probabilidade de sucesso.

Esses sete princípios traduzem um ideário de gestão pública responsiva e comprometida com valores sociais e democráticos. A seguir, aborda-se a relação entre políticas públicas e gestão pública.

2.2 Políticas públicas e gestão pública

Em relação ao conceito de políticas públicas, Souza (2006) enfatiza que não existe uma única definição para o termo política pública, tampouco uma que seja considerada melhor. Segundo a autora, as diferentes definições já formuladas têm em comum o fato de direcionarem a nossa atenção para os governos, que estão envolvidos em embates em torno de interesses, preferências e ideias na arena política.

Secchi (2016a) reconhece a falta de consenso em torno do conceito de política pública e argumenta que isso se deve à disparidade de respostas para algumas perguntas básicas: i) políticas públicas são elaboradas exclusivamente por atores estatais ou podem ser formuladas por atores não estatais?; ii) políticas públicas também se referem à omissão?; e iii) políticas públicas envolvem apenas diretrizes estratégicas ou também abrangem diretrizes mais operacionais? O pesquisador assume que tanto atores governamentais quanto não governamentais podem formular políticas públicas, que somente podem ser consideradas políticas públicas as que envolvem ações intencionais (a inexistência de política pública não pode ser considerada uma política pública) e que as políticas públicas englobam tanto as diretrizes estruturantes quanto as de nível tático e operacional. A partir desses entendimentos, ele conceituou política pública como uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, o qual, por sua vez, é definido como a distância entre o estado atual, que incomoda uma quantidade ou qualidade importante de atores, e a situação que é considerada ideal (Secchi, 2016a).

Noção semelhante à de Secchi (2016b) se constata na caracterização das políticas públicas proposta por Fonseca (2017, p. 159), que adiciona ainda à definição elementos relacionados à sua formulação e implementação:

(...) políticas públicas podem ser caracterizadas como um processo de decisão que se materializa em objetivos com resultados esperáveis, normalmente vinculados à transformação de uma dada realidade, envolvendo: i) técnicos estatais e não estatais, burocratas (âmbito da gestão) e políticos (tomadores de decisão, isto é, âmbito da política); ii) atores distintos (com “recursos de poder” assimétricos), cenários e conjunturas (por vezes voláteis); iii) capacidade e viabilidade de o Estado disponibilizar recursos orçamentários, humanos, legais e logísticos, isto é, o planejamento e a capacidade de governar; e iv) mecanismos de mensuração dos resultados.

No processo de implementação, diversos instrumentos de política, que são os meios escolhidos para o enfrentamento do problema público, podem ser utilizados, conforme a seguir descrito (Secchi, 2016b).

TEXTO para DISCUSSÃO

- 1) Regulamentação: criação de regras ou a imposição de restrições à liberdade econômica, social ou política.
- 2) Desregulamentação e legalização: extinção de regras ou a descriminalização de alguns tipos de atividades.
- 3) Estabelecimento de impostos e taxas: oneração de algumas atividades para desincentivá-las.
- 4) Subsídio e incentivo fiscal: incentivam ou premiam algumas atividades, por meio do apoio monetário e da redução do ônus tributário, respectivamente.
- 5) Prestação direta de serviço público: criação, manutenção ou ampliação de serviço prestado por organização pública e financiado por tributos gerais.
- 6) Informação ao público: disseminação de informações importantes dos pontos de vista individual e coletivo, além da criação de senso de dever moral.
- 7) Seguros governamentais: garantia de compensação por alguma fatalidade ou infortúnio.
- 8) Transferência de renda: mecanismo financeiro para compensação de alguma situação de vulnerabilidade.
- 9) Discriminação seletiva positiva: compensação de alguma situação de fragilidade por mecanismo regulatório.

Quanto à relação entre os processos de política pública e de gestão pública, identifica-se na contribuição de Teixeira e Jesus (2010) ao debate sobre a formulação de políticas e sobre o planejamento a compreensão de que esses processos estão imbricados. Os autores destacaram a relevância da teoria do ciclo da política para as pesquisas na área da saúde, a despeito das críticas que a teoria tem recebido por transmitir uma noção sequencial e ordenada do processo de política, quando na realidade ele é complexo e interativo. Críticas essas que, segundo eles, têm sido rebatidas pelo seu principal formulador, John Wells Kingdon, com o argumento de que fatores e atores em contexto complexo devem ser considerados no processo de análise do ciclo da política pública.

Kingdon (2011) propôs que, de forma bastante simplificada, o processo de políticas públicas pode ser entendido como a realização de um conjunto de atividades incluindo ao menos: i) a formulação da agenda, que é a lista de temas ou problemas que têm chamado a atenção de membros do governo e de pessoas de fora do governo em dado momento; ii) a especificação de alternativas para enfrentamento do problema; iii) uma escolha entre as alternativas aventadas; e iv) a implementação da decisão. O autor se concentrou especialmente no estudo das interações entre atores governamentais (representantes dos poderes Executivo, Legislativo e

Judiciário, além dos servidores públicos) e atores não governamentais (grupos de interesse, especialistas, acadêmicos, partidos políticos, mídia e opinião pública) no processo de formulação da agenda, de especificação de alternativas e tomada de decisão sobre uma delas.

Considerando os estudos realizados por diversos pesquisadores sobre o processo de políticas públicas, incluindo o trabalho de Kingdon, Secchi (2016a) relacionou sete fases principais do ciclo de políticas públicas:

- 1) Identificação do problema: nessa etapa, o problema público, que é definido como uma discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível, é identificado em um processo que envolve a percepção de sua existência por atores relevantes, a sua delimitação (quais são seus elementos) e a avaliação da possibilidade de sua solução (Sjöblom, 1984¹² *apud* Secchi, 2016b).
- 2) Formação da agenda: forma-se a agenda, que é um conjunto de problemas ou temas considerados relevantes. Existem dois tipos de agenda:
 - a) agenda política: engloba os problemas ou temas que merecem intervenção pública na visão da comunidade política; e
 - b) agenda formal: contém os problemas ou temas que serão enfrentados pelo poder público (Cobb e Elder, 1983¹³ *apud* Secchi, 2016b).
- 3) Formulação de alternativas: os esforços se voltam à proposição de soluções. Estabelecem-se objetivos e estratégias e analisam-se as consequências potenciais.
- 4) Tomada de decisão: nessa fase, os interesses dos atores são ponderados e as intenções para o enfrentamento do problema são explicitadas com a definição dos objetivos e métodos de implementação da alternativa escolhida.
- 5) Implementação: é a fase de conversão das intenções em ações, havendo basicamente dois modelos de implementação de políticas públicas:
 - a) o *top-down* (de cima para baixo), que se caracteriza pela separação entre a tomada de decisão e a implementação, o que traduz uma abordagem dicotômica entre política (tomada de decisão pelos políticos) e administração (implementação de ações pelos burocratas); e

12. Sjöblom, G. Problemi e soluzioni in politica. *Rivista Italiana di Scienza Politica*, v. 14, n. 1, p. 41-85, 1984.

13. Cobb, R. W.; Elder, C. D. *Participation in American politics: the dynamics of agenda-building*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1983.

TEXTO para DISCUSSÃO

- b) o *bottom-up* (de baixo para cima), no qual os burocratas e as de redes de atores têm maior liberdade para modelar o processo de implementação das políticas, participando inclusive das fases iniciais do ciclo da política pública (Sabatier, 1986¹⁴ *apud* Secchi, 2016b).
- 6) Avaliação: nessa fase, o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados, produzindo-se evidências sobre o estado da política e sobre sua contribuição para a solução do problema que a gerou.
- 7) Extinção: corresponde ao término da política pública.

A partir da descrição dessas etapas e considerando que, entre os atores governamentais, participam desses processos não apenas os políticos, mas também designados politicamente e burocratas, esses últimos responsáveis diretos pelo funcionamento das organizações públicas, fica claro que a gestão pública envolve a implementação e as funções de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas. De acordo com Toni (2016), por meio do planejamento se afere a capacidade de governar, de atingir resultados. Para o autor, as principais interfaces entre o planejamento e a implementação de políticas públicas são as seguintes: i) a formulação e a implementação de políticas públicas têm por requisito a existência de um sistema de planejamento; ii) o planejamento estratégico pode aumentar a governabilidade na implementação de políticas, dado que influencia a capacidade de governo das organizações públicas; e iii) a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas podem contribuir para a qualificação do planejamento estratégico ao possibilitar o aumento da capacidade dos gestores públicos de identificar problemas, analisar estratégias e formular cenários.

Discutir essa relação entre gestão pública e políticas públicas, além de se esclarecer a perspectiva que se adota neste texto, é importante porque há uma tradição no Brasil de se considerar o planejamento governamental de cunho político como uma função do Estado, que não se confunde com o planejamento tático-operacional que seria uma das funções da gestão pública, entendida aqui como a atividade administrativa do Estado desprovida de seu caráter político. Essa tradição reflete a ideia de que o planejamento governamental, de longo prazo, diz respeito a um planejamento estatal estratégico, que se realiza para a consecução de objetivos geralmente relacionados ao desenvolvimento nacional. Também explicita o pressuposto da separação entre política e administração, uma vez que o componente político do planejamento, considerado estratégico, não seria uma das funções da gestão pública.

14. Sabatier, P. A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

Por duas razões não se assumiu esse entendimento neste texto. A primeira é que, em uma democracia, o esperado é que diferentes políticos eleitos conformem governos diversos, de diferentes espectros ideológicos ou não, e alternem-se no poder. Esses governos comandam o conjunto de organizações que conformam o Estado e, juntamente com os designados politicamente e os burocratas, executam a função administrativa do Estado, ou seja, são responsáveis pela gestão pública. Nesse contexto, o componente político do planejamento expressa as preferências e as prioridades do governo que está a cargo dos eleitos. O horizonte temporal dos planos de ação, produzidos a partir de um processo de planejamento estratégico,¹⁵ fica então atrelado normativamente aos prazos estabelecidos em instrumentos legais, quando eles existem, e vinculados à vontade dos eleitos que, pelo menos em teoria, representam a vontade dos seus eleitores na definição das ações prioritárias. Mesmo quando ocorre de políticos do mesmo partido se sucederem no governo, os planos de ação podem ser bastante modificados, ainda que compartilhem alguns objetivos e ações.

Dessa forma, considerando-se o contexto brasileiro atual, a ideia de planejamento estratégico estatal de longo prazo parece pouco realista, assumindo-se, nesse caso, que os planos elaborados não sofreriam ajustes no seu componente central e atravessariam diversos governos, dado que o tempo da gestão de cada um deles é de quatro anos. A experiência brasileira de planejamento governamental com o estabelecimento de planos de ação de médio e longo prazos teve lugar, em grande parte, em períodos de regime ditatorial no país, o que ocorreu de forma generalizada na América Latina (Cardoso Junior, 2017). No período pós-1988, não se normatizou a elaboração de planos de longo prazo.¹⁶ A CF/1988 estabelece que as diretrizes e as bases do planejamento do desenvolvimento nacional devem ser objeto de lei (§1º do art. 174), contudo, tal dispositivo constitucional permanece sem regulamentação passados mais de 33 anos desde a

15. Segundo Toni (2016, p. 28), o planejamento estratégico “é a ciência e a arte de atingir os objetivos estabelecidos por meio do cálculo estratégico sobre o futuro, sendo capaz de orientar as ações no momento presente”.

16. Isso não significa que políticas que foram elaboradas como “marcas” de governo não possam ser incorporadas e mantidas para além de um mandato de quatro anos. São exemplos de políticas que atravessaram vários governos: a dos medicamentos genéricos, a estratégia Saúde da Família, o programa Farmácia Popular, o Brasil Sorridente, entre outras. O programa Minha Casa, Minha Vida, ainda que tenha sofrido alterações no seu financiamento, foi estratégico e produziu impactos de médio e longo prazos. Mesmo que algumas políticas passem por revisões quando há mudanças no governo, algumas linhas estratégicas podem permanecer, alterando os cenários da ação governamental em momentos democráticos.

TEXTO para DISCUSSÃO

promulgação da Constituição.¹⁷ Ademais, é preciso considerar as molduras do processo de planejamento criadas pelo regime democrático instituído na CF/1988, assim como as garantias devidas pelo Estado relacionadas especialmente aos direitos sociais.

O Estado não é um ente com vida própria, apartado do processo político. O Estado é dirigido por políticos que devem obedecer às regras do regime democrático vigente no nosso caso, logo, o planejamento em sua dimensão estratégica ocorre dentro das molduras desse processo, considerando os acordos e pressões políticas a cada momento, bem como as interações entre os políticos e os burocratas. No Brasil, normativamente, o planejamento resulta na produção do PPA, que é um plano de médio prazo e, na prática, a alternância dos políticos no poder e a existência de direitos constitucionalmente estabelecidos acaba condicionando o horizonte temporal dos planos de ação e a continuidade das iniciativas tidas por prioritárias. Como as políticas públicas são instrumentos para a efetivação de direitos, políticas associadas a direitos estabelecidos na CF/1988, como a política de saúde, têm mecanismos de defesa que reduzem os riscos de modificação de seus aspectos centrais, como princípios e diretrizes que a orientam. Nesse caso, os direitos funcionam como âncoras que dificultam que os planos, frutos do processo de planejamento, assim como qualquer ação governamental, ainda que não esteja incluída nesses planos, desviem-se substancialmente dos postulados constitucionais e, para fazê-lo, é necessário propor emendas à CF/1988.

Isso não significa que as políticas vinculadas a direitos constitucionais estejam inteiramente protegidas. Algumas emendas à CF/1988 têm colocado em xeque a viabilidade de se implementar o direito à saúde conforme os princípios e diretrizes constitucionais. Um exemplo foi a aprovação do teto de gastos em 2016, que estabeleceu um limite para as despesas primárias da União, corrigido anualmente apenas por um índice de inflação, independentemente das necessidades de acesso a serviços públicos da população e do dever constitucional do Estado de assegurar direitos sociais. O teto de gastos é a face mais visível da política fiscal recente, que compromete de forma significativa a garantia de direitos sociais, entre outros, no Brasil (Vieira, 2020a). O desfinanciamento das políticas associadas à garantia de direitos constitui uma forma de restringir o seu alcance sem alterar o seu conteúdo.

17. Diretrizes e bases para o planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado foram propostas no Projeto de Lei nº 9.163/2017 (PL 9163/2017), de autoria do Poder Executivo, que permanecia em tramitação na Câmara dos Deputados em outubro de 2022. Nesse PL, propõe-se que o planejamento seja composto por três instrumentos: i) a estratégia nacional de desenvolvimento econômico e social, estabelecida para o período de doze anos; ii) os planos nacionais, setoriais e regionais; e iii) o PPA da União. Disponível em: <<https://bit.ly/3yUHYMk>>. Acesso em: 23 mai. 2022.

Outra forma, que não envolve emendas à CF/1988, é a criação de marcas de governo. Essas seriam políticas propostas em cada nova gestão, dentro dos preceitos constitucionais, mas com visões diversas sobre como deveriam ser implementadas. A cada mudança no alto comando do executivo de cada esfera de governo, são propostas políticas, programas e ações de saúde. Contudo, a transformação dessas marcas de governo em ações depende da interação com aqueles que atuam rotineiramente na burocracia em cada nível.

Assim, a segunda razão, como desdobramento da primeira, parte do entendimento de que não é possível separar política e administração. A execução da função administrativa do Estado se faz sob a liderança de políticos e com a participação ativa dos designados politicamente e dos burocratas, como assumem as modernas teorias da administração pública (Denhardt e Catlaw, 2017). O planejamento em nível estratégico, em que se definem diretrizes para a ação governamental, formulando-se políticas públicas, ocorre com a participação desses atores, sendo esses últimos responsáveis pela elaboração de planos de ação nos níveis tático e operacional, os quais explicitam os meios para a implementação, o monitoramento e a avaliação dessas políticas.

Nesse contexto, emergem os conceitos de gestão estratégica e de governança. A gestão estratégica na administração pública é definida como o processo que conecta o planejamento estratégico à implementação, ao monitoramento e à avaliação da ação governamental. Associada aos mecanismos de liderança e controle, ela é fundamental à governança, que é a capacidade de fazer a administração pública funcionar para implementar políticas públicas e prestar serviços à sociedade (Brasil, 2020a). A seguir, destacam-se aspectos teóricos e conceituais dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

2.3 Planejamento governamental e planejamento em saúde

Na área da saúde, especialmente na América Latina, destacaram-se quatro enfoques teóricos metodológicos do planejamento: i) o método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Cendes/Opas); ii) a proposta do Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPPS); iii) a contribuição de Mário Testa; e iv) o enfoque situacional de Carlos Matus (Teixeira, 2010). O primeiro enfoque é qualificado como normativo porque se define um conjunto de ações para alcançar um objetivo, impondo-se uma norma sobre a realidade. Já os últimos três enfoques são considerados estratégicos porque partem do pressuposto de que a realidade é mutável e que o sistema responde às ações implementadas para a sua alteração. Com isso, revisões dos acordos são feitas conforme as circunstâncias, e a modificação do sistema não é baseada na imposição sobre a realidade, mas no conhecimento sobre ela (Giovanella, 1991).

TEXTO para DISCUSSÃO

O método Cendes/Opas se originou em 1965 a partir de uma transposição do planejamento econômico normativo para a saúde, visando a uma alocação de recursos que obtenha máxima eficiência. O método propunha a realização de um diagnóstico da saúde fundamentado em indicadores do nível de saúde, incluindo variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, bem como a priorização dos danos à saúde considerando o custo das intervenções para se evitar uma morte. Esse método foi bastante criticado por seu caráter tecnocrático, normativo e economicista. Contudo, alguns de seus pressupostos e métodos ainda são válidos e permanecem sendo utilizados na programação em saúde (Giovanella, 1991; Teixeira, 2010).

A proposta do CPPS, publicada em 1975, promoveu avanços na discussão sobre o planejamento ao explicitar o reconhecimento do seu caráter político. Apresentou um esquema para orientar os processos de formulação de políticas, constituído das seguintes etapas: i) diagnóstico da situação de saúde; ii) elaboração de uma imagem-objetivo; iii) formulação preliminar de proposições de políticas; iv) análise das proposições em relação a coerência, factibilidade e viabilidade; v) desenho da estratégia; e vi) formalização de políticas. Essa proposta ampliou o olhar da unidade produtora de serviços para o sistema de saúde como um todo, visando à formulação e à implementação de políticas, diretrizes e estratégias. Entretanto, foi criticada pelo caráter sequencial das etapas e por assumir que somente a autoridade política é legítima para a elaboração da imagem-objetivo. Apesar disso, no final dos anos 1970, com alguns aprimoramentos para caracterizar os determinantes da demanda dos serviços de saúde e possibilitar o planejamento de ações voltadas à prevenção de problemas previsíveis e não explícitos, inspirou a elaboração de propostas metodológicas para planejamento em saúde no âmbito da “Estratégia Saúde para Todos – 2000” (SPT), entre elas, a que ficou conhecida como proposta de Medellín, publicada em 1987. Havia uma preocupação com a discrepância dos níveis de saúde em decorrência da desigualdade de renda da população, e a proposta de Medellín buscava fornecer instrumentos para que os técnicos ou qualquer ator social pudessem contribuir para o alcance das metas da SPT 2000 (Giovanella, 1991; Teixeira, 2010).

Quanto à contribuição de Mário Testa, um médico argentino, apresentada em vários documentos publicados entre 1983 e 1987, não se trata de um método para o planejamento em saúde, mas de uma forma de pensar o planejamento, assumindo-se que o poder é uma questão central desse processo. Para o autor, o planejamento precisa ser compreendido como prática histórica, sendo preciso entender e analisar a estrutura de poder na sociedade e no setor saúde, considerando a determinação social da doença e que a mudança social requer a alteração dessa estrutura de poder. Testa propôs que, a partir da síntese diagnóstica, na qual se identifica a estrutura de poder, sejam formuladas ações programático-estratégicas, considerando o impacto dessas ações sobre a estrutura. Ele formulou um diagrama na forma de um triângulo,

chamado de “postulado de coerência”, que representa as relações que podem ser estabelecidas entre as propostas políticas (projeto), os métodos utilizados para colocá-las em prática e as instituições onde as ações governamentais são desenvolvidas (Giovanella, 1990; 1991; Teixeira, 2010). De acordo com Rocha (1992), Mario Testa vê no processo de planejamento um meio para construção e ampliação dos espaços de poder a favor de um projeto social que vá ao encontro dos interesses dos dominados, da maior parcela da população.

Em relação ao enfoque situacional de Carlos Matus, foi desenvolvido entre o final dos anos 1970 e durante a década de 1980, tendo por temas centrais a política, o planejamento e o governo. O autor defendeu a ideia de que governar exige articulação entre o projeto de governo (propostas de ação), a capacidade de governo (capacidade de direção) e a governabilidade do sistema (grau de liberdade para a ação no governo), o que foi denominado de triângulo de governo. Ele desenvolveu o método planejamento estratégico situacional (PES). Segundo o PES, parte-se da explicitação de uma dada situação, que é um conjunto de problemas identificados e analisados sob a perspectiva de um determinado ator, e aplicam-se métodos nos diversos momentos não sequenciais do planejamento, quais sejam: i) o explicativo (identificação, descrição e explicação de problemas, ou seja, a situação é explicitada); ii) o normativo (análise da direcionalidade, com elaboração de cenários, definição da situação-objetivo e análise de coerência); iii) o estratégico (análise da viabilidade); e iv) o tático-operacional (ação-operação, englobando a agenda do dirigente, a gerência de operações, o monitoramento e a avaliação) (Giovanella, 1991; Teixeira, 2010).

Reforçando a centralidade do planejamento em nossas vidas, Matus (1993) afirmou que a ação de planejar consiste em um processo social em que se tenta submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana. Segundo o autor, todos somos responsáveis por conduzir a realidade para onde queremos e somos inconscientemente arrastados para onde não queremos. Como na sociedade a vontade humana não é homogênea, estamos em constante luta por diferentes desenhos de futuro, os quais guiam ações e produzem a realidade. Planejar, portanto, significa conduzir conscientemente, e “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro” (Matus, 1993, p. 14).

Ainda de acordo com esse autor, o planejamento societário é ferramenta de condução ou governo dos distintos atores sociais, que possuem diferentes perspectivas de análise e elaboram diversos modelos de realidade. Para que as ações sejam eficazes, o processo de governo e de planejamento devem coincidir, devendo o plano, que é um instrumento de simulação do futuro que contempla o cálculo técnico, político e social, preceder e presidir a implementação dessas ações. Para Matus, o planejamento envolve a capacidade de predição (previsão de consequências), de previsão, de reação veloz ante a surpresa e de aprendizagem com os erros. Como o presente é

TEXTO para DISCUSSÃO

o único espaço de ação, o planejamento existe para o presente, para apoiar as decisões de hoje, o que nos obriga a explorar e a antecipar o futuro que queremos (Matus, 1993).

O trabalho de Matus teve bastante influência no Brasil, sendo aplicado, inclusive, no planejamento em saúde, setor que foi objeto de algumas propostas específicas para esse processo. Em uma reflexão crítica sobre o planejamento e particularmente sobre o planejamento em saúde, Merhy (1995) identificou três racionalidades desse processo: i) o planejamento como instrumento de gestão das organizações, constituindo-se em um conjunto de procedimentos, como práticas reguladoras da gestão das organizações-empresas; ii) o planejamento como prática social: realizado com a finalidade de transformar as relações sociais com a modificação da lógica capitalista da sociedade para uma dinâmica socialista; e iii) o planejamento como instrumento de ação governamental para a produção de políticas. Segundo o autor, desenhar estratégias de modificação da política de saúde, visando a uma abordagem médica e de saúde pública comprometida com a ética da vida e da democracia, implica considerar os atores transformadores e as arenas institucionais do campo da saúde. Além disso, implica uma articulação do processo de gestão da política com o da constituição das arenas decisórias da formulação de políticas e dos métodos de ação.

Rivera e Artmann (2010) mapearam quatro tendências de planejamento e gestão em saúde no Brasil. A primeira é a gestão estratégica do Laboratório de Planejamento da Faculdade de Medicina de Campinas (Lapa/FCM-Unicamp), que defende um modelo de gestão colegiada e democrática que lance mão de várias ferramentas, entre elas o pensamento estratégico de Mário Testa e o PES. A segunda é o planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Essa tendência se baseia na teoria do agir comunicativo de Habermas e propõe uma gestão pela escuta, buscando-se o entendimento para promover maior legitimidade para os planos. A terceira é a corrente da Vigilância em Saúde, representada por vários grupos de pesquisa, que defende a necessidade de integração de vários componentes dos programas de saúde pública. Por fim, a quarta é a escola da ação programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, além do recorte por doença.

2.4 Monitoramento e avaliação

Quanto ao monitoramento e à avaliação de políticas públicas, que são processos conectados e indissociáveis do planejamento, há grande dificuldade em se obter uma definição consensual entre os estudiosos desse campo de pesquisa. Por isso, optou-se por apresentar as definições que vêm sendo empregadas por alguns pesquisadores que se dedicam ao estudo das políticas sociais no Brasil.

De acordo com Jannuzzi (2011a; 2011b), o monitoramento consiste na produção de informações para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores públicos quanto à evolução das ações implementadas e metas definidas. Também se refere ao exercício sistemático da análise de indicadores sobre desembolsos financeiros, de realização de atividades-meio, de entrega de produtos e de resultados dos programas. Trata-se, na visão de Rua (2009), de um exame contínuo dos insumos, atividades, processos, produtos e impactos de uma intervenção, a fim de aperfeiçoar a sua gestão, por meio da interferência no curso da sua implementação, quando necessário.

Já a avaliação, segundo Contandriopoulos (2006, p. 706), envolve a aplicação de:

(...) um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Esse julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

De acordo com Rua (2009), a avaliação consiste em um processo formal de análise sistemática de quaisquer intervenções sobre seu conteúdo, estrutura, processo, resultados, qualidade e/ou impactos, que adote critérios explícitos e procedimentos metodológicos reconhecidos. Para a autora, o monitoramento se diferencia da avaliação porque o primeiro: i) envolve o exame contínuo de processos, produtos, resultados e impactos das ações realizadas; ii) tem escopo mais limitado, com exame das ações em menor profundidade; iii) gera documentos mais curtos contendo dados parciais examinados e breve memória das decisões tomadas; iv) implica a utilização imediata dos achados na tomada de decisão pelos gestores; e v) concentra-se em atividades, processos e produtos, tendo por referência o desenho da política, do programa ou projeto, o qual, ainda que seja referência essencial, não é produzido em algumas avaliações de políticas públicas.

Santos e Cruz (2014), por sua vez, consideram que a diferença entre o monitoramento e a avaliação reside na capacidade de estabelecimento de relação de causa e efeito e na possibilidade de emissão de um juízo de valor sobre a intervenção. Enquanto no monitoramento a preocupação se concentra na realização das atividades e no alcance dos efeitos do programa para formular hipóteses para explicar os efeitos, na avaliação, emite-se um julgamento de valor e uma explicação para a obtenção ou não dos efeitos.

TEXTO para DISCUSSÃO

Jannuzzi (2011a; 2011b), por outro lado, não distingue os processos de monitoramento e avaliação como fazem Santos e Cruz (2014). Para o autor, emite-se juízo de valor sobre a ação governamental em qualquer momento do ciclo da política. A avaliação que se faz a partir das informações geradas no processo de monitoramento, com base em sistemas de indicadores e pesquisas avaliativas, subsidia decisões em qualquer etapa desse ciclo. Já a avaliação realizada após a fase de implementação tem natureza mais reflexiva e fundamenta decisões sobre a continuidade ou não de uma política.

Quanto ao juízo de valor sobre as intervenções, é preciso adotar critérios explícitos, sendo os mais empregados os de eficiência, eficácia e efetividade. A eficiência diz respeito à relação entre o custo e os resultados da política. Quanto menor o custo para a produção de uma unidade de resultado, mais eficiente é a política. A eficácia envolve o alcance dos objetivos da política, como o grau de cobertura e de focalização do público-alvo. Por fim, a efetividade se relaciona com os efeitos mais abrangentes da política, para além de seus objetivos (Jannuzzi, 2016).

Embora a falta de harmonização de conceitos no campo das políticas públicas seja um grande problema para pesquisadores e interessados nessa área, há consenso de que o monitoramento e a avaliação são instrumentos essenciais à gestão pública, devendo ser realizados, a despeito dos desafios técnicos-operacionais que se imponham à sua realização. A avaliação é particularmente relevante quando os processos valorativos estão comprometidos com a melhoria das condições sociais e a diminuição do sofrimento humano, o que se relaciona de forma direta com as intervenções na área da saúde (Santos e Cruz, 2014).

Na sequência, apresentam-se os aspectos principais da política de saúde no Brasil após a promulgação da CF/1988.

2.5 Política de saúde no Brasil pós-CF/1988

Com a CF/1988, a política de saúde no Brasil sofreu uma alteração significativa, especialmente no que diz respeito à responsabilidade do Estado quanto ao acesso da população a bens e serviços de saúde. Com a regulamentação que se seguiu após a promulgação da Constituição, os principais instrumentos dessa política passaram a ser a prestação de serviços públicos por meio do SUS, a regulação do setor privado, tanto em relação à prestação de serviços de saúde quanto à produção e comercialização de tecnologias em saúde (também realizada pelo SUS) e o incentivo

fiscal para planos e serviços privados de saúde.¹⁸ Esse incentivo foi concedido mediante dedução do rendimento tributável para fins de apuração do imposto de renda dos valores relativos a despesas de pessoas físicas e jurídicas com esses planos e serviços (Brasil, 1988).

O SUS foi criado para assegurar o acesso da população a bens e serviços públicos de saúde, constituindo-se em instrumento fundamental da garantia do direito à saúde no país (Brasil, 1988; 1990a). O modelo de sistema de saúde do SUS é o de serviço nacional de saúde. Nesse modelo, os serviços de saúde são financiados por meio de tributos gerais, como impostos e contribuições. O atendimento é universal e, em geral, gratuito, podendo os serviços serem providos por prestadores públicos e privados (Lobato e Giovanella, 2008; Kuschmir, Chorny e Lira, 2014).

O SUS tem por princípios a universalidade e a igualdade do acesso, a qual se desdobra no princípio da equidade. Além disso, é gerido observando-se as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, com gratuidade dos bens e serviços no momento do uso¹⁹ (Brasil, 1988; 1990a; Noronha, Lima e Machado, 2008).

A descentralização das ações e serviços para os municípios, com comando único em cada esfera de governo, implica grandes esforços para a coordenação do sistema e demanda cooperação entre os entes da Federação. A saúde foi incluída na CF/1988 no rol de competências comuns desses entes, sendo as atribuições de cada um deles no SUS definidas na Lei nº 8.080 (Brasil, 1990a).

A integralidade, por sua vez, não apresenta um conceito único na saúde. Ela diz respeito à integração e à articulação das práticas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços para prover ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Também envolve a abrangência das respostas governamentais para enfrentamento dos problemas de saúde e a observância às necessidades de grupos específicos de indivíduos (Mattos, 2009). É, ao mesmo tempo, uma diretriz articuladora do sistema de saúde, mas também um modo de agir. É parte da compreensão das pessoas como sujeitos-políticos, com voz ativa sobre o autocuidado e

18. As Leis nº 8.134, de 27 de dezembro de 1990, e nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, dispõem sobre as despesas com saúde que podem ser deduzidas para fins de cálculo do imposto de renda devido. Disponíveis em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8134.htm > e < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9250.htm >.

19. O SUS é financiado por tributos gerais, por isso, a palavra “gratuito”, de forma estrita ao seu significado, não se aplica ao se fazer referência ao sistema. Mas, em literatura internacional, costuma-se informar se os sistemas de saúde exigem ou não pagamentos dos usuários no momento da prestação dos serviços, utilizando-se para tanto expressões como “gratuidade no momento do uso”. Essa questão é importante porque o pagamento direto do bolso para uso de serviços de saúde e obtenção de bens de saúde é considerado uma grande barreira para o acesso da população a esses itens essenciais.

TEXTO para DISCUSSÃO

na atenção à saúde que recebe por meio dos serviços de saúde. O sujeito não como soma de partes, mas como um todo que precisa de um olhar coordenado e contínuo, não fragmentado em especialidades, serviços e formações que não se comunicam (Machado *et al.*, 2007). Na Lei nº 8.080 (Brasil, 1990a, inciso II do art. 7º), ela é definida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Quanto à diretriz de participação social na gestão do SUS, concretiza-se principalmente por meio de dois instrumentos: as conferências de saúde e os conselhos de saúde. As conferências são realizadas a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Já os conselhos de saúde têm caráter permanente e deliberativo e são compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Têm entre as suas competências a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde em cada um desses entes (Brasil, 1990b).

Entre as diretrizes do SUS, a de descentralização é a que impõe grande desafio à organização e à coordenação do sistema, dadas as características da Federação brasileira. Nesse contexto, é particularmente desafiador implementar processos de planejamento, monitoramento e avaliação do sistema de saúde.

2.6 Arranjo federativo do SUS

A maioria dos países que implantaram sistema de saúde do tipo serviço nacional de saúde tem forma do Estado unitária, como Portugal, Espanha e o Reino Unido. Entre os países com forma federativa e serviço nacional de saúde, são exemplos o Canadá, com dez províncias e três territórios, e o Brasil, que se destaca pelo tamanho de sua federação, em termos de entes constituintes (quadro 1). São 5.568 municípios,²⁰ 26 estados, o Distrito Federal e a União, totalizando 5.596 entes federados autônomos política e administrativamente, muito diversos em tamanho de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais. Isso faz do SUS uma experiência ímpar em termos de sistema de saúde.

20. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) totaliza 5.570 municípios para efeitos de contagem de população, incluindo Brasília e Fernando de Noronha. Brasília, contudo, é integrante do Distrito Federal e não possui autonomia político-administrativa, e Fernando de Noronha é um distrito vinculado ao estado de Pernambuco.

QUADRO 1

Países selecionados com sistema de saúde do tipo serviço nacional de saúde, segundo a forma do Estado, a extensão territorial e o tamanho da população

Forma do Estado	Países	Entes federados	Área total (km ²)	População (2020)
Federativa	Austrália	Governo central e seis estados	7.692.024	25.698.093
	Canadá	Dez províncias e três territórios	9.984.670	38.005.238
	Espanha ¹	Dezessete comunidades autônomas e duas cidades autônomas	505.992	47.351.567
	Brasil	União, 26 estados, o Distrito Federal e 5.568 municípios	8.515.767	211.755.692
Unitária	Dinamarca	na	43.094	5.825.337
	Irlanda	na	70.273	4.977.443
	Islândia	na	103.000	366.462
	Itália ²	na	301.336	59.449.527
	Letônia	na	64.559	1.900.448
	Noruega	na	323.802	5.379.472
	Nova Zelândia	na	270.467	50.936.000
	Reino Unido	na	242.900	67.081.234

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2019; 2022). Disponível em: <<https://data.oecd.org/pop/population.htm>>; Worldometer. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/geography/largest-countries-in-the-world/>>; Forum of Federations. Disponível em: <<https://forumfed.org/federal-countries/>>. Elaboração dos autores.

Notas: ¹ A forma do Estado espanhol é considerada federativa assimétrica, porque o governo central não detém a soberania absoluta no território e porque algumas províncias exercem mais poder que outras.

² Embora a Itália esteja listada na OCDE (2019) como um país federativo, vários documentos disponíveis na internet afirmam se tratar de um Estado unitário. O país também não está listado entre os países federativos no Fórum das Federações. Disponível em: <<https://forumfed.org/federal-countries/>>.

Obs.: na = não se aplica.

Quanto ao papel do governo central em relação à forma do Estado, evidências recentes indicam que ele não varia consideravelmente entre países unitários e federativos membros da OCDE. Além disso, apesar da tendência à descentralização nos sistemas de saúde, o governo central tem considerável poder de decisão nas questões envolvendo a provisão de serviços (OCDE, 2019). Tal achado talvez se explique, do ponto de vista econômico, pela necessidade de se pensar as economias de escala e as externalidades, o que requer oferta de serviços de saúde com algum grau

TEXTO para DISCUSSÃO

de centralização (Costa-Font e Greer, 2013), e pela garantia dos direitos relacionados à saúde de forma igualitária no país.

No Brasil, a CF/1988 estabeleceu entre os objetivos da República a redução das desigualdades sociais e regionais, com especial competência conferida à União para o alcance desse objetivo (Brasil, 1988, art. 3º e art. 43):

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I – Construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II – Garantir o desenvolvimento nacional;

III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e

IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 43. Para efeitos administrativos, a União poderá articular sua ação em um mesmo complexo geoeconômico e social, visando a seu desenvolvimento e à redução das desigualdades regionais.

Em relação à redução das desigualdades em saúde, em um arranjo federativo de organização do sistema de saúde, o papel do governo central é crucial para evitar desequilíbrios relacionados à disponibilidade de recursos e à oferta de serviços entre os entes federados, com claras implicações sobre a equidade em saúde no país (Abimbola, Baatiema e Bigdeli, 2019). Além da alocação de recursos para reduzir as desigualdades de oferta de serviços e as iniquidades em saúde, têm sido elencadas outras funções que deveriam ser atribuídas ao governo central em um sistema de saúde descentralizado. Entre elas, a formulação de políticas nacionais, o planejamento em âmbito nacional, o acompanhamento e a avaliação da eficácia e eficiência do sistema de saúde e o controle e a coordenação das organizações sanitárias e dos institutos de pesquisa de nível nacional (Piola, 2022).

No caso brasileiro, a União deve promover a unicidade do SUS em todo o território nacional, considerando o dever do Estado de garantir o direito à saúde a todas as pessoas no país, de forma integral, igualitária e com o mais alto grau de qualidade dos bens e serviços. O cumprimento eficaz dessa incumbência requer que o corpo de técnicos e gestores do Ministério da Saúde tenha alta capacidade em planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, de forma coordenada aos

processos desenvolvidos pelas secretarias de saúde municipais e estaduais. A centralidade dessa competência para os resultados em saúde e para o bem-estar da população justifica o recorte feito neste texto para a análise da gestão do sistema, qual seja, discutir os problemas relacionados aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS e propor soluções para o seu enfrentamento.

3 MÉTODOS

Realizou-se uma análise de política pública, que consiste na produção e na sistematização de informações relevantes para o processo de tomada de decisão de políticas públicas tendo em vista o enfrentamento de problemas públicos. Esta pesquisa possui finalidade prescritiva, resultando em recomendações ou orientações, para informar decisões dos gestores públicos (Secchi, 2016a). Os procedimentos metodológicos gerais adotados na realização desta e de outras análises no âmbito do projeto Prioriza SUS encontram-se descritos de forma detalhada em nota técnica (Vieira *et al.*, 2022).

Em resumo, a equipe do Ipea realizou uma análise do problema público que foi enunciado como a dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde pela população em diversas localidades no Brasil. Para tanto, produziu uma árvore do problema (apêndice A). Foram identificadas causas e consequências desse problema público, considerando o papel estratégico do SUS para a garantia do acesso da população aos serviços e bens de saúde no país. Buscou-se explicitar entre as causas aquelas que são problemas estruturais desse sistema. Na sequência, priorizaram-se entre esses problemas aqueles que seriam objeto de análise detalhada. Neste texto, analisa-se o problema estrutural definido como "gestão estratégica deficiente do SUS", com foco nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação deficientes e insuficientes desse sistema.

Evidências técnico-científicas foram utilizadas para descrever o problema e, após essa etapa, passou-se à fase de proposição de ações para mitigá-lo, o que, por conseguinte, contribui para a mitigação do problema público. As ações propostas pela equipe do Ipea foram discutidas em um fórum de política pública, que é uma reunião com atores relevantes envolvidos com o problema analisado. O objetivo do fórum é aprimorar as propostas de ação inicialmente formuladas e agregar, eventualmente, novas ações que surjam durante essa reunião, se compatíveis com a proposta como um todo. Os participantes do fórum tiveram que assinar um termo de participação no qual se estabeleceram as regras para a participação tanto para convidados quanto para os organizadores (apêndice B).

Participaram do Fórum de Política Pública Prioriza SUS: gestão do SUS sete convidados, entre eles: i) dois secretários de saúde, sendo um deles de um município com cerca de 500 mil

TEXTO para DISCUSSÃO

habitantes e outro de um município de aproximadamente 21 mil habitantes; ii) uma pesquisadora com expressiva produção sobre planejamento em saúde; iii) um pesquisador com significativa produção sobre gestão e políticas públicas; iv) uma servidora pública federal com experiência em planejamento do SUS; v) um técnico com larga experiência em gestão estadual do SUS; e vi) outro técnico com grande experiência sobre gestão municipal desse sistema.

Os participantes do fórum foram convidados a se manifestar sobre a análise do problema estrutural do SUS e sobre as ações propostas para solução desse problema, elaboradas pela equipe do Ipea, constantes de um documento-base ao qual eles tiveram acesso com antecedência. Durante o fórum, foram estimulados a responder às seguintes perguntas: i) o problema priorizado para enfrentamento está suficientemente esclarecido?; ii) há algum aspecto relevante que não foi considerado?; iii) as ações propostas são capazes de resolver ou de mitigar o problema priorizado? Por quê?; iv) você identifica facilitadores na implementação das ações propostas?; v) você identifica obstáculos na implementação das ações propostas?; vi) como você fortaleceria a proposta de ações?; e vii) alguma ação importante para a solução ou mitigação do problema priorizado não foi identificada? Se sim, qual? Por que ela seria uma boa solução para o problema? Como você a implantaria?

Nas subseções que seguem, apresentam-se as sugestões dos participantes do fórum para atualização ou complementação da análise do problema estrutural e quanto às soluções propostas para enfrentamento desse problema, que constavam do documento-base do fórum. Essas sugestões foram consideradas e utilizadas no aprimoramento das análises do problema e das soluções feitas preliminarmente pela equipe do projeto. As versões finais dessas análises, contando com os aportes do fórum, são apresentadas nas seções 4 e 5 deste texto. Como o objetivo do fórum foi o de aprimorá-las, optou-se por demonstrar as sugestões recebidas na forma de relato nesta seção de métodos e apresentar o conteúdo final das análises nas seções mencionadas, que trazem os resultados do trabalho feito pela equipe do projeto, aperfeiçoado com as contribuições dos participantes do fórum.²¹

3.1 Sugestões dos participantes do fórum para atualização ou complementação da análise sobre o problema estrutural "gestão estratégica deficiente do SUS"

Uma primeira questão destacada foi a da necessidade de a equipe do Ipea incluir no texto uma análise sobre o contexto político, econômico, social e ético em que o problema estrutural do

21. Decidiu-se não apresentar o documento-base do fórum neste texto para evitar repetições, visto que o seu conteúdo está contido nas seções 4 e 5 deste texto.

SUS se coloca sobre o cenário político do curto e do médio prazos, uma vez que esses influenciam as possibilidades de êxito na implementação de políticas públicas. É preciso haver projeto de governo (agenda) e coalizões de apoio à implementação da agenda. Além dessa análise da dimensão política, também é necessário realizar uma análise sobre a dimensão técnica, pois a existência de burocracias capazes de implementar as políticas é fundamental. A quantidade e o perfil dos trabalhadores da saúde têm grande relevância. Contudo, falta, por exemplo, carreira específica no Ministério da Saúde, o que constitui uma barreira à gestão estratégica nesse órgão.

Destacou-se, ainda, do ponto de vista político, que um obstáculo importante para a efetivação do SUS diz respeito ao projeto neoliberal no Brasil que, no campo da saúde, tem fomentado a privatização dos serviços em detrimento do fortalecimento do SUS. Um exemplo é a abertura ao capital estrangeiro na saúde, que tem deixado o sistema público mais vulnerável em áreas estratégicas, como a da terapia renal substitutiva, em que grande parte da oferta hoje está nas mãos de uma rede estrangeira de clínicas de hemodiálise. Por isso, o SUS permanece subfinanciado, e os esforços para o aperfeiçoamento de sua gestão, incluindo as iniciativas de apoio ao planejamento, têm sido insuficientes.

Argumentou-se também que o SUS de hoje não é o de 2014, pois nos últimos anos houve avanço de um projeto excludente de sistema de saúde, de uma saúde pública focalizada. Além desse obstáculo à efetivação do SUS constitucional, há também os impactos da pandemia de covid-19 sobre esse sistema, entre eles uma maior demanda por serviços de reabilitação. Segundo um dos participantes, a reversão dessa trajetória desfavorável requer um projeto político comprometido com o fortalecimento do SUS e participação social ampliada, com a mobilização de setores da sociedade que hoje não defendem o SUS. O modelo atual de participação social baseado nos conselhos de saúde e na realização de conferências de saúde é insuficiente para o controle social necessário e para a defesa do sistema público de saúde.

Ressaltou-se que a não institucionalização do planejamento no SUS decorre de falta de decisão política em favor desse processo. Que essa ausência resulta também de uma fragmentação na implementação das políticas pelo Ministério da Saúde, onde há insuficiente coordenação do trabalho realizado por suas secretarias (unidades organizacionais), assim como de uma visão majoritariamente descendente do planejamento. O processo centralizado e descendente de planejamento não produz informações relevantes e não faz com que essas informações circulem, algo que favoreceria a participação das unidades gestoras e de saúde no planejamento do SUS.

O segundo aspecto pontuado diz respeito à relação entre o modelo de atenção à saúde e o planejamento, uma vez que o primeiro impacta não apenas a gestão do SUS, mas também o seu financiamento. Destacou-se que os desafios à integralidade se tornaram maiores com a ampliação

TEXTO para DISCUSSÃO

da fragmentação dos serviços e do modelo de atenção à saúde, que se caracteriza tanto pela baixa integração entre as unidades de saúde quanto pelo foco do atendimento, ou nas condições agudas ou nas condições crônicas. Assim, é fundamental consolidar uma definição mais clara sobre o modelo de atenção à saúde, porque constitui a base sobre a qual se planejam as ações no sistema de saúde.

A terceira questão apontada durante o fórum envolve o fato de que as transferências de recursos pelo Ministério da Saúde para incentivo à gestão do SUS têm sido fragmentadas e pouco produtivas, são baseadas em projetos, o que depende do interesse dos entes da Federação. Seria preciso reforçar esse ponto na análise produzida pela equipe do Ipea, atualizando o texto quanto à iniciativa mais recente realizada pelo ministério em 2020, que observou essa mesma dinâmica. Naquele ano, o governo federal instituiu incentivo financeiro de custeio aos estados e ao Distrito Federal para aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde.

O quarto ponto ressaltado, que é a perspectiva regional do planejamento, também requer a atualização do documento-base produzido pela equipe do Ipea, sendo necessário mencionar as Resoluções CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, nº 37 de 22 de março de 2018 e nº 44 de 25 de abril de 2019, que dispõem sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI). Ademais, destacou-se a existência de um movimento por parte da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para articular o processo de planejamento no SUS, e também que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) coordenou os esforços de todas as secretarias estaduais de saúde para a realização do planejamento estratégico em cada uma delas, com adesão unânime, resultando na produção de seus mapas estratégicos.

Ainda a respeito do planejamento regional, ressaltou-se sua importância, uma vez que, sem a regionalização do atendimento em saúde, não se garante integralidade no SUS. Reforçou-se a necessidade de ouvir as demandas provenientes das macrorregiões de saúde e de um processo diferenciado de planejamento, conforme as características de cada uma delas. Para tanto, são necessários o aprimoramento dos sistemas de informação, a disponibilidade de informações e um levantamento sobre a capacidade de governança local.

A quinta questão se refere a obstáculos à efetivação do SUS que precisam ser enfatizados, entre eles: a falta de autonomia de muitos secretários de saúde em um contexto de alta rotatividade desses gestores, a judicialização da saúde e o orçamento impositivo nas três esferas de governo. A discricionariedade dos gestores da saúde na alocação dos recursos está ficando ainda mais reduzida no SUS em razão de maior execução de despesas por emendas parlamentares, tanto das obrigatórias (orçamento impositivo) quanto das que não são compulsórias, que se ampliaram nos últimos anos em razão de acordos, por exemplo, entre o Legislativo e o Executivo em nível federal. Essa situação requer uma discussão sobre o papel do Congresso Nacional e das

demais casas legislativas do país no orçamento do SUS, dado seu impacto na oferta de serviços de saúde à população no contexto atual de escassez de recursos.

Sugeriu-se, por fim, evitar o uso da palavra “intervenção”, ainda que o contexto de seu uso seja o da implementação de ações para a solução de problemas, e deixar claro no documento que essas ações precisam ser negociadas e pactuadas pelos gestores do SUS. Argumentou-se que, mesmo nesse contexto, a palavra pode gerar desconforto em profissionais e gestores de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que podem ter uma percepção equivocada de atuação federal sem diálogo com os demais gestores do SUS.

Outros temas surgiram no debate sobre a análise do problema estrutural “gestão estratégica deficiente do SUS”, entre eles: a falta de fomento aos consórcios públicos por parte do governo federal e de iniciativas intersetoriais nesse nível de governo; e a falta de uma análise sobre o complexo industrial da saúde e sobre a oferta de serviços de média e alta complexidade. Como esses temas não estão diretamente relacionados ao planejamento, monitoramento e avaliação da ação governamental, não serão abordados neste texto para discussão. Alguns deles serão tratados em análises específicas no âmbito do projeto Prioriza SUS.

A seguir, reportam-se as sugestões dos participantes do fórum para o aprimoramento das soluções propostas e de outras ações para enfrentamento do problema estrutural “gestão estratégica deficiente do SUS”.

3.2 Sugestões dos participantes do fórum quanto às soluções propostas para enfrentamento do problema estrutural “gestão estratégica deficiente do SUS”

Os participantes concordaram que a maioria das soluções propostas tem potencial para contribuir na mitigação do problema de gestão estratégica do SUS, mas propuseram aperfeiçoamento de algumas medidas e inclusão de outras. A seguir, comentam-se as sugestões de aprimoramento das ações propostas.

A primeira foi deixar claro que o planejamento não deve ser apenas ascendente, também precisa ser descendente. A ascendência é importante porque as necessidades de saúde e as demandas para a efetivação do SUS precisam ser consideradas do nível local ao nacional. Contudo, a perspectiva descendente também é muito relevante, dada a sua centralidade para a garantia do caráter unitário e igualitário do sistema de saúde em todo o território nacional. Além disso, é preciso reforçar que o processo de planejamento precisa ocorrer nas e a partir das unidades de saúde, em uma dinâmica integradora entre estas e as de gestão em cada nível de governo.

TEXTO para DISCUSSÃO

A segunda sugestão foi para que se reforce a necessidade de respeito às realidades locais e aos avanços já promovidos. O governo federal não pode assumir uma visão centralizadora no processo de planejamento. Os métodos e a dinâmica a serem empregados precisam ser discutidos e definidos em cada ente da Federação. A valorização das experiências locais deve ser um princípio do processo de planejamento, que faça sentido para usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Ademais, não se deve inventar a roda. É preciso partir do arcabouço legal e considerar os instrumentos de planejamento que já existem.

A terceira diz respeito ao fomento à participação social no planejamento local. Foram sugeridas a escuta dos usuários e dos trabalhadores do SUS e a promoção do seu engajamento no planejamento. Também ressaltaram a importância do fomento a meios que viabilizem maior participação da sociedade civil organizada no planejamento e no monitoramento dos planos de saúde, para além da participação que hoje se efetiva por meio dos conselhos de saúde.

A quarta foi para substituir a proposta de definição de requisitos para a nomeação de gestores do SUS, por meio de uma iniciativa de capacitação ampla e permanente daqueles que exercem essa função. A viabilidade política da definição de requisitos é muito baixa, ao contrário de uma ação de capacitação, que seria, inclusive, mais produtiva na visão de alguns participantes do fórum. Como, no nível local, esses gestores comumente assumem secretarias de saúde em distintos municípios em sua trajetória profissional, o esforço de capacitação não se perderia, ainda que a rotatividade nos cargos permanecesse elevada. Isso não resolveria o problema da descontinuidade dos processos e das políticas, mas poderia contribuir para maior valorização do planejamento como elemento da boa gestão.

A quinta sugestão foi de ressaltar no texto a relevância da negociação e da pactuação para a gestão compartilhada do SUS, pois decisões não pactuadas com o Conass e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) não se efetivam, a exemplo do que ocorreu com a redefinição dos parâmetros assistenciais, em 2015, e com a instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), em 2011.

A sexta sugestão foi para deixar mais claro que a informatização no SUS precisa ser ampliada não apenas no âmbito das unidades de saúde, mas também das unidades gestoras do sistema. Em algumas localidades, ainda não se alcançou uma completa informatização das secretarias de saúde e de outras unidades de gestão do SUS, o que é um requisito importante para aumento das possibilidades de êxito na institucionalização do planejamento no sistema de saúde.

A sétima proposta foi de não se propor a criação de um programa de monitoramento e avaliação, e sim fomentar o planejamento, o monitoramento e a avaliação no SUS por meio da

informatização das unidades de saúde e gestoras e da capacitação dos trabalhadores, especialmente dos profissionais que atuam na administração dessas unidades. Como o monitoramento e a avaliação são processos conectados ao planejamento, o mais adequado é não os separar, ainda que se reconheça que o monitoramento e a avaliação são menos valorizados no Brasil. Também se ressaltou que não convém dispor de um sistema nacional de monitoramento e avaliação que não seja o dos objetivos e metas que constam dos planos de saúde, com foco nos resultados. A relação entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios não é de subordinação, então, não cabe a criação de um sistema nacional para monitoramento e avaliação da estrutura e dos processos das secretarias de saúde. Ademais, o que interessa à população são os resultados, que seriam publicitados no sistema de acesso público proposto para disponibilização de informações pelas três esferas de governo.

E, por fim, a última sugestão de modificação das propostas apresentadas pela equipe do Ipea foi para não se recomendar uma política que agregue as soluções propostas, pois isso poderia deixar esse esforço marcado como algo realizado por um governo específico. Para se promover continuidade dos esforços de institucionalização da gestão estratégica e do planejamento, poder-se-ia desencadear uma discussão mais ampla com atores-chave a partir das ações propostas, considerando-se a complexidade do SUS e buscando-se construir consenso em torno da gestão estratégica desse sistema e das ações necessárias ao seu aperfeiçoamento.

Quanto à sugestão de inclusão de novas soluções, sugeriu-se o desenvolvimento de uma burocracia estável na saúde. A precariedade dos vínculos de trabalho em todas as esferas de governo constitui um obstáculo ao aprimoramento da gestão estratégica no SUS. Nesse sentido, reforçou-se a relevância de se retomar a figura do sanitário²², que entraria no sistema por meio da criação de carreiras federal e estaduais.

Destacou-se também a necessidade de cumprimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 2012,²³ quanto ao rateio de recursos federais para transferência aos entes da Federação, uma vez que o repasse pulverizado de recursos como ocorre hoje constitui grande empecilho ao planejamento no SUS. Ademais, há a necessidade de ampliação dos recursos para o financiamento desse sistema e de que o PPA federal 2024-2027 reflita uma mudança a esse respeito.

22. Está em tramitação na Câmara dos Deputados o PL nº 1.821/2021, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de sanitário. De acordo com o segundo substitutivo a esse projeto, poderiam ser habilitados como sanitários, entre outros casos, os diplomados em curso de graduação, de mestrado e de doutorado na área de saúde coletiva. Disponível em: <<https://bit.ly/3t0nXve>>.

23. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>.

TEXTO para DISCUSSÃO

Como o tema financiamento do SUS está sendo tratado em documento específico no âmbito do projeto Prioriza SUS, essa sugestão não será considerada neste texto.

4 ANÁLISE DO PROBLEMA ESTRUTURAL "GESTÃO ESTRATÉGICA DEFICIENTE DO SUS"

Conforme mencionado anteriormente, a análise do problema público foi apresentada em uma nota técnica (Vieira *et al.*, 2022). Entre as causas do problema público, encontra-se a "gestão estratégica deficiente do SUS", ocasionada, por sua vez, por processos de planejamento, monitoramento e avaliação deficientes e insuficientes, entre outras questões. Esse problema estrutural foi priorizado para enfrentamento e é objeto de análise nesta seção. Essa análise foi feita inicialmente pela equipe do Ipea e apresentada no documento-base do fórum de política pública, que foi objeto de discussão com atores-chave. As sugestões desses atores para o aperfeiçoamento da análise foram incorporadas, resultando na versão final que se apresenta a seguir.

A respeito da gestão do SUS, pode-se dizer que, de forma geral, ela não tem recebido de políticos e dos designados politicamente, especialmente do alto escalão dos governos, como ministros e secretários de saúde, a devida atenção, visando ao seu aperfeiçoamento. Embora a gestão seja uma importante função do sistema de saúde, não recebeu a merecida atenção por parte do Ministério da Saúde, coordenador nacional do SUS, que tem exercido o papel de indutor de políticas nacionais desde a sua criação. Entre 2010 e 2019, os recursos alocados pelo governo federal aos projetos de estados e municípios voltados ao fortalecimento da gestão local do sistema decresceram em 91%, passando de R\$ 499,2 milhões para R\$ 43,5 milhões em valores de 2019. Esse número é muito baixo quando comparado ao montante de recursos transferidos pelo governo federal para financiamento das ações e serviços públicos de saúde nos estados e municípios, cerca de R\$ 81,1 bilhões neste último ano (Vieira, 2020b). Em 2020, foi instituído um incentivo para aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, no valor de R\$ 450 mil para o Distrito Federal e estados com até duzentos municípios e de R\$ 800 mil para estados com mais de duzentos municípios, cujo recebimento dependia da apresentação de projeto por esses entes (Brasil, 2020b). Como se vê, o apoio financeiro do Ministério da Saúde para fortalecimento da gestão ocorreu de forma pontual, fragmentada, e apenas para os entes que apresentaram projetos com esse objetivo. Dessa forma, era baixa a probabilidade de produção de resultados significativos no aperfeiçoamento da gestão.

Parte da baixa priorização da função gestão do SUS decorre da insuficiência dos recursos que financiam o sistema. Para uma efetiva gestão, é preciso contar com número suficiente de profissionais com as qualificações necessárias. A existência de uma política de cargos e salários é fundamental. Mas, na realidade, o SUS sofre com a precarização do trabalho nas três esferas

de governo. Essa precarização pode ser entendida como o avanço do trabalho “incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo” (Kalleberg, 2009²⁴ *apud* Girardi *et al.*, 2010, p. 14). A terceirização da força de trabalho por meio das organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, empresas privadas, empresas públicas de direito privado, parcerias, entre outras formas de contratação, foi apontada como uma das causas dessa precarização (Druck, 2016). A saúde é muito intensiva no uso do trabalho humano, e isso não pode ser negligenciado, seja para a provisão de cuidados ou para a gestão do sistema de saúde em seus diferentes níveis.

Outra questão diz respeito à informatização das unidades de saúde do SUS. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde buscou ampliar a oferta de computadores e o acesso à internet nessas unidades, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde (Sousa *et al.*, 2019). Os esforços promoveram resultados positivos. A proporção de unidades básicas de saúde com acesso à internet passou de 73% em 2017 para 80% em 2018. Nesse último ano, apenas 2% dos estabelecimentos de saúde públicos não possuíam computadores de mesa e 8% deles não utilizaram internet nos últimos doze meses. Contudo, ainda há muito a ser feito nesta área. Cerca de 33% dos estabelecimentos de saúde não possuíam sistema eletrônico para registro das informações dos pacientes, e 38% permaneciam registrando informações clínicas e cadastrais dos pacientes apenas em papel (CGI.BR, 2019). Entretanto, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde relacionados à ação de informatização do programa Conecte SUS, 82% das equipes de saúde da família estavam informatizadas em maio de 2022 (Brasil, 2022a). De acordo com dados do programa Informatiza SUS, em maio do mesmo ano, 84% das unidades básicas de saúde contavam com prontuário eletrônico implantado, correspondendo a 71,6% dos municípios (Brasil, 2022b).

Essa cobertura apresenta o grande potencial para produção de informações para a gestão, incluindo o monitoramento e a avaliação. Contudo, ainda há alguns desafios importantes: i) a implantação com grande diferença por porte de municípios; ii) há diferença entre conectividade para atividades gerenciais e conectividade para acesso de profissionais que atuam na assistência; iii) o uso do prontuário eletrônico demanda cuidados com relação à proteção dos dados da população; e iv) ainda há muito a se avançar na integração da atenção primária à saúde (APS) com a rede de atenção à saúde.

Com relação ao prontuário eletrônico, o percentual de implantação em municípios acima de 100 mil habitantes era menor que 56%, sendo mais expressivo em municípios de até 5 mil habitantes (89,8%) (Brasil, 2022b). Com a existência dos serviços e seu uso, o fato de a unidade

24. Kalleberg, A. L. Crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, 2009.

TEXTO para DISCUSSÃO

de saúde dispor de acesso à internet não implica a disponibilidade de computadores e o acesso a essa rede pelos profissionais que atuam na assistência à saúde. É possível que o acesso a computadores e à internet ocorra para a realização de atividades gerenciais (Fernandes *et al.*, 2021).

Outra questão relevante refere-se à segurança dos dados pessoais e do seu compartilhamento. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) visa a garantir essa segurança, mas há preocupações sobre seu compartilhamento, particularmente com relação ao *Open Health*. Faz-se necessário definir claramente os protocolos e a garantia de sigilo na interoperabilidade dos dados compartilhados entre os vários pontos da rede de atenção, bem como para a gestão de saúde. Ainda que a LGPD vede o uso e o tratamento de dados pessoais para seleção de risco, contratação e exclusão de beneficiários, bem como o compartilhamento de dados sensíveis para obter vantagem econômica, o *Open Health* prevê que o beneficiário possa consentir o uso de seus dados pessoais cadastrais para fins de portabilidade (Brasil, 2022c).

Outras evidências da baixa prioridade conferidas à gestão do SUS são: i) a ausência de uma política para a gestão dos custos no sistema (Vieira, 2017); ii) as dificuldades relacionadas ao gerenciamento da incorporação, aquisição e logística de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; iii) a coordenação federativa insuficiente para a garantia da integralidade do atendimento; e iv) a inexistência de um sistema de planejamento integrado e ascendente dos entes da federação associado a mecanismos que possibilitem o monitoramento e a avaliação das ações governamentais de forma transparente.

A atividade de planejamento por parte do Estado brasileiro para a promoção do desenvolvimento nacional, do bem-estar e da justiça social está estabelecida nos arts. 174 e 193 da CF/1988 (Brasil, 1988):

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

§ 1º A lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento.

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas.

A respeito das competências da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em matéria de planejamento no SUS, a Lei nº 8.080 estabelece o seguinte (Brasil, 1990a):

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

(...) XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (...); e

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

(...) II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual (...).

O processo de planejamento e orçamento ascendente está previsto nos arts. 36 e 37 dessa mesma lei (Brasil, 1990a):

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

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

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

TEXTO para DISCUSSÃO

Entretanto, passados mais de trinta anos da criação do SUS, tal sistema não foi implementado de forma efetiva, a julgar pela inexistência de uma verdadeira integração dos processos de planejamento do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal. A ascendência, nesse caso, faz supor que as prioridades para a ação governamental em nível municipal, definidas a partir de uma análise das necessidades de saúde da população, devem ser consideradas no planejamento estadual e que, por sua vez, as prioridades definidas nesta esfera sejam consideradas no planejamento federal. Dessa forma, respeitadas as competências de cada esfera de governo, seria possível concentrar esforços, evitar a duplicação de iniciativas e otimizar a aplicação dos recursos com sinergia da ação governamental (Vieira, 2009).

É claro que a implementação do planejamento ascendente, entendido como um processo articulado de planejamento que se inicia no nível dos municípios para produzir subsídios ao planejamento no nível dos estados e destes para o nível federal, não constitui algo tecnicamente simples. Isso explica, em parte, o fato de ele ainda não ter sido colocado em prática. Além disso, tal empreitada depende de vontade política, especialmente na esfera federal, e de sua capacidade para coordenar o sistema de saúde.

Sobre o desenvolvimento de método para o planejamento ascendente e participativo nos primórdios do SUS, Merhy (1993) enfatizou a necessidade de se considerarem as experiências de planejamento acumuladas em alguns municípios. Para ele, os municípios haviam criado várias alternativas para enfrentamento dos obstáculos do sistema e deveriam ser sujeitos efetivos da gestão da política de saúde. Essa mesma visão era compartilhada por Carvalho (2012), que, ademais, defendia um planejamento descomplicado, ascendente, com menor rigor metodológico, mas com participação efetiva dos responsáveis pela implementação das ações. Em suas próprias palavras, ele era “contra a ideia de planejadores que planejam para os outros” e apenas admitia como planejador em uma secretaria de saúde “aquele que orienta e faz funcionar o processo participativo, ascendente”, que “dá o tom, apoia e faz a parte burocrática a partir da ideia e contribuição do coletivo” (Carvalho, 2012).

A fim de fomentar o planejamento no âmbito do SUS, o governo federal implementou algumas iniciativas. Em 1999, o Ministério da Saúde propôs um método para o planejamento estratégico, inspirado no PES de Carlos Matus e considerando a contribuição teórica de outros autores, “para ser utilizado pelas diversas instâncias que compõem o setor saúde no Brasil, aí incluídas as esferas públicas federais, estaduais, municipais, organizações não governamentais, lideranças comunitárias etc” (Brasil, 1999, p. 5). Trata-se de um instrumento interessante, mas limitado pelo fato de não ter sido discutido e aperfeiçoado a partir das contribuições dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como de outros atores do sistema

de saúde. Ademais, a proposta evidencia o não enfrentamento do desafio de se pensar metodologias para a implementação do planejamento ascendente no SUS.

Uma tentativa de implementação de um processo de planejamento mais estruturado ocorreu com o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) em meados dos anos 2000. A proposta, construída inicialmente por um grupo *ad hoc*, vinculado à Secretaria Técnica da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), foi discutida com profissionais de planejamento dos estados e dos municípios, resultando em um instrumento que tinha o propósito de

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, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira (Brasil, 2007, p. 10).

Os objetivos do PlanejaSUS eram: i) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no SUS; ii) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos; iii) implementar e difundir a cultura de planejamento para integrar e qualificar as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; iv) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e v) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados. Os produtos previstos dos processos de planejamento eram o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão (Vieira, 2009).

Machado, Baptista e Lima (2010) reconheceram os avanços promovidos pelas iniciativas voltadas ao aperfeiçoamento do planejamento em saúde em âmbito federal nos anos 2000, o que inclui o PlanejaSUS. Entretanto, as autoras observaram a existência de obstáculos ao seu desenvolvimento, tais como o financiamento insuficiente do SUS, que comprometeu a execução dos planos de saúde, o baixo enfrentamento de problemas estruturais e a fragilidade da lógica territorial no planejamento nacional. Especificamente sobre o PlanejaSUS, Barros (2012) enfatizou que, a despeito da importância dessa experiência, ela estava longe de consolidar um sistema efetivo de planejamento. Isso porque houve predominância das prioridades do governo federal, com utilização do financiamento para induzir suas iniciativas, o que resultou em reprodução de programas e projetos nos estados e municípios, independentemente das prioridades e das ações previstas nos planos de saúde desses governos subnacionais.

A autora chamou ainda a atenção para as questões federativas que configuram o contexto em que o processo de planejamento ocorre e que desafiam a implementação de um sistema

TEXTO para DISCUSSÃO

integrado nessa área. Enfatizou que o federalismo brasileiro é único no mundo pela extensão do pacto necessário entre o governo central e os governos locais, pela grande desigualdade econômico-social entre os parceiros e porque a maioria das competências em matéria de saúde é comum às três esferas de governo, o que demanda grandes esforços de coordenação do sistema de saúde. Para ela, um grande desafio ao planejamento integrado e ascendente é de ordem cultural e política (Barros, 2012).

No início dos anos 2010, o PlanejaSUS foi abandonado, e novas diretrizes para o planejamento no SUS foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 2013, entre elas a do planejamento ascendente e integrado, do nível local ao federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas. Os instrumentos do planejamento permaneceram os mesmos que haviam sido definidos na época do PlanejaSUS:

- 1) O plano de saúde (PS), que explicita os compromissos do governo para o período de quatro anos.
- 2) A programação anual de saúde (PAS), que operacionaliza os compromissos assumidos no plano de saúde, com definição de metas e previsão de recursos a serem alocados anualmente.
- 3) O relatório anual de gestão (RAG), que apresenta os resultados obtidos a cada ano.

Conforme essas novas orientações, o PS e o RAG deveriam ser submetidos aos respectivos conselhos de saúde dos entes da Federação por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) foi criado. O RDQA foi instituído como instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, devendo ser apresentado pelo gestor do SUS na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação em audiência pública (Brasil, 2013).

Além disso, as novas diretrizes dispunham sobre o planejamento regional integrado (PRI), a ser elaborado no âmbito da região de saúde, considerando as necessidades de saúde constantes dos planos municipais. O plano resultante do PRI deveria conter: i) uma análise da situação de saúde na região de saúde; ii) as diretrizes, os objetivos plurianuais, as metas anuais, os prazos de execução, indicadores e responsabilidades dos entes federados; e iii) a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGAS). Deveria ser pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) (Brasil, 2013).

A despeito de a nova regulamentação dispor sobre a implementação de um processo de planejamento no SUS, ascendente e integrado, tampouco se avançou nesse sentido. O sistema criado para facilitar a elaboração e dar transparência ao PS e ao RAG, o SARGSUS, consistia em um repositório de arquivos do tipo PDF, pouco favorecendo a realização de análises sobre as

necessidades de saúde, diretrizes, objetivos e metas definidos em nível local, a fim de subsidiar o planejamento nos níveis estadual e federal do SUS. O SARGSUS também não era utilizado pelo Ministério da Saúde para monitorar e avaliar a execução dos recursos federais transferidos. A sua concepção na forma de repositório dificultava a realização dessas atividades (CGU, 2019).

Além disso, os esforços do governo federal se concentraram na pactuação de um novo instrumento, o Coap, criado pelo Decreto nº 7.508, de 2011.²⁵ A proposta era de que o Coap resultasse da integração dos planos de saúde dos entes da federação constituintes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como base as pactuações estabelecidas na CIT, estando sua implementação a cargo das secretarias estaduais de saúde. Esse contrato deveria expressar a produção resultante do PRI e ser assinado pelos representantes das três esferas de governo envolvidas. Contudo, mesmo sob forte indução do Ministério da Saúde para sua celebração em todo o território nacional, apenas dois estados com seus respectivos municípios assinaram esse contrato (Ipea, 2016).

Como se pode notar a partir dessa descrição sobre o Coap, ele era mais um instrumento de organização e de definição de responsabilidades na oferta regional de serviços de saúde e nas redes de atenção à saúde do que produto de um planejamento integrado do SUS, que considerasse os problemas estruturais do sistema e os de saúde da população, definindo ações para superá-los. Ademais, juntamente com o Coap, havia uma profusão de instrumentos de planejamento e programação em saúde, ou a eles relacionados, capazes de causar muita confusão entre os gestores. Permaneceram vigentes o PS, a PAS e o RAG, os quais dialogavam com os instrumentos orçamentários (PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA). Além desses, havia o Mapa da Saúde, o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, o Plano Operativo Anual, a PGAS, o Mapa de Metas, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) para entes que não haviam aderido ao Coap, e o Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso (Ipea, 2016). Não se pretende aqui descrever cada um desses instrumentos, mas tão somente evidenciar as dificuldades de os gestores lidarem com tantos instrumentos.

Em 2017, sob a batuta de uma agenda de austeridade fiscal na União, o planejamento ascendente voltou a ser discutido pelo Ministério da Saúde no âmbito da iniciativa que ficou conhecida como SUS Legal. A proposta do SUS Legal era de repasse global dos recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, desvinculados de qualquer política, programa ou serviço de saúde. Assim, a decisão da área de alocação desses recursos ficaria sob a responsabilidade dos entes subnacionais. A ideia era inicialmente implementar o repasse global com desvinculação do gasto e, depois, o planejamento ascendente. Como se pode constatar, essa proposta subvertia a ordem natural dos processos de planejamento, que é de definir inicialmente as prioridades, depois as ações

25. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

TEXTO para DISCUSSÃO

e, na sequência, os recursos necessários. Além disso, dificultaria a coordenação do SUS pelo Ministério da Saúde por meio da aplicação do mecanismo de transferências condicionadas. Ao final, a desvinculação pretendida não foi aprovada. Houve flexibilização da aplicação dos recursos durante o exercício financeiro, mas os entes permaneceram obrigados a alocar o montante repassado a cada ano às áreas aos quais estavam vinculados (Ipea, 2018; Jaccoud e Vieira, 2018).

De toda forma, com a retomada da discussão sobre o planejamento ascendente, o Ministério da Saúde regulamentou em 2019 o DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (DGMP) em substituição ao SARGSUS. Ficou estabelecido que o DGMP é de uso compulsório pelos entes subnacionais para registro de informações e documentos relativos ao PS, à PAS e às metas da pactuação de indicadores e para a elaboração e envio ao conselho de saúde do RDQA e RAG (Brasil, 2019; Brasil, 2021a). À exceção dessa mudança quanto ao sistema de informação a ser utilizado, não houve modificação da regulamentação sobre o planejamento no SUS em relação àquela estabelecida em 2013. As disposições sobre esse tema foram recepcionadas na Portaria de Consolidação nº 1, de 2017, e permanecem vigentes (Brasil, 2017b).

A despeito da obrigatoriedade de registro das informações no DigiSUS, alguns entes subnacionais não cadastraram seus instrumentos de planejamento nesse sistema. No âmbito estadual, para o período 2020-2023, um estado não tinha iniciado o processo de aprovação do PS pelo respectivo conselho de saúde, utilizando-se desse sistema, e, no âmbito municipal, para o período de 2018-2021, 85 municípios não deram início ao processo.²⁶ (Brasil, 2022e).

O DigiSUS representa uma versão melhorada do SARGSUS por possibilitar o cadastramento das ações, metas e indicadores previstos no PS e na PAS no próprio sistema. Entretanto, ainda é um sistema de acesso restrito aos gestores do SUS e conselheiros de saúde. Não há disponibilização do conteúdo dos documentos para um fácil acompanhamento pela sociedade dos compromissos assumidos pelos governantes. No Painel da Situação dos Instrumentos de Planejamento da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde é possível acompanhar o número de municípios e estados por situação do PS, da PAS e do RDQA,²⁷ e ter acesso aos arquivos PDF desses documentos (Brasil, 2021c; 2021d). Assim, nesse ponto, acabou-se reproduzindo o que o SARGSUS já fazia. Outra questão é que, para que o DigiSUS servisse ao acompanhamento dos instrumentos de planejamento pela sociedade, de uma forma completa, o próprio Ministério da Saúde deveria disponibilizar as suas informações nesse sistema, o que não ocorre atualmente.

26. Situação em 30 abr. 2022.

27. Disponível em: <<https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>>. As situações para o PS, por exemplo, são: não iniciado, retorno para ajustes, em elaboração, em análise no conselho de saúde, não aprovado, aprovado com ressalvas e aprovado.

Ademais, não está claro de que forma o Ministério da Saúde utiliza as informações provenientes dos instrumentos de planejamento dos entes subnacionais para a realização do seu próprio planejamento. Se essas informações não servem de base ao planejamento federal, fica difícil falar em planejamento ascendente, mesmo que de forma incipiente. Outro ponto importante é que os instrumentos de planejamento parecem refletir muito pouco as diretrizes para a política definidas nas conferências de saúde, havendo, inclusive, um desalinhamento de tempos entre a realização das conferências e a produção desses instrumentos (Ricardi, Shimizu e Santos, 2017). Tal situação, aliada à ausência de mecanismos transparentes e efetivos para o controle social dos compromissos assumidos pelos gestores públicos nos seus planos de saúde e demais instrumentos de planejamento, revela o baixo grau de responsividade dos governos e uma cultura organizacional que valoriza muito pouco o planejamento como função do Estado.

Outro problema que dificulta a efetividade do planejamento no SUS e a continuidade das políticas públicas no Brasil é a elevada rotatividade de secretários de saúde e de ministros da saúde. O ideal seria ter apenas um gestor de saúde durante os mandatos municipais, estaduais e federal. Mas os dados que são apresentados a seguir indicam que isso ocorreu em menos da metade dos entes da Federação nos últimos anos.

As tabelas 1 e 2 apresentam dados relativos aos secretários municipais de saúde. Observa-se que há pouca variação quanto à média e à mediana do número de gestores segundo as faixas de porte populacional dos municípios. No período completo de quatro anos da gestão de 2017-2020, 50% dos municípios tiveram dois secretários de saúde em todas as faixas de porte populacional. Isso significa que essas prefeituras tiveram um gestor de saúde, em média, a cada 24 meses.

Analisando-se os dois períodos completos de gestão (2013-2016 e 2017-2020), verifica-se um aumento no número de municípios que tiveram mais do que um secretário de saúde no período de quatro anos.

TABELA 1

Média e mediana de secretários de saúde municipais segundo faixas de porte populacional dos municípios e períodos de gestão

Faixas de porte populacional	Número de municípios (2021)	Secretários de saúde ¹					
		2013-2016 (Dados de quatro anos)		2017-2020 (Dados de quatro anos)		2021-2024 (Dados de 2021 a 10 out. 2022)	
		Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Até 5 mil habitantes	1.249	1,6	1	1,8	2	1,3	1
De 5.001 a 10 mil habitantes	1.201	1,7	1	2,0	2	1,3	1
De 10.001 a 20 mil habitantes	1.319	1,8	1	2,0	2	1,3	1

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Faixas de porte populacional	Número de municípios (2021)	Secretários de saúde ¹					
		2013-2016 (Dados de quatro anos)		2017-2020 (Dados de quatro anos)		2021-2024 (Dados de 2021 a 10 out. 2022)	
		Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
De 50.001 a 100 mil habitantes	354	2,0	2	2,3	2	1,5	1
De 100.001 a 500 mil habitantes	277	2,1	2	2,4	2	1,5	1
Mais de 500 mil habitantes	48	1,9	2	2,0	2	1,4	1

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: ¹ Trata-se de uma aproximação ao número de secretários de saúde em cada ente da Federação. Os gestores da saúde precisam efetuar cadastro no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para homologação das despesas com saúde, que devem ser informadas bimestralmente, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012. Como essa homologação é feita com certificado digital, a cada mudança de secretário de saúde, o novo gestor precisa efetuar seu cadastro nesse sistema.

Obs.: Para limpeza da base de dados por erro de cadastro, eliminaram-se nomes repetidos de secretário para o mesmo ano. Pode ser que esse procedimento tenha eliminado da base algum secretário que tenha assumido esse posto em municípios distintos no mesmo ano.

TABELA 2

Total de municípios segundo o número de secretários de saúde por períodos da gestão municipal

Secretários de saúde ¹	Número de municípios		
	2013-2016 (Dados de quatro anos)	2017-2020 (Dados de quatro anos)	2021-2024 (Dados de 2021 a 10 out. 2022)
1 (um)	2.777	2.297	4.054
De 2 a 3	2.447	2.655	1.458
De 4 a 5	313	554	54
De 6 a 7	30	57	2
8 ou mais	1	5	0
Total	5.568	5.568	5.568

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: ¹ Trata-se de uma aproximação ao número de secretários de saúde em cada ente da Federação. Os gestores da saúde precisam efetuar cadastro no Siops para homologação das despesas com saúde, que devem ser informadas bimestralmente, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012. Como essa homologação é feita com certificado digital, a cada mudança de secretário de saúde, o novo gestor precisa efetuar seu cadastro nesse sistema.

Obs.: Para limpeza da base de dados por erro de cadastro, eliminaram-se nomes repetidos de secretário para o mesmo ano. Pode ser que esse procedimento tenha eliminado da base algum secretário que tenha assumido esse posto em municípios distintos no mesmo ano.

O indicador de tempo de permanência no cargo mostra também um retrato bastante preocupante para o caso dos estados (tabela 3). No período completo de gestão de 2015-2018, a mediana do tempo no cargo foi de 24 meses. No caso do período mais recente (2019 – 10 out. 2022), marcado pela pandemia de covid-19, o tempo de permanência foi consideravelmente mais baixo em alguns estados. No governo federal, nesse mesmo período, foram quatro ministros da saúde.²⁸

TABELA 3

Número de secretários estaduais de saúde e tempo médio de permanência no cargo por período de gestão

Estados	Número de secretários			Tempo médio de permanência no cargo (em meses)		
	2011-2014 (Dados de 2013 a 2014)	2015-2018 (Dados de quatro anos)	2019-2022 (Dados de 2019 a 10 out. 2022)	2011-2014 (Dados de 2013 a 2014)	2015-2018 (Dados de quatro anos)	2019-2022 (Dados de 2019 a 10 out. 2022)
Acre	1	3	3	24	16	15
Alagoas	1	2	1	24	24	45
Amazonas	1	3	5	24	16	9
Amapá	2	3	2	12	16	23
Bahia	2	1	2	12	48	23
Ceará	1	3	4	24	16	11
Distrito Federal	1	3	4	24	16	11
Espírito Santo	1	1	1	24	48	45
Goiás	2	1	2	12	48	23
Maranhão	1	2	1	24	24	45
Minas Gerais	2	3	3	12	16	15
Mato Grosso do Sul	2	2	2	12	24	23
Mato Grosso	1	3	2	24	16	23
Pará	1	2	2	24	24	23
Paraíba	1	2	2	24	24	23
Pernambuco	2	1	1	12	48	45
Piauí	2	2	1	12	24	45
Paraná	1	1	3	24	48	15
Rio de Janeiro	2	2	4	12	24	11
Rio Grande do Norte	1	2	1	24	24	45
Rondônia	1	1	2	24	48	23
Roraima	2	5	10	12	10	5
Rio Grande do Sul	1	2	2	24	24	23

(Continua)

28. Disponível em: <<https://bit.ly/2JSNmxB>>.

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Estados	Número de secretários			Tempo médio de permanência no cargo (em meses)		
	2011-2014 (Dados de 2013 a 2014)	2015-2018 (Dados de quatro anos)	2019-2022 (Dados de 2019 a 10 out. 2022)	2011-2014 (Dados de 2013 a 2014)	2015-2018 (Dados de quatro anos)	2019-2022 (Dados de 2019 a 10 out. 2022)
Santa Catarina	1	4	3	24	12	15
Sergipe	2	5	1	12	10	45
São Paulo	1	1	2	24	48	23
Tocantins	2	2	3	12	24	15
Média	1,4	2,3	2,6	19,1	26,6	24,5
Mediana	1	2	2	24	24	23

Fonte: Ministério da Saúde.

- Obs.: 1. Trata-se de uma aproximação ao número de secretários de saúde em cada ente da Federação. Os gestores da saúde precisam efetuar cadastro no Siops para homologação das despesas com saúde, que devem ser informadas bimestralmente, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012. Como essa homologação é feita com certificado digital, a cada mudança de secretário de saúde, o novo gestor precisa efetuar seu cadastro nesse sistema.
2. Para limpeza da base de dados por erro de cadastro, eliminaram-se nomes repetidos de secretário para o mesmo ano. Pode ser que esse procedimento tenha eliminado da base algum secretário que tenha assumido esse posto em municípios distintos no mesmo ano.

Adicionalmente, nos últimos anos, o aumento da alocação de recursos federais por meio de emendas parlamentares também tem contribuído para dificultar o planejamento no SUS. Esses recursos são contabilizados no piso da saúde, que está congelado, em termos reais, no patamar de 2017 até 2036. Como o critério de alocação das emendas é primordialmente político, os recursos do Ministério da Saúde, de um orçamento muito restrito, acabam sendo distribuídos de forma bastante desigual, tornando mais difícil a programação em saúde tanto no nível federal quanto dos estados e dos municípios (Piola e Vieira, 2019; Vieira, 2022).

Quanto ao planejamento em nível local, destacam-se duas experiências que mostram a relevância dada a esse processo e os esforços para sua realização: i) a do município de Salvador, que elaborou um guia de planejamento em saúde (Salvador, 2020); e ii) a do município de Niterói, que implementou um processo de planejamento em saúde participativo (Niterói, 2022). No âmbito estadual, ressalta-se a iniciativa do Conass de promoção do planejamento estratégico nas secretarias estaduais de saúde, o que foi feito com grande participação, visto que teve adesão e produção de mapas estratégicos para todas elas (Brasil, 2022d).

Apesar dos avanços, ainda são grandes os desafios à institucionalização do planejamento no SUS como previsto na Lei nº 8.080/1990. Experiências descritas na literatura técnico-científica sobre o tema estão geralmente circunscritas ao nível local, seja no âmbito dos municípios ou das

unidades de saúde, seja ao nível dos estados. Em muitos casos, o propósito costuma ser a programação em saúde, e não um processo que vise à superação dos problemas estruturais do sistema. Não se encontrou produção técnica ou acadêmica que proponha meios para a concretização do planejamento ascendente.²⁹

Sobre os requisitos para a promoção de avanços no planejamento do SUS, Barros (2012) destacou os seguintes: i) fortalecimento da função política do planejamento; ii) concepção de um sistema de planejamento para o SUS; iii) sensibilização política ao processo de planejamento; iv) desenvolvimento de metodologias e capacitação de equipes; v) consideração das necessidades de saúde da população; e vi) forte coordenação para evitar fragmentação dos processos decisórios sobre ações que são interdependentes.

O planejamento é uma relevante função do Estado. Sua realização é fundamental para a construção da estrada que nos levará a um futuro melhor. Que nos ajude a construir um SUS que de fato garanta acesso às ações e serviços de saúde, de qualidade, de forma universal, igualitária e integral. Que promova uma mudança da realidade social. Por essa razão, neste texto, no qual se discute a gestão estratégica do SUS, priorizou-se o seguinte problema a ser enfrentado: processos de planejamento, monitoramento e avaliação deficientes e insuficientes. Compreende-se que, a partir de um efetivo processo de planejamento, será possível mitigar ou eliminar outros problemas que comprometem a gestão e o desempenho do sistema de saúde.

Como mencionado anteriormente, o SUS enfrentou desde a sua criação momentos de baixa priorização política e grandes desafios relacionados, particularmente, ao seu financiamento. Mas o contexto atual, político e social, favorece a implementação de políticas que visem ao seu fortalecimento, ainda que o contexto econômico no curto prazo seja desfavorável. Do ponto de vista político, assumiu a chefia do governo federal em 2023 uma coalizão que, durante a campanha eleitoral, ainda que com a explicitação de agendas favoráveis ao setor privado, como mais subsídios fiscais e coparticipação para acesso a medicamentos, afirmou o seu “compromisso com o fortalecimento do SUS público e universal” (Scheffer e Bahia, 2022, p. 5). Do ponto de vista social, a pandemia de covid-19 contribuiu para um reconhecimento na sociedade da importância estratégica do SUS, o que contribui para a defesa desse sistema. Ainda que seja difícil prever por quanto tempo esse efeito durará, a expectativa é de uma maior conscientização e mobilização

29. Na consulta feita na Biblioteca Virtual em Saúde, que contempla bases de literatura técnico-científica da área da saúde, para os termos “planejamento”, “ascendente” e “sistema único de saúde”, nos campos do título, resumo e assunto, não se recuperou documento que trate de formas ou métodos para a realização do planejamento ascendente no SUS.

TEXTO para DISCUSSÃO

de formadores de opinião em favor desse sistema. Além disso, pode-se ter criado um ambiente favorável para maior controle social do SUS e sua defesa por parte desses atores e da população.

Mesmo que o contexto econômico seja desfavorável ao fortalecimento do SUS no curto prazo, em decorrência do baixo crescimento econômico do país nos últimos anos e da vigência do teto de gastos, que limitou as despesas primárias da União e congelou a aplicação mínima federal em ações e serviços públicos de saúde, é provável que, na confirmação do compromisso do novo governo para com o SUS e, com o apoio da sociedade, seja possível criar condições para eliminar ou flexibilizar o teto de gastos e, com isso, ampliar a alocação de recursos ao SUS. Mesmo que algumas ações propostas a seguir possam ser realizadas com os recursos atualmente disponíveis, a maioria delas carece de destinação de recursos adicionais para serem implementadas na íntegra no médio prazo (durante os quatro anos de gestão). Dessa forma, maior aporte de recursos para o financiamento do SUS é condição fundamental para o êxito das soluções que serão discutidas na próxima seção. Esse continua sendo um dos grandes desafios para se avançar na consolidação do SUS constitucional.

5 SOLUÇÕES PROPOSTAS PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DOS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DEFICIENTES E INSUFICIENTES

Nesta primeira etapa, buscou-se propor algumas ações a serem implementadas pelo governo federal para enfrentar as deficiências do SUS relacionadas ao planejamento, monitoramento e avaliação. Mas, antes de discuti-las, apresentam-se algumas balizas que delimitam a proposição dessas ações.

5.1 Balizas para a proposição de soluções

A primeira baliza diz respeito ao modelo de serviço público que se deseja fomentar. Nesse ponto, recorre-se aos princípios defendidos por Denhardt e Catlaw (2017) em sua proposta denominada de NSP. A gestão do SUS deve se pautar pela visão de que o interesse público se coloca acima de qualquer outro interesse particular e de que a população brasileira, a quem esse sistema deve prover ações e serviços de saúde, é constituída por cidadãos portadores de direitos em um Estado democrático de direito. Os princípios do NSP estão em plena sintonia com aqueles enunciados no art. 37 da CF/1988 para a administração pública brasileira: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Brasil, 1988). A questão, então, é: de que forma as organizações podem se tornar mais públicas e mais democráticas expressando esses valores?

A segunda baliza está relacionada ao arcabouço constitucional e legal do SUS. Os valores societários publicamente definidos no Brasil constam da CF/1988 e, para o sistema de saúde, envolvem a universalidade e a igualdade do acesso aos serviços, além da integralidade do cuidado à saúde, sendo o acesso a esses serviços um direito de cada indivíduo e um dever do Estado. A eficiência como princípio da administração pública brasileira é um importante valor, mas não se sobrepõe aos princípios associados aos direitos fundamentais da população. A equidade deve sempre ser buscada no SUS, na medida em que as necessidades de saúde dos cidadãos forem satisfeitas, com igual qualidade para todos, segundo as necessidades de cada um, pois é essencial para o alcance da igualdade.

A terceira baliza diz respeito à forma federativa do Estado e à gestão compartilhada do SUS. Desafiadores por suas dimensões e natureza, a forma do Estado e o desenho do SUS demandam esforços de coordenação e cooperação. Segundo Follet (1998³⁰ *apud* Denhardt e Catlaw, 2017), a coordenação é força propulsora maior do que a autoridade e o controle. O planejamento, o monitoramento e a avaliação da ação governamental requerem atuação conjunta dos entes da Federação para potencializar os resultados e evitar iniciativas que anulem ou diminuam os efeitos umas das outras. Além disso, é importante que haja respeito às realidades locais e aos avanços já promovidos nessa temática. O governo federal não pode assumir uma visão centralizadora no processo de planejamento. Os métodos e as dinâmicas que serão utilizados em cada contexto precisam ser discutidos e definidos pelos entes da Federação.

A quarta baliza é que, embora a ascendência do planejamento represente um grande desafio de implementação nesse contexto, ela é crucial para se promoverem sinergias na ação governamental. Os esforços da União e dos estados precisam se somar aos dos municípios no enfrentamento dos problemas de saúde da população e dos problemas estruturais do SUS. É preciso tirar o máximo proveito dos recursos alocados ao sistema de saúde, fazendo-se necessária a integração e a coordenação dos processos de planejamento estratégico desse sistema.

Por fim, a quinta baliza é que o processo de planejamento deve ser participativo. O planejamento não deve ser uma atribuição exclusiva das áreas de planejamento das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde. Sem a participação das áreas finalísticas que formulam e implementam as políticas, os planos produzidos pelas áreas de planejamento não passam de documentos pró-forma, são ineficazes para o propósito de orientar a ação dos governos para uma mudança da realidade social. A participação também não deve se restringir aos gestores e corpo técnico das secretarias e do Ministério da Saúde. Deve-se possibilitar que as instâncias de participação

30. FOLLET, M. P. *The new state: group organization, the solution of popular government*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press, 1998.

TEXTO para DISCUSSÃO

popular e controle social atuem na análise e discussão dos planos produzidos, incorporando-se as sugestões que vierem a ser feitas e acordadas. A escuta dos usuários, dos trabalhadores da saúde e de representantes da sociedade civil organizada, bem como a promoção do engajamento deles, é fundamental nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS.

A seguir, passa-se ao detalhamento das soluções propostas.

5.2 Proposta para aperfeiçoar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação no SUS

Propõe-se a implementação de ações no SUS com o objetivo de redimensionar o seu sistema de planejamento, monitoramento e avaliação em âmbito nacional, tendo por principais instrumentos a regulamentação e a informação ao público. De um lado, a regulamentação seria utilizada para estabelecer novas bases para o planejamento, visando à construção de um efetivo e integrado processo de planejamento ascendente e, de outro lado, a informação ao público alteraria a estrutura de incentivos e punições, contribuindo para moldar o comportamento dos políticos e gestores do SUS em prol de maior comprometimento, com o alcance dos resultados das ações governamentais e valorização do planejamento como instrumento de uma boa gestão pública.

As ações seriam propostas pelo Ministério da Saúde, discutidas e rediscutidas em diversas rodadas de negociações com os membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com as representações dos estados e dos municípios, Conass e Conasems, respectivamente, no Grupo de Trabalho de Gestão e na Câmara Técnica da CIT. As contribuições aprovadas nesse processo, visando ao aperfeiçoamento das propostas, seriam deliberadas e pactuadas no âmbito da CIT, podendo, caso se decida sobre um arranjo das ações no formato de política, compor o rol de políticas de organização desse sistema de saúde, constantes do capítulo III da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017c). A negociação e a pactuação das intervenções em saúde, sejam elas políticas, programas, ações e serviços, é medida imprescindível à gestão compartilhada do SUS e à efetividade dessas intervenções.

As seguintes ações poderiam ser implementadas:

5.2.1 Aperfeiçoamento do planejamento macro do SUS

Haveria o envolvimento das três esferas de governo: planejamento ascendente com efetiva participação social, articulação entre os instrumentos de planejamento desse sistema de saúde e da gestão pública e coordenação federativa.

Pode-se dividir o planejamento do SUS em duas grandes dimensões. A primeira consiste de um processo estratégico, ascendente, que envolve as três esferas de governo e as instâncias de participação (conferências e conselhos de saúde). Trata-se de um planejamento do sistema como um todo (macro), cujos objetivos e metas envolvem compromissos relacionados diretamente à situação de saúde da população. A segunda diz respeito ao planejamento estratégico, tático e operacional, no âmbito de cada unidade gestora (meso) e de saúde do SUS (micro), que deve se alinhar ao planejamento macro do sistema, mas tendo por foco objetivos e metas que envolvem compromissos relacionados diretamente à própria unidade gestora ou de saúde. Nesta seção, aborda-se o primeiro caso.

No planejamento macro do SUS, uma primeira questão que precisa ser enfrentada diz respeito à adequação dos processos de planejamento nas três esferas de governo a fim de que a ascendência no planejamento possa se concretizar do nível local ao nível federal. Isso exige sincronia entre a realização das conferências de saúde e dos planos de saúde, entre a elaboração das LDO, LOA e PAS, em cada esfera de governo, e entre as esferas de governo. A perfeita sincronia entre as três esferas de governo não é possível sem mudança legislativa porque os tempos da gestão nos municípios, nos estados e na União são diferentes.

Atualmente, tem-se uma gestão municipal para o período de 2021-2024, logo, o PPA municipal deve ser produzido para 2022-2025, mesmo período do PS municipal. Contudo, as conferências municipais de saúde não seguem um calendário compatível com a realização do planejamento de médio prazo para essa esfera de governo, expresso no PPA. A etapa municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde deveria ter sido realizada entre 2 de janeiro e 15 de abril de 2019 (Brasil, 2018a). Ou seja, a conferência foi realizada em 2019, e o PPA, em 2021, para vigor a partir de 2022 por quatro anos.

Por outro lado, as gestões estadual e federal possuem o mesmo tempo, 2019-2022, e o PPA estadual e federal têm vigência entre 2020-2023, assim como os PS dessas esferas. Uma sincronização do tempo nos três níveis de governo demandaria alteração da Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997, que estabelece normas para as eleições (Brasil, 1997), o que, evidentemente, é mais difícil de se fazer. Como uma mudança da lei eleitoral foge à governabilidade dos gestores do SUS, não se propõe tal alteração. Mais viável é propor que os PS e os PPA municipais sejam revistos à luz das diretrizes constantes das respectivas conferências municipais de saúde e que essas conferências e PS revistos sejam considerados no planejamento estadual e federal.

Uma vez que 2022 é um ano eleitoral para os estados e a União, junto com os municípios, que são as esferas que desempenham relevante papel de coordenação do SUS, tem-se uma oportunidade para realizar o planejamento do sistema em novas bases.

TEXTO para DISCUSSÃO

A 17ª Conferência Nacional de Saúde será realizada nas seguintes etapas: i) municipal: de novembro de 2022 a março de 2023; ii) estadual e do Distrito Federal: de abril a maio de 2023; e iii) nacional: de 2 a 5 de julho de 2023 (Brasil, 2021b). As propostas de PPA dos estados e da União deverão ser submetidas às respectivas casas legislativas, Assembleia Legislativa e Congresso Nacional, até 31 de agosto de 2023. Como os PS devem subsidiar a elaboração dos PPA, pois esses últimos contêm as ações governamentais priorizadas de todas as áreas de política pública no período de quatro anos, bem como a previsão de recursos alocados à sua concretização, a elaboração dos PS estaduais e nacional deve ocorrer antes dessa data, considerando não apenas as diretrizes e prioridades definidas nas conferências municipais e estaduais, mas também nos PS municipais e estaduais, respectivamente. Já os municípios podem revisar seus PS à luz das diretrizes definidas nas conferências municipais de saúde, realizando, na sequência, a revisão de seus PPA.

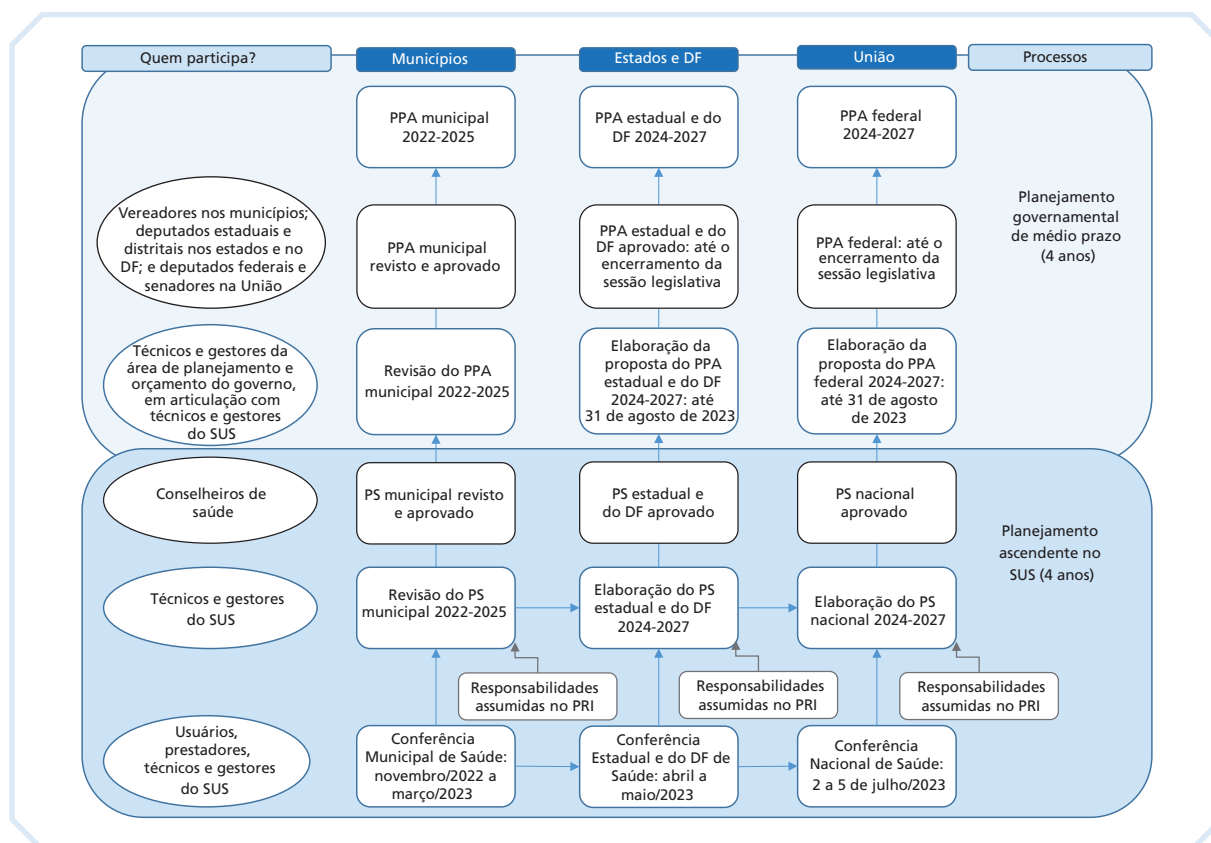
Uma dificuldade nesse processo é que a disponibilização dos relatórios das conferências de saúde pode levar alguns meses, o que constitui um obstáculo à sua utilização na elaboração dos PS. Dessa forma, é recomendável que a publicação das diretrizes aprovadas nessas conferências ocorra de forma tempestiva, considerando os prazos mencionados no parágrafo anterior. Poderia ajudar a publicação de uma versão prévia, ainda não submetida a processo de editoração, tão logo seja finalizada a conferência.

Resolvida essa questão, uma pergunta importante é: para a implementação do planejamento ascendente no SUS, como os instrumentos de planejamento devem ser articulados e quais informações dos instrumentos dos municípios devem ser consideradas pelo estado e quais informações dos instrumentos dos estados devem ser observadas pela União na realização do seu planejamento? A figura 1 apresenta essas inter-relações e ajuda a pensar sobre quais informações seriam necessárias.

A figura 1 mostra que, na base do planejamento do SUS, se encontram os relatórios das conferências que contêm diretrizes para a política de saúde para um período de quatro anos. Quando a conferência estadual for realizada, as diretrizes aprovadas nas conferências dos municípios do estado devem ser consideradas; quando for realizada a conferência nacional, as diretrizes definidas nas conferências estaduais e do Distrito Federal precisam ser observadas. Em cada ente da Federação, as diretrizes da conferência de saúde e as necessidades de saúde da população devem constituir a base para a elaboração do PS.

FIGURA 1

Inter-relação entre os instrumentos de planejamento do SUS e da gestão pública no planejamento ascendente



Elaboração dos autores.

Tome-se agora a situação de elaboração do PS estadual e nacional, tendo por base os PS municipais e estaduais, respectivamente. Como identificar as prioridades dos governos subnacionais nesses documentos? Como analisar diretrizes, objetivos e metas que são apresentados como texto em documentos com diversos formatos? E o que fazer quando houver antagonismo entre as diretrizes?

Para facilitar a análise desses documentos, a padronização do registro dessas informações é um passo importante. O DGMP já faz isso atualmente. Os entes da Federação precisam informar em campos específicos do sistema as diretrizes, objetivos e metas de seus PS (Brasil, 2021a). É justamente por meio da análise desses itens que se pode apreender as prioridades da ação governamental. E, para analisá-las em conjunto, existem *softwares* que possibilitam o processamento de extenso conteúdo textual, fazendo isso com o suporte de outros *softwares* de estatística.³¹

31. Um desses *softwares* é o Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Mais informações disponíveis em: <www.iramuteq.org>.

TEXTO para DISCUSSÃO

Assim, é possível analisar o conteúdo dos PS municipais, por exemplo, obtendo-se a partir do conjunto de documentos as informações sobre as questões centrais comuns a eles. Também é possível identificar temas menos frequentes, mas que podem ser importantes para um grupo menor de municípios. Um conhecimento geral sobre a realidade socioeconômica, e especificamente sobre as condições de saúde e os problemas do SUS nos municípios do estado, será fundamental para uma análise apurada dos PS municipais, com o suporte desses *softwares* de análise de texto. Eventuais contradições entre diretrizes poderão ser identificadas, equacionadas ou desconsideradas a partir da síntese do conteúdo desses documentos.

O ente planejador, estado ou União poderá elaborar o seu PS, que subsidiará a elaboração do respectivo PPA, com base nessas informações, obtidas a partir dos planos dos entes subnacionais, e considerando as suas competências e responsabilidades federativas na saúde, a análise da situação de saúde da população feita sob sua perspectiva e diretrizes da conferência de saúde, realizada na sua esfera de governo. Essa lógica concretizaria o planejamento ascendente no SUS.

Dessa forma, seria possível fazer com que as ações prioritárias definidas pelos municípios e pelos estados fossem reforçadas pela ação do governo estadual e federal, respectivamente. Mas o planejamento do estado e da União não se limita apenas ao reforço das prioridades estabelecidas localmente. A definição de ações a partir da perspectiva do ente planejador estadual ou federal também é importante. Há problemas que somente são identificados e podem ser adequadamente trabalhados pelo estado e pela União. Os municípios, quando planejam, olham para si. Os estados, quando planejam, conseguem identificar questões que afetam vários municípios e podem atuar de uma forma mais abrangente. E a União, quando planeja, olha para todo o território nacional e identifica problemas que muitas vezes não são percebidos pelos demais entes da Federação. Se a perspectiva de quem planeja é fundamental, também é igualmente importante para o SUS a capacidade de se olhar o território nacional de forma integral ou por unidades federativas, propondo-se ações para a superação de problemas que afetam vários municípios em um estado, ou vários municípios de diferentes estados. Por isso, o planejamento não deve ser apenas ascendente, mas também descendente. A priorização feita sob a perspectiva dos entes estaduais e da União também precisa ser considerada no planejamento municipal. É preciso que haja um fluxo constante de informações que alimentam e retroalimentam o planejamento nas três esferas de governo.

E como o planejamento feito para quatro anos, de médio prazo, traduz-se no planejamento anual, de curto prazo? Isso é feito por meio da elaboração da PAS, que contém os objetivos do PS desdobrados em metas anuais, contendo a previsão dos recursos necessários para a sua implementação. A fim de assegurar a coerência e a efetividade do planejamento do SUS e da gestão pública em cada esfera de governo, o PS deve subsidiar a elaboração da Proposta de Lei

de Diretrizes Orçamentárias (PLDO), e a PAS deve ser a base para a elaboração da Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA). Ambas são examinadas, emendadas e aprovadas nas respectivas casas legislativas dos entes da Federação. Deve haver uma intrínseca relação entre planejamento e orçamento, pois o orçamento expressa decisões políticas que pressupõem a definição de prioridades, visão de longo prazo e a defesa de interesses, e materializa, assim, as propostas contidas nos planos de governo (Toni, 2016).

Ademais, é preciso considerar no planejamento municipal, estadual e nacional as responsabilidades de cada ente no âmbito das RAS e das regiões e macrorregiões de saúde, assumidas no PRI, no qual se definem a oferta de serviços e a alocação de recursos de custeio e de capital para o seu financiamento (Brasil, 2017d; 2018b). Os compromissos de cada ente da Federação no âmbito das regiões, macrorregiões de saúde e das RAS precisam se fazer presentes no PS e na PAS de cada um deles, traduzindo-se em ações constantes do PPA, que se desdobram em programações de execução orçamentário-financeira anuais nas LOA. Dessa forma, o PRI se integra ao fluxo que envolve os instrumentos de planejamento do SUS e da gestão pública.

Outra questão fundamental no planejamento dos entes é que as metas quadrienais e anuais, por meio das quais se dá concretude aos objetivos, sempre que possível, deveriam ser territorializadas, de preferência vinculadas às populações beneficiadas. Por exemplo, se a meta de determinada secretaria estadual de saúde é garantir a disponibilidade dos medicamentos principais nas unidades públicas estaduais de saúde, sendo o indicador utilizado para a avaliação dessa meta o percentual de disponibilidade dos medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas estaduais de saúde, então, o indicador poderia ser calculado por município onde essas farmácias se localizam. Com isso, a população beneficiada por essas farmácias poderia ter maior clareza sobre o quanto o objetivo está sendo atingido no que lhe toca.

Tal sistemática é relevante para mostrar para a sociedade de quem é a responsabilidade pela implementação das ações e cumprimento das metas. Assim, a população de um município saberia que algumas metas devem ser cumpridas pelo governo municipal, outras, pelos governos estadual e federal, criando-se um mecanismo que promove a responsividade por parte dos gestores públicos. Para tanto, seria preciso dispor de sistema de informação que evidencie essa dinâmica, algo que consta do segundo item desta proposta de aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, monitoramento e avaliação da ação governamental.

Mas, antes de se passar para o segundo ponto, é preciso ponderar sobre quais são os requisitos para a implementação do planejamento ascendente, tal como descrito nesta seção. Primeiro, seria preciso dispor da vontade política dos gestores do SUS, especialmente do Ministério da Saúde. Uma proposta dessa natureza precisa contar com a capacidade indutora de políticas do

TEXTO para DISCUSSÃO

governo federal e teria mais chances de ser aprovada se partir do Ministério da Saúde, com a disponibilidade de apoio técnico e financeiro aos demais entes da Federação. Segundo, precisa ser discutida com o CNS para ganhar apoio, negociando-se modificações e incorporando-se as sugestões acordadas. Terceiro, precisa ser discutida, negociada e pactuada com os gestores do SUS, buscando-se incorporar suas sugestões para aprimoramento do processo.

5.2.2 Fomento ao planejamento em cada unidade gestora (meso) e de saúde (micro) do SUS

O SUS é constituído por diversas unidades gestoras, como o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde, assim como por unidades de saúde que atuam em diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Essas unidades também precisam planejar as suas ações, definindo objetivos e metas para elas próprias, o que contribui para o alcance dos objetivos e das metas constantes nos planos de saúde dos entes da Federação aos quais pertencem. No caso de unidades gestoras como o ministério e as secretarias de saúde, além dos objetivos e metas que envolvem compromissos relacionados à melhoria da saúde da população, constantes do respectivo plano de saúde, também precisam ser definidos objetivos e metas voltados para a própria unidade. Por exemplo, no caso da capacitação dos profissionais de saúde e da melhoria da infraestrutura interna e de sistemas de informação. Já as unidades de saúde podem definir objetivos e metas tanto relacionados ao atendimento prestado quanto aos recursos físicos e humanos para a realização desse atendimento.

O fomento ao planejamento em cada uma dessas unidades pode se dar inicialmente com a oferta de curso de capacitação para os profissionais de saúde dessas unidades. Seria preciso desenvolver cursos que se adequem ao contexto de atuação desses profissionais. Um curso de planejamento em saúde para profissionais de uma unidade gestora deveria ser diferente de um curso focado nos profissionais das unidades de saúde, a fim de que possa ser aplicável imediatamente e gerar envolvimento das equipes.

Também é preciso estimular que os processos de planejamento se deem de forma integrada e coordenada, das unidades de saúde para as unidades gestoras e destas para as primeiras, criando um fluxo periódico de informações sobre compromissos assumidos e alcance de metas que permita a adequação dos planos feitos conforme a necessidade. Diferentes métodos de planejamento e adaptações dos métodos tradicionais podem ser adotados nesse processo. As questões fundamentais são que se garanta maior participação dos profissionais em cada unidade e que seja disponibilizado o sistema para facilitar o fluxo das informações.

5.2.3 Transformação do DGMP em um sistema de informação nacional, de acesso público, para acompanhamento do cumprimento de objetivos e metas dos planos de saúde dos entes

Um sistema de informação, de acesso público, que contenha as diretrizes, os objetivos e as metas dos PS dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União, e que identifique, sempre que possível, a população beneficiada, seria de grande utilidade pública. Ao possibilitar maior controle social sobre as ações dos governos, esse sistema contribuiria para moldar o comportamento dos políticos e gestores públicos em prol de maior efetividade da ação governamental e responsividade. Ele seria utilizado para possibilitar o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos pelos governos em seus planos de saúde e programações anuais de saúde. Vincular-se-ia, portanto, ao planejamento macro do SUS.

Como mencionado anteriormente, o DGMP, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, já contempla informações relevantes dos PS, das PAS, do RAG e do RDQA. O novo sistema poderia ser desenvolvido como evolução do DGMP a fim de possibilitar que os gestores informem as populações beneficiadas pelas ações a serem implementadas, sendo preciso que o ministério incluísse as diretrizes, objetivos e metas do plano nacional de saúde. Além disso, o novo sistema deveria possibilitar a realização de diversas consultas, a fim de que qualquer pessoa pudesse verificar quais objetivos e metas beneficiam a população de seu município, do estado e do país, e quem é o gestor ou esfera de governo responsável pela sua realização. Também serviria para o acompanhamento da realização das metas.

O grande desafio para a implementação de uma proposta dessa natureza não é de ordem técnica, mas sim política. Podem ocorrer resistências em razão do aumento da transparência na gestão pública e pode-se usar o argumento de que o registro das informações no sistema demanda mais trabalho a ser feito pelas secretarias de saúde. Quanto à primeira resistência, o CNS pode ser um importante aliado na defesa da proposta, ajudando a reduzir a objeção à publicização das informações do sistema. Em relação à segunda resistência, é possível que a oferta de apoio técnico e financeiro pelo Ministério da Saúde para fortalecimento do planejamento do SUS possa diminuir as objeções, nos casos em que o argumento de fato se baseia nas dificuldades de operacionalização por insuficiência de pessoal capacitado para tanto.

5.2.4 Fomento ao monitoramento e à avaliação no SUS

Uma vez que se disponha de sistema para registro das diretrizes, objetivos e metas dos PS, PAS e RAG de todos os entes da Federação, já estarão disponíveis as primeiras informações para se fomentarem o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações no âmbito do SUS.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tal fomento deveria prever responsabilidades no monitoramento periódico das ações previstas no PS e PAS, além de definir critérios para a avaliação interna, externa e mista de programas e políticas de saúde. Outra questão relevante é a elaboração de indicadores para monitoramento das metas e definição dos sistemas de informação que serão utilizados. Assim, o registro das diretrizes, objetivos e metas deve dialogar com os processos de monitoramento e avaliação voltados para a gestão nos três níveis de governo, em três dimensões: estratégica, gestão interna e controle social. A dimensão estratégica de monitoramento se relaciona às prioridades definidas pela gestão em cada momento, em cada nível de governo. No campo da gestão interna, além de fornecer subsídios para o nível estratégico, o monitoramento deve conter informações sobre o conjunto das ações de cada órgão, bem como subsidiar os seus departamentos a partir de uma visão geral e em suas demandas específicas de gestão.

À medida em que as informações permitissem, os indicadores seriam construídos com detalhamento para os três níveis de governo, avançando nos indicadores de recursos, de processos e de resultados. Alguns exemplos de indicadores de recursos são: dotação orçamentária atualizada, quantitativo de pessoal da gestão por qualificação, quantitativo de pessoal na assistência por categoria profissional (Classificação Brasileira de Ocupações – CBO), equipamentos disponíveis para assistência por tipo, estabelecimentos por tipo, leitos gerais, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Se o denominador será simples ou por habitantes (*per capita*, mil habitantes, 10 mil ou 100 mil habitantes) dependerá do nível da gestão pela qual ele está sendo monitorado (unidades de saúde, município, região de saúde, estado ou nacional). Alguns exemplos de indicadores de processo são: preenchimento regular e consistente dos sistemas de informações, cadastramento e revisão dos cadastros da população, reuniões de equipes para discussão de processo de trabalho, para discussão de resultados do monitoramento, e avaliação, autoavaliação das equipes, entre outros.

A definição dos indicadores deve ser feita em processos pactuados com as equipes, a coordenação e a direção em cada nível de gestão, para que sejam definidos aqueles mais adequados para refletir os processos e os resultados das ações em cada nível. Deve haver a seleção dos mais estratégicos no âmbito da gestão interna de cada secretaria de saúde (municipal e estadual) e do Ministério da Saúde. O monitoramento seria pensado em camadas, começando com indicadores já passíveis de serem calculados com as informações existentes, mas planejando a construção de informações para indicadores que não são podem ser calculados. Assim, o planejamento já incluiria, também, a própria construção e o levantamento de informações primárias e secundárias ao longo do tempo e os cronogramas previstos para obtê-las. Esse processo seria feito por meio de incentivos e coordenação entre os três níveis de governo.

Essa construção deve dialogar com o monitoramento no nível federal feito pela Sage, bem como com os painéis de indicadores para a gestão elaborados pelo Conass e Conasems. Para o efetivo monitoramento de programas e políticas de saúde, é fundamental avançar nas ações de informação e informática em saúde e na conectividade da rede de atenção, definindo diretrizes. Os mecanismos em todos os setores, incluindo o privado, devem fornecer informações para a gestão da política de saúde.

Assim, o monitoramento avançará na medida em que os sistemas de informação o permitam, bem como com os progressos nos processos de formação e ampliação do envolvimento das equipes na sua realização. Devem ser feitos os investimentos necessários para alcançar o que seria o conjunto mínimo de informações no curto, médio e longo prazos, bem como capacitações das equipes e fornecimento dos meios para que possam realizar adequadamente seu trabalho.

Cabe lembrar que o monitoramento deve servir para formar e informar o trabalho das equipes atuando na gestão e na assistência. Para isso, é fundamental a capacitação dos trabalhadores, especialmente dos profissionais que atuam na administração das unidades de saúde. Como o monitoramento e a avaliação são processos conectados ao planejamento, o mais adequado é não os separar e, sim, compreendê-los como partes integrantes do planejamento. Não deve ser um fim em si mesmo. Preencher sistemas e tornar o monitoramento obrigatório sem envolvimento das equipes nos processos provavelmente fará com que ele seja meramente formal. Deve-se evitar um número excessivo de indicadores, mas também não se restringir a um conjunto mínimo que não reflita o trabalho das equipes e que podem fazer com que essas se concentrem somente naquilo que está sendo medido.

Para o monitoramento avançar, faz-se necessário que o planejamento inclua as metas e os indicadores que se pretende obter no médio e no longo prazos e de como essas informações serão usadas em cada nível para apoiar a gestão das suas ações em um processo de construção contínuo. Essa preocupação com o planejamento, com o envolvimento das equipes e com sua capacitação continuada é importante para minimizar o risco do monitoramento pelo monitoramento, isto é, aquele que faz com que o foco das equipes seja informar os sistemas de acordo com os incentivos estabelecidos, mas sem que essas informações reflitam o que é mais importante e estratégico para a gestão em seus vários níveis. Assim, é importante analisar quais mecanismos de incentivos estarão envolvidos no monitoramento para que efetivamente cumpra a função de aprimorar a ação pública (Goddard, Mannion e Smith, 2000; Giuffrida, Gravelle e Rolland, 2000; Hauck, Rice e Smith, 2003).

Com relação às avaliações, a proposta é que as novas ações já contenham em sua construção a elaboração de avaliações de desenho e a previsão de avaliações de linha de base. Ao mesmo

TEXTO para DISCUSSÃO

tempo, propõe-se que as ações já em desenvolvimento também sejam objetos de avaliações de desenho e construção de modelo lógico. Considerando que há muitas ações na área de saúde, a ideia é que o processo comece com um catálogo de políticas e ações existentes, com uma descrição de seus objetivos, metas, produtos e resultados esperados. A seguir, que sejam definidas quais delas serão objetos de construção de modelo lógico a cada ano, de tal forma que a maioria tenha seu desenho explicitado no final de um ciclo dos PPA de cada nível de governo. Além disso, em cada nível de governo, seriam definidas as ações objetos de avaliação externa no período de quatro anos; essas avaliações seriam financiadas com recursos previstos em editais, com recursos do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). Os resultados das avaliações e seus andamentos fariam parte dos relatórios anuais de gestão disponibilizados, que também conteriam os *links* para os relatórios das avaliações realizadas.

5.2.5 Ampliação da capacitação em gestão do SUS, com foco no planejamento, no monitoramento e na avaliação da ação governamental

Considera-se que os processos de planejamento, monitoramento e avaliação devem fazer parte do dia a dia de todos os trabalhadores do SUS, pois essas atividades precisam ser realizadas em qualquer nível organizacional do sistema, seja em uma unidade de saúde, seja em uma secretaria de saúde. A capacitação dos trabalhadores para a realização desses processos é fundamental.

O SUS tem grande experiência na organização e oferta de cursos a distância, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, com grande alcance entre os trabalhadores da saúde. Cursos que propiciem uma visão mais geral sobre o planejamento, de curta duração, poderiam ser ofertados para os trabalhadores do SUS que atuam em qualquer área. Esses cursos mais abrangentes poderiam ser disponibilizados simultaneamente a outros, de aperfeiçoamento e especialização, voltados às equipes gestoras e técnicas envolvidas diretamente com a formulação e a implementação de políticas no âmbito das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde.

Entre as soluções apresentadas nesta proposta de aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental, esta é provavelmente a que enfrentaria menor resistência à implementação. A capacitação dos gestores e técnicos do SUS em diversos temas vem sendo realizada de forma perene por várias instituições,³² existindo na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do

32. Diversas universidades públicas e escolas de governo especializadas em saúde pública atuam na oferta de cursos de capacitação para os profissionais do SUS. Entre as escolas de governo, destaca-se a Fiocruz, por sua vinculação ao Ministério da Saúde.

Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que é responsável por “formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil”.³³ Dessa forma, a ampliação da capacitação nessa temática poderia se dar a partir de uma ação coordenada pelo governo federal. Ao mesmo tempo, considerando que planejar, monitorar e avaliar exigem pessoas qualificadas, pode-se pensar em ter profissionais para apoiar estados e municípios na realização dessas atividades, inclusive apoiando a capacitação em serviços das equipes locais. Isso já é realizado em outros programas do Ministério da Saúde, e a área de gestão pode buscar apoio nessas outras experiências.

Para a implementação de todas as soluções apresentadas, a alocação de recursos financeiros é fundamental, algo reconhecidamente difícil de se fazer no contexto atual de restrição orçamentária, em virtude da vigência do congelamento das despesas primárias e da aplicação mínima em saúde da União pela emenda do teto de gastos. Um pressuposto relevante para a implementação da política recomendada é que haja revogação da Emenda Constitucional nº 95³⁴ e que, na alocação de novos recursos ao financiamento federal do SUS, seja priorizado o aprimoramento da gestão do sistema.

5.2.6 Ampliação da informatização das unidades gestoras e de saúde em toda a rede de atenção e capacitação dos profissionais para seu uso

A informatização das unidades de saúde é fundamental. Assim, a recomendação é ampliar os investimentos para: informatização das unidades gestoras, das unidades de atenção primária e dos outros pontos da rede de atenção; integração das informações na rede de atenção à saúde; e capacitação dos profissionais para uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde na gestão ou na assistência. Contudo, o tratamento dos dados obtidos deve ser voltado exclusivamente para o setor de saúde de acesso universal, respeitando a LGPD e não permitindo o compartilhamento das informações individuais, financeiras ou assistenciais, produzidas a partir da Rede Nacional de Dados em Saúde com o mercado de saúde suplementar.

33. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes>>.

34. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.

TEXTO para DISCUSSÃO

5.2.7 Ampliação da capacitação de gestores do SUS em gestão pública em saúde

A oferta de capacitação permanente para gestores do SUS contribuirá para a qualificação dos secretários de saúde. Ainda que a rotatividade nos cargos de gestão permaneça elevada, como a probabilidade considerável de que secretários de saúde, ao deixarem um município, passem a atuar em outro, não se perde o esforço empreendido no âmbito do SUS.

5.2.8 Desenvolvimento de uma burocracia estável e capacitada

O desenvolvimento de uma burocracia estável na área da saúde por meio da formalização dos vínculos de trabalho, da garantia de estabilidade e da capacitação permanente é fundamental ao aprimoramento da gestão estratégica do SUS.

6 RECOMENDAÇÕES

Em síntese, no quadro 2, apresentam-se as ações recomendadas para enfrentamento do problema estrutural "gestão estratégica deficiente do SUS".

QUADRO 2

Ações propostas para enfrentamento do problema estrutural do SUS priorizado para análise

Problema público a ser enfrentado: dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde em várias localidades do Brasil.	
Problema estrutural do SUS que constitui uma das causas do problema público: gestão estratégica deficiente (causada por processos de planejamento, monitoramento e avaliação deficientes e insuficientes).	
Aspectos do problema estrutural	Ações propostas
Planejamento ascendente e integrado não implantado no SUS (necessidades de saúde e prioridades definidas localmente e não consideradas de forma efetiva no planejamento regional, estadual e nacional).	Instituir processo de planejamento ascendente com efetiva participação social, articulação entre os instrumentos de planejamento do sistema de saúde e da gestão pública e coordenação federativa (planejamento no nível macro do SUS).
O planejamento como processo da administração de unidades gestoras e de saúde ainda não é uma realidade em todo o SUS.	Fomentar o planejamento em cada unidade gestora e de saúde do SUS (planejamento nos níveis meso e micro do SUS).
Falta de um sistema nacional de informação, de acesso público, que explicita e possibilite o acompanhamento por parte da população dos compromissos assumidos pelos gestores do SUS nas três esferas de governo nos respectivos planos de saúde.	Transformar o DGMP em um sistema de informação nacional, de acesso público, para acompanhamento do cumprimento de objetivos e metas dos planos de saúde dos entes.
Práticas de monitoramento e avaliação não constituem rotina em todas as unidades gestoras e de saúde do SUS.	Fomentar o monitoramento e a avaliação no SUS.

(Continua)

(Continuação)

Aspectos do problema estrutural	Ações propostas
Trabalhadores do SUS com nenhum ou pouco conhecimento sobre a importância e sobre como realizar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação da ação governamental.	Ampliar a capacitação em gestão do SUS, com foco no planejamento, no monitoramento e na avaliação da ação governamental.
Número insuficiente de equipamentos de informática e acesso à internet ainda limitado em muitas unidades gestoras e de saúde do SUS.	Ampliar a informatização das unidades gestoras e de saúde em toda a rede de atenção e capacitar os profissionais para seu uso.
Formação insuficiente de parte dos secretários de saúde em gestão pública.	Ampliar a capacitação de gestores do SUS em gestão pública em saúde.
Burocracias com vínculos precários na saúde e baixa capacidade para realização de processos de planejamento, monitoramento e avaliação.	Desenvolver uma burocracia estável e capacitada.

Elaboração dos autores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, analisou-se o problema estrutural do SUS relacionado à sua gestão, que envolve os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, e recomendaram-se ações com a finalidade de mitigar o problema público de dificuldade de acesso aos serviços e bens de saúde de forma tempestiva, efetiva e equitativa em diversas localidades no Brasil.

O modelo racionalista de análise de políticas públicas foi adotado de forma flexível neste trabalho, como defendem Meltzer e Schwartz (2019) e Secchi (2016a), usando sua combinação com a abordagem argumentativa, a fim de se considerarem os contextos político, institucional e cultural na análise do problema e das soluções para o seu enfrentamento (Vieira *et al.*, 2022).

Como resultado, recomendam-se ações ao governo federal, calibradas pela ótica de atores com experiência acadêmica e de gestão do SUS em níveis municipal, estadual e federal. É claro que a discussão feita com um pequeno grupo de atores não suplanta o debate necessário, ampliado, no âmbito da CIT e com o CNS, conforme já ressaltado. A contribuição que ora se apresenta, na forma de um conteúdo sistematizado sobre gestão pública, políticas públicas e gestão pública, planejamento governamental e planejamento em saúde, monitoramento e avaliação, além da análise do problema estrutural "gestão estratégica deficiente do SUS" e da análise de soluções para a mitigação desse problema, constituem subsídios para discussões que poderão ocorrer, sob a iniciativa do Ministério da Saúde, visando à pactuação de ações que promovam o planejamento, o monitoramento e a avaliação no SUS.

TEXTO para DISCUSSÃO

O momento no governo federal parece propício para tanto. Em janeiro de 2023, iniciou-se uma nova gestão, cuja coalizão política, quando em campanha, declarou seu compromisso para com o fortalecimento do SUS. Além disso, logo nos primeiros meses, essa nova gestão deverá dar andamento ao processo de elaboração do PPA 2024-2027, no qual poderão ser previstas ações prioritárias com potencial maior de concretização nos próximos quatro anos, dados o caráter normativo e legal desse plano para a gestão e os órgãos de controle. Poderá ser um momento oportuno tanto para o resgate da relevância do PPA, que em 2019 teve a sua extinção prevista em proposta de emenda constitucional (PEC),³⁵ quanto para a valorização do planejamento, do monitoramento e da avaliação em qualquer unidade organizacional da administração pública brasileira em nível federal, com indução para que o mesmo ocorra nos outros níveis de governo. Nesse sentido, este trabalho aponta alguns caminhos para o aprimoramento da gestão do SUS, na expectativa de que haja espaço para a assunção de firme compromisso com o desenvolvimento de uma gestão desse sistema mais efetiva, eficiente, responsiva e transparente.

REFERÊNCIAS

ABIMBOLA, S.; BAATIEMA, L.; BIGDELI, M. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. **Health Policy and Planning**, v. 34, n. 8, p. 605-617, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/34nuKQF>>.

_____. Leinº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <<https://bit.ly/2YZ8r2H>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

_____. Leinº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<https://bit.ly/3msQdDf>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

35. A PEC 188, de 2019, previa a extinção do PPA, com instituição de orçamentos plurianuais, a partir do terceiro exercício financeiro subsequente à sua promulgação como emenda constitucional. Disponível em: <<https://bit.ly/3UDzb40>>.

_____. Leinº 9.504, de 30 de setembro de 1997. Estabelece normas para as eleições. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 out. 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/3bUOGnP>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico**: uma contribuição para o SUS. Brasília: MS, 1999. Disponível em: <<https://bit.ly/3vTbfAd>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde (2004-2007): um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/3A43zwn>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3SVvilf>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Leinº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei da Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 maio 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/3JX8Gmh>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <<https://bit.ly/3QDJuDG>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017c. Disponível em: <<https://bit.ly/3drF70a>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: CIT, 2017d. Disponível em: <<https://bit.ly/3PbVUTH>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018**. Aprova o Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), que tem por tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Brasília: CNS, 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/3QpYHIR>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização da macroregião de saúde. Brasília: CIT, 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/3BkheRm>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

TEXTO para DISCUSSÃO

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento (DGMP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3zT3DP4>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Ministério da Economia. **Guia técnico de gestão estratégica**. Versão 1.0. Brasília: ME, 2020a. Disponível em: <<https://bit.ly/3RMGuGy>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.812, de 22 de julho de 2020**. Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <<https://bit.ly/3fRz7zd>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **DigiSUS Gestor Módulo Planejamento: manual do usuário**. Brasília: MS, 2021a. Disponível em: <<https://bit.ly/3bLsA7o>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 664, de 5 de outubro de 2021**. Dispõe sobre a aprovação e a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas a ela concernentes. Brasília: CNS, 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/3dyQinT>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 7/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS, de 19 de setembro de 2021**. Sobre procedimentos aplicáveis diante da ausência de instrumentos de planejamento em saúde. Brasília: MS, 2021c. Disponível em: <<https://bit.ly/3drAT8Q>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 8/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS, de 15 de dezembro de 2021**. Sobre a inserção dos arquivos do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS) no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Brasília: MS, 2021d. Disponível em: <<https://bit.ly/3QkVPN4>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim do Conecte SUS**, v. 27, agosto de 2022. Brasília: MS, 2022a. Disponível em: <<https://bit.ly/3fKuHK3>>. Acesso em: 7 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores da atenção primária: situação do prontuário**. Brasília: MS, 2022b. Disponível em: <<https://bit.ly/3SXBXkM>>. Acesso em: 7 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Aprimoramento do Setor de Saúde Suplementar mediante compartilhamento de dados de usuários e provedores de serviços de saúde**. Relatório Final do Grupo de Trabalho: Portaria GM/MS nº 392, de 23 de fevereiro de 2022. Brasília: MS, 2022c. Disponível em: <<https://bit.ly/3VgA18p>>. Acesso em: 10 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Mapas estratégicos das 27 secretarias estaduais de saúde do Brasil**. Brasília: MS; Conass; HAOC, 2022d. Disponível em: <<https://bit.ly/3uFgF0K>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Situação dos instrumentos de planejamento. **Boletim Informativo**, n. 24, p. 1-22. Brasília: MS, 2022e.

BARROS, E. **Planejamento em saúde: encontros e desencontros**. Brasília: CEPAL; Ipea, 2012. (Textos para Discussão CEPAL-Ipea, n. 49). Disponível em: <<https://bit.ly/3QtPbDY>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CARDOSO JUNIOR, J. C. Elementos para uma economia política do planejamento governamental brasileiro no século XXI. In: _____. **Administração política, planejamento governamental e gestão pública no Brasil contemporâneo: trajetória institucional e dilemas estruturais do Estado no século XXI**. São Paulo: Hucitec, 2017.

CARVALHO, G. **Planejar simplificado, ascendente e participativo**. Brasília: Conasems, 2012.

CGI.BR – COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2018**. São Paulo: CGI.BR, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3vTf601>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

CGU – CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão nº 201801755 – Secretaria Executiva – Ministério da Saúde**. Brasília: CGU, 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. Territory and health: perspectives from economics and political science. In: _____. **Federalism and decentralization in European health and social care**. London: Palgrave Macmillan, 2013. p. 13-43.

DENHARDT, J. V.; DENHARDT, R. B. **The new public service: serving, not steering**. Expanded edition. New York: M. E. Sharpe, 2007.

DENHARDT, R. B.; CATLAW, T. J. **Teorias da administração pública**. Tradução de Noveriti do Brasil. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-43, 2016.

TEXTO para DISCUSSÃO

FERNANDES, B. *et al.* Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, 2021.

FONSECA, F. Estado, planejamento e gestão público no Brasil contemporâneo. In: CARDOSO JUNIOR, J. C. (Org.). **Administração política, planejamento governamental e gestão público no Brasil contemporâneo: trajetória institucional e dilemas estruturais do Estado no século XXI**. São Paulo: Hucitec, 2017.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

_____. A origem e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento da saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.

GIUFFRIDA, A.; GRAVELLE, H.; ROLLAND, M. Performance indicator for managing primary care: the confounding problem. In: SMITH, P. (Ed.). **Reforming markets in health care: an economic perspective**. Buckingham: Open University Press, 2000.

GODDARD, M.; MANNION, R.; SMITH, P. Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information. **Health Economics**, v. 9, p. 95-107, 2000.

HAUCK, K.; RICE, N.; SMITH, P. The influence of health care organizations on indicators of health system performance. **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 8, n. 2, p. 68-74, 2003.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, n. 24, p. 131-202. Brasília, 2016.

_____. Saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, n. 25, p. 111-152. Brasília, 2018.

_____. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: Ipea; MS; Fiocruz, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3C9iQyk>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399). Disponível em: <<https://bit.ly/2Bol0tW>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

JANNUZZI, P. M. Monitoramento analítico como ferramenta para o aprimoramento da gestão de programas sociais. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 1, p. 36-65, 2011a.

_____. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 36, p. 251-275, 2011b.

_____. **Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas**. Campinas: Alínea, 2016.

KINGDON, J. W. **Agenda, alternatives and public policies**. Washington: Longman, 2011.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. Brasília: MEC; CAPES: UAB, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3jpYXbF>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

LÍCIO, E. C. *et al.* Governos estaduais na execução das políticas sociais: saindo de cena? **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 27-36, 2021a.

_____. **O que fazem – ou deveriam fazer – os governos estaduais na gestão das políticas sociais**. Brasília: Ipea, 2021b. (Texto para Discussão n. 2695).

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 107-140.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1993. t. 1

MELTZER, R.; SCHWARTZ, A. **Policy analysis as problem solving: a flexible and evidence-based framework**. Routledge: New York, 2019.

MERHY, E. E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 42-47, 1993.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. *In*: GALLO, E. (Org.) **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 117-148.

TEXTO para DISCUSSÃO

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 107-140.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government**. Paris: OECD, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3oji3mp>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

PEREIRA, J. R.; SILVA, E. A. F. **Resenhas bibliográficas: teorias da administração pública** (Robert Denhardt. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 367 p.). RAC, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 547-549, 2014.

PIOLA, S. F. **A coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3OoOACd>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão n. 2497).

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, spe 3, p. 155-170, 2017.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

ROCHA, J. S. Y. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 26, n. 2, p. 206-224, 1992.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Brasília: CAPES; UAB; UFSC, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3PrcyhC>>. Acesso em: 19 jul. 2022.

SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. Introdução. In: _____. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 19-32.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Saúde nos programas de candidatos à Presidência da República do Brasil em 2022**. Rio de Janeiro: Cebes, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3HiEQte>>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016a.

_____. **Políticas públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2016b.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. **Plano municipal de saúde participativo:** 2022-2025. Niterói: SMS, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3h7Y4qZ>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Guia de planejamento em saúde da SMS Salvador.** Salvador: SMS, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3hdpUC5>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

SILVA, E. M. O Estado Democrático de Direito. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 42, n. 167, p. 213-230, 2005.

SOUSA, A. N. *et al.* Estratégia E-SUS AB: transformação digital na atenção básica no Brasil. *In*: CGI.BR – COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros:** TIC Saúde 2018. São Paulo: CGI.BR, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3vTf601>>. Acesso em: 9 ago. 2022.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, M. C. Administração pública. *In*: PUC-SP – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. **Enciclopédia jurídica da PUC-SP.** São Paulo: PUC-SP, 2020. (Tomo Direito Penal, Edição 1). Disponível em: <<https://bit.ly/3L3DQHI>>. Acesso em: 11 mai. 2022.

TEIXEIRA, C. F. Enfoque teórico-metodológicos do planejamento em saúde. *In*: _____. (Org.). **Planejamento em saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; JESUS, W. L. A. Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. *In*: TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TONI, J. **O planejamento estratégico governamental:** reflexões metodológicas e implicações na gestão pública. Curitiba: Intersaberes, 2016.

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

_____. **Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde:** uma questão para a política pública. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2314).

TEXTO para DISCUSSÃO

_____. Gastofederalcompolíticassociais eosdeterminantessociaisdasaúde: paraonde caminhamos? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 947-961, 2020a.

_____. Ofinanciamentodasaúde noBrasileasmetasdaAgenda2030: aloriscodeinsucesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 54:127, 2020b.

_____. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS**: método para estimação dosrepassesacadamunicípiofavorecido, segundoáreasdealocação dosrecursos(2015-2020). Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão n. 2732).

VIEIRA, F.S. *et al.* **PriorizaSUS**: aspectos metodológicos do desenvolvimento do projeto. Brasília: Ipea, 2022. (Nota Técnica, n. 104).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **A saúde que os brasileiros querem**. Brasília: ANAHP, 2022.

ANDRADE, M.V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. /n: DENEGRÍ, J.A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Volume 2. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3BeCngm>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Vinte anos da Constituição Federal. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, n. 17. Brasília: Ipea, 2009.

MENDES, A.; FUNCIA, F.R. O SUS e seu financiamento. /n: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; MS; Opas, 2016.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. **The Lancet**, p. 11-21, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3csOhsB>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PIOLA, S.F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, 2012.

SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde**. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

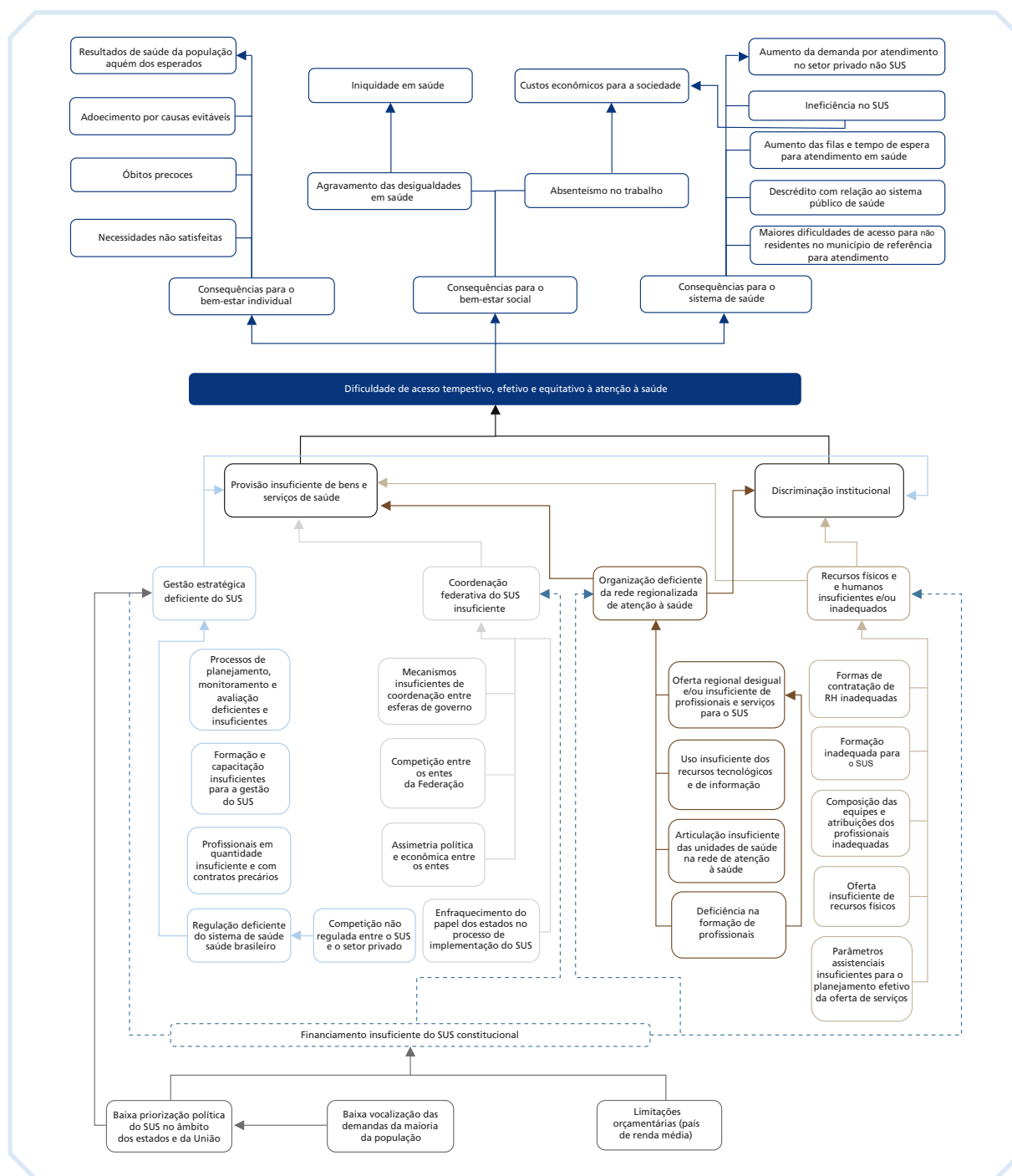
VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, n. 25, p. 1-45. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3vbbvtT>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

TEXTO para DISCUSSÃO

APÊNDICE A

FIGURA A.1

Árvore do problema



Elaboração dos autores.

APÊNDICE B

MINUTA DO TERMO DE PARTICIPAÇÃO

O presente Termo regula a forma e as condições de participação no fórum de política pública Prioriza SUS: _____, organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a finalidade de discutir uma proposta de intervenções concretas para enfrentar um problema do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribui para um relevante problema público na área da saúde.

O fórum será realizado na modalidade presencial, no dia ____/____/____, das ____ às ____ horas, na sede do Ipea (Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Edifício Brasília 50, Torre B, 5º andar, Pétala C/D, Sala de Reunião nº 4, Brasília/Distrito Federal) e será gravado em áudio para facilitar o processo de relatoria após a sua realização.

O grupo de participantes é constituído por pesquisadores, técnicos e gestores do SUS, que têm grande conhecimento no tema que será abordado, e por um facilitador que coordenará os trabalhos durante o Fórum.

Cada participante receberá para leitura prévia à data de realização do Fórum um documento elaborado por pesquisadores do Ipea contendo o objetivo da realização da análise da política pública e a análise do problema estrutural do SUS, denominado _____, que é causa do problema público de dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde, ou da consequência desse problema público. O documento também conterá soluções propostas para o enfrentamento do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizados para intervenção.

No Fórum, os participantes serão convidados a se manifestarem sobre esse documento, especialmente em relação à análise do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizados, e quanto à proposta de soluções elaborada para o enfrentamento desse problema estrutural ou dessa consequência do problema público.

Os participantes não serão remunerados por sua participação no fórum. Àqueles que residam fora do Distrito Federal e, nos casos em que o fórum seja realizado na modalidade presencial, o Ipea providenciará a emissão de passagens aéreas e o pagamento de diárias.

Os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que mencione a realização do fórum. O anonimato será garantido com o objetivo de que os participantes se sintam mais

TEXTO para DISCUSSÃO

à vontade para refletir, criticar e propor mudanças na análise do problema e na proposta de soluções apresentadas pela equipe do Ipea. A contribuição dos participantes constitui atividade de extremo valor, com potencial para beneficiar toda a população brasileira, caso as soluções constantes da proposta que será publicada pelo Ipea sejam implementadas no todo ou em parte pelo governo federal.

Os participantes não poderão disponibilizar para outras pessoas a versão preliminar do documento que receberão para subsidiar a sua participação no fórum. A equipe do Ipea, organizadora do fórum, compromete-se a encaminhar a versão final do documento aos participantes tão logo ela seja publicada pelo instituto.

Quaisquer dúvidas sobre a participação no fórum ou sobre este termo podem ser esclarecidas entrando-se em contato com:

Fabiola Sulpino Vieira, *e-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>. Telefone: (61) 2026-5504.

Luciana Mendes Santos Servo, *e-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>. Telefone: (61) 2026-5482.

A assinatura deste termo indica anuência com as regras de participação no fórum.

Participante:

_____	_____
Município/UF	Data
_____	_____
Nome do participante por extenso	CPF
_____	_____
	Assinatura

Responsável pela organização do fórum no Ipea:

_____	_____
Município/UF	Data
_____	_____
Nome do responsável no Ipea por extenso	CPF
_____	_____
	Assinatura

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elías de Souza

Supervisão

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Revisão

Bruna Neves de Souza da Cruz

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Laize Santos de Oliveira

Luciana Bastos Dias

Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos

Vivian Barros Volotão Santos

Débora Mello Lopes (estagiária)

Maria Eduarda Mendes Laguardia (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Mayara Barros da Mota

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ISSN 1415-4765



9 771415 476001



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
**PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO**

