Planejamento em saúde concepções, “tentativas” e desafios para a prática

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Mariluce Karla Bomfim de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ROCHA, A.A.R.M., and SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M.K.B., comp. *Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 15-43. ISBN 978-85-232-2027-3. <https://doi.org/10.7476/9788523220273.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Mariluce Karla Bomfim de Souza

Alice: ‘Poderia me dizer, por favor, qual o caminho para sair daqui?’
Gato: ‘Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.’
Alice: ‘Não me importa muito onde.’
Gato: ‘Nesse caso, não importa por qual caminho você vá!’
(CARROLL, 2005)

Introdução

Este capítulo aponta aspectos teóricos e históricos que circunscreve as ações de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS), como elemento da gestão. Aborda o papel dos principais atores que fazem parte da arena de disputas que circunscreve a gestão do sistema, as iniciativas pontuais de planejamento em saúde e seus produtos em idas e vindas sucessivas, ao sabor das conjunturas políticas e de cenários variados por todo país. São questões centrais no processo de construção do conhecimento, definição e difusão de metodologias para equipes de planejamento e gestão do SUS.

Embora se aponte avanços no SUS que ajudaram a solucionar problemas no acesso à atenção à saúde e na democratização da gestão (THE LANCET, 2011), sua condução vem exigindo dos seus componentes sempre uma cons-

trução que envolve diversos contextos, redefinições de funções, atribuições e relações. Esse movimento dialético de construção e reconstrução, de mudanças entre os entes federados que compõem o SUS na forma de pensar, organizar, relacionar e cumprir as funções desenhadas, dentre as quais se situa a construção dos instrumentos de gestão.

Fazendo contraponto do fragmento da obra de Lewis Carroll, ao contrário da improvisação, o planejamento requer um conjunto de ações que devem ser pensadas antecipadamente a fim de direcionar o alcance do(s) objetivo(s) ou meta(s). Segundo Vilasbôas (2004, p. 4) consiste em “desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação orientado por um propósito com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade ou situação”. Portanto, o planejamento é “compromisso com a ação”. (PAIM, 2006, p. 769)

O planejamento é um caminho de escolha do gestor para a condução das organizações e instituições públicas e privadas. Nesse sentido, o planejamento pode ser entendido como um processo de transformação de uma situação para outra, considerando-se a finalidade, utilizando-se de instrumentos ou meios de trabalho (técnicas e saberes) e atividades (trabalho propriamente dito), e sob determinadas relações sociais inerentes a cada organização. (PAIM, 2006)

Mintzberg (2004), autor que muito discute sobre a gestão e o processo de decisão nas organizações, define o planejamento como um “procedimento formal” para a produção de resultado articulado, que deve ser visto como “esforço de formalizar os processos pelos quais as decisões são tomadas e integradas nas organizações”.

No entanto, o planejamento enquanto prática social – e também técnica, política, econômica e ideológica (PAIM, 2006) – pode se apresentar de “modo estruturado”, através de políticas ou propostas de ação e atividades formuladas – planos, programas e projetos, ou de “modo não estruturado” (MATUS, 1996) ou como pensamento estratégico. (TESTA, 1995)

O arcabouço jurídico legal e normativo do SUS coloca o planejamento como responsabilidade gestora e, portanto, direcionadora do processo de gestão que deve compatibilizar as necessidades de saúde com os recursos disponíveis. Desde o ano 1990, a Lei nº 8.142 estabelecia responsabilidades gestoras na elaboração do planejamento, bem como seu modo ascendente de

fazê-lo, e determinava o plano de saúde como requisito para o recebimento de recursos. (BRASIL, 1990)

Toda a década de 1990 foi marcada pelo estímulo ao processo de descentralização, através da publicação de sucessivas normas operacionais, que implicou na

[...] redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes. (TEIXEIRA, 2011, p. 6)

Além do que, a incorporação de metodologias, tecnologias e formulações teóricas influenciaram o desenho macroorganizativo do sistema.

A discussão dos aspectos teóricos e históricos, das concepções e iniciativas subsidia a construção de um projeto de cooperação técnica, capacitação e produção envolvendo a gestão do sangue e hemoderivados (Hemorrede) no Brasil, resultado de parceria entre o Ministério da Saúde e Universidade Federal da Bahia.

A produção teórica e as “tentativas” para institucionalização do planejamento no Brasil

A existência do Sistema Único de Saúde se deu posteriormente ao desenvolvimento das ideias mais profícuas sobre o planejamento na América Latina e no Brasil, essa situação paradoxal, segundo Rocha (2011), caracteriza-se por uma fase de riqueza teórica com poucas práticas seguida de grande demanda de aplicação prática e pouca absorção das teorias, daí a autora afirma que o planejamento em saúde é uma “questão, eminentemente, prática”. O que se encontra, contudo, é uma situação paradoxal. Por um lado, o planejamento, enquanto produto social da ciência política latino-americana provocou movimentos no campo científico e ideológico através de proposições e metodologias potentes; mas, ao mesmo tempo, parece existir uma força contrária ao processo de institucionalização do planejamento, o que leva os seus produ-

tos a cumprir um papel puramente ritualístico contribuindo para construir “o SUS no papel”. (ROCHA, 2008)¹

Spinelli e Testa (2005) apontam o Brasil como o país que mais produziu reflexões sobre planejamento em saúde nestes últimos 30 anos, em termos de textos publicados. Paim e Teixeira (2006) em balanço do estado da arte em planejamento e gestão assinalam essa área como a que no âmbito da Saúde Coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e prática); e, alertam para o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos e que resultam em uma produção de relatos e experiências centradas nos sujeitos das práticas.

Dentre as várias concepções correntes sobre planejamento e gestão podem ser citadas: planejamento como instrumento de gestão, como prática de um processo social ou como ideologia, entre crenças e concepções *versus* um fazer, ou até numa visão marxista, como forma sublimada de luta de classes. (PAIM, 2002c, p. 27)

Neste sentido, Schraiber (1999, p. 230) aponta que, apesar da rica e bem completa plêiade de proposições de planejamento em saúde na América Latina, chama atenção pelo alto teor prescritivo e com orientações bastante apuradas do agir (em planejamento). O entendimento corrente da ação de planejar confunde-se com a produção de uma peça propositiva (o plano), que contém um projeto – de ação futura, uma proposta para articular outras ações, uma futura organização – formas de gerenciamento do trabalho produtor dos serviços – como uma proposta de condução da gestão de forma racionalizadora. Assim, fica o planejamento com a finalidade de instruir, de construir uma forma planejada de realizar o trabalho em saúde, e cumpre à gestão processar as “instruções” sobre as intervenções em saúde. O planejamento e a gestão, enquanto trabalho em saúde, realizam uma ação estratégica como forma de apoiar as resoluções concretas e particulares que o cotidiano dos serviços demanda.

Testa (1995) critica a tendência funcionalista que define a política como objetivo e a estratégia como o instrumento para alcançá-lo, pela dicotomia en-

---

1 Reflexões construídas a partir de um o processo etnográfico em quatro anos de gestão estadual, sob forma de estudo de caso da SES/Sergipe realizada pela coautora desse capítulo, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha, sob orientação de Leny Trad cujo produto é uma tese de doutoramento, de 2008.

tre o “fim” e o “meio”. Para o autor, a política pode surgir como estratégia, tal como esta é o instrumento da política, em um diálogo circular, tornando-se um movimento recursivo que não tem princípio nem fim. Outra concepção compreende o uso do planejamento como um “[...] espaço metodológico e tecnicamente compreendido entre o processo de formulação de políticas de saúde e a administração de organizações ou serviços de saúde”. (PAIM, 2002b, p. 149)

Para Uribe Rivera e Artmann (2003) e Uribe Rivera (2003), com base na integração da abordagem do agir comunicativo de Habermas e do planejamento estratégico situacional, o planejamento é visto como um conjunto de práticas que permitam uma gestão por compromissos, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo. Nessas bases, o planejamento é uma ferramenta organizacional, um meio de desenhar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais, uma ferramenta para condução da ação, porém mediada/subordinada à cultura das organizações como Vilasbôas (2006, p. 18) aponta:

O planejamento tem sido designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade de seus trabalhadores [...] como um processo de caráter social que tem uma função orientadora no desenvolvimento da humanidade [...] uma prática sócio histórica concreta, parte indivisível da realidade social, que não se restringe à sua natureza instrumental, mediadas por valores, crenças e práticas [...].

Entende-se que as várias concepções² trazem em si a questão de um método e de um sistema organizacional para implementação do propósito desejado, uma formulação, estruturada ou não, para resolver uma determinada situação. Essa razão instrumental, segundo Campos (2000, p. 724) colocou o planejamento dos anos 1990 em meio a um dilema fundamental: Como fugir do papel controlador, advindo da razão instrumental, sem perder a própria instrumentalidade, não deixando de ter valor de uso?

---

2 Essas concepções se apóiam em Giordani (1979); Matus (1993); Merhy (1995); Schraiber e colaboradores (1999); Paim (2002c); Campos (2003) e Uribe Rivera e Artmann (2003).

Diversas racionalidades alimentam as práticas institucionais, e, nesse sentido, pode se considerar que a “planificação enquanto processo social, não se reduz a um método propriamente, mas propicia um cálculo, um raciocínio, um pensamento, um diálogo, enfim, a produção de fatos políticos e sociais”. Consequentemente não se encerra num método ou em tecnologias para a ação humana. (PAIM, 2002a, p. 427-428) A emergência, difusão e incorporação do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil revelam um processo sócio-científico que procurou superar a visão puramente econômica para um movimento *ético-político cuja cadeia de sínteses resulta do desenvolvimento dialético, da passagem do objetivo para o subjetivo, da necessidade para a liberdade.* (JESUS, 2006, p. 12)

A Figura 1 a seguir mostra uma linha do tempo na qual se dispõe o desenvolvimento teórico-metodológico das diversas correntes de pensamento no âmbito do planejamento em saúde na América Latina, complementado, *pari passu*, às iniciativas desencadeadas no processo de construção do SUS.

Figura 1 - Linha do tempo sobre desenvolvimento teórico-conceitual do planejamento em saúde

Fonte: adaptada de Teixeira e Rocha (2009).

Para Luz (2013, p. 83-84) essa produção forma uma história mais ou menos explícita de como o Estado conduz os problemas das condições sanitárias da população, na qual o planejamento sempre aparece, senão como prática, mas ao menos como retórica na linguagem oficial. Cada década e a cada elaboração teórico metodológica aparece produções que as caracterizam como apontam vários autores.

Todas essas formulações se transformam em políticas específicas e implantadas nos espaços de atenção do sistema. Para Lotufo (2003, p. 17) a consecução de projetos intrainstitucionais tende a deflagrar processos que “[...] são espaços de incorporação de propostas de reforma político gerencial e administrativa que implica na adoção de métodos, técnicas e instrumentos de gestão oriundos de diversas correntes de pensamento” e, resalta ainda que “[...] são introduzidos de forma desordenada, caótica, fragmentada, pontual, sem uma opção institucional explícita – um mix de métodos onde cada um aprende de um jeito e tenta aplicá-los à realidade”. Torna-se, então, crucial entender entre políticas induzidas pelo Ministério da Saúde (MS), as funções institucionais em transformação e a forma como essas iniciativas são traduzidas pelos operadores.

Do método Centro de Estudos do Desenvolvimento/Organização Pan-Americana da Saúde (Cendes/OPS) é incorporado a lógica da programação na elaboração de programas, de normas técnicos, critérios de seleção de prioridades, da adequação da oferta e demanda nos espaços local e regional como acontece na construção das programações pactuadas; a proposta pelo Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde (CCPS) traz bases para o reconhecimento do conflito social como ponto de partida para a formulação de políticas sociais e incorpora a análise de viabilidade ao processo de planejamento.

O pensamento de Mario Testa não apresenta uma proposta metodológica estruturada e ordenada, mas incorpora o mapeamento de atores e posições nos diversos âmbitos de poder, importante para análise da dinâmica das organizações.

A formulação de Carlos Matus se constitui uma proposta metodológica denominado de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que segundo Uribe Rivera (2003) contribui para pensar, pragmaticamente, o planejamento como gerência descentralizada de problemas abordados criativa e interativa-

mente. Para Matus, planejar significa pensar antes de atuar, com método, de maneira sistemática; é uma ferramenta para pensar e criar o futuro (HUERTAS, 1994) e planifica quem governa, em um momento presente, através de um cálculo situacional de problemas e oportunidades, sendo inseparável da gestão e é necessariamente política. Dessa forma, o PES corrobora com a ideia que a formulação de políticas dá-se em diversos níveis de governo e âmbitos de gestão e em diversos níveis de abrangência: geral, particular e singular, havendo, assim, uma exigência de formulação de políticas que dêem conta dos problemas de saúde a cada nível de atenção e a cada esfera de governo.

Com a implantação do SUS como aponta o quadro, se abre uma profícua produção do que Teixeira (2006) denomina propostas de mudanças da forma de organizar a assistência. A autora, enfocando as diferenças e confluências, os contextos de origem e fundamentos filosóficos e teóricos, além de conteúdos e micropráticas apontam três modelos correntes:

- “Em defesa da vida”, produzido pelo Laboratório de Planejamento (Lapa), originado em Campinas (SP), com a produção de Campos, Merhy e Cecílio que são incorporadas nos espaços de gestão como o Método da Roda e Caixa de Ferramentas, respectivamente. Outras formulações, também, são incorporadas nos espaços de atenção como o acolhimento, criação de vínculos, contratos e o conceito de autonomia, em espaços de micropoderes. São formulações que buscam a organização da demanda e racionalização com a mudança na concepção da população sobre suas necessidades e releitura das necessidades;
- Ações programáticas oriundas da experiência do Centro de Saúde Samuel Pessoa no Butantan (SP) que na década 1970/1980 utiliza a programação como tecnologia, centrada na reorganização do processo de trabalho e no viés ético e de construção de um projeto assistencial comum com trabalho em equipe (Schraiber, Mendes Gonçalves, Ayres, Peduzzi);
- Formulação e implementação de políticas como a promoção da saúde – como a proposta das cidades saudáveis, da Vigilância à Saúde e Saúde da Família. No caso da Vigilância à Saúde e organização dos territórios (Mendes, Teixeira, Vilasbôas, Paim) resultante da

experiência do Distrito de Pau da Lima, Salvador (BA) junto com a Cooperação Italiana, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Essa formulação considera o território como espaço vivo – apoiado no pensamento de Milton Santos, geógrafo baiano – nos seus diversos aspectos – administrativo, sanitário, epidemiológico – como um mosaico cultural e político. Procura superar a estrutura piramidal da rede de ofertas tendo a unidade básica de saúde e sua equipe como a grande ordenadora do cuidado nos espaços urbanos e rurais desse país em busca da integralidade e equidade do sistema. Por último, se tem a formulação da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta por Mendes (2011) posta na arena de disputas teóricas metodológicas do SUS, em curso em vários estados do Brasil sob a égide do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e municípios.

A importância dos atores no processo de planejamento em saúde

Para Matus (1993, 1996), o ator social pode ser uma pessoa ou coletivo cuja atuação pode transformar uma determinada situação, sendo fundamental, portanto, que tenha um projeto de intervenção, capacidade de mobilizar recursos necessários e o mínimo de organização para a execução do plano. Desse modo, o envolvimento de atores de distintos setores sociais se faz necessário para a elaboração de um planejamento baseado no processo participativo, o qual contemplará diferentes e diversas demandas, propostas e estratégias de intervenção e solução aos problemas priorizados.

É evidente que o processo de planejamento que envolve distintos atores também pode gerar conflitos, cooperação e consensos, sendo o uso da negociação essencial para isso. De acordo com Uribe Rivera e Artmann (1999), a negociação na perspectiva de lidar com conflitos para gerar a cooperação e o consenso é um recurso ideativo, criativo, interdisciplinar e de geração de múltiplas opções de ganho mútuo. O uso da negociação possibilita legitimidade e viabilidade política ao plano, pela participação e implicação dos atores na discussão. Nesse sentido, o planejamento caracteriza-se como ação política e a instituição responsável pela ação, é um sujeito social cujas “característi-

cas estão enraizadas em sua própria história e lhe dão potência para realizar tarefas que, por sua vez, são construtores da história”. (URIBE RIVERA; ARTMANN, 1999, p. 23) Essa construção ou consolidação é um aspecto abordado por Testa como a “constituição dos sujeitos sociais (coletivos)”, uma instituição que precisa superar seus limites e assumir novos projetos como sujeito coletivo. (ROCHA, 2008, p. 30)

No caso do SUS são identificados atores coletivos que, por força de todo arcabouço jurídico, legal e normativo tem a obrigação de planejar: o Ministério da Saúde, e as secretarias estaduais/municipais de Saúde. Aporta-se a estes, atores como universidades, centros de pesquisa, assessorias públicas e privadas, consultores (ROCHA, 2011, p. 9) que fornecem um “saber fazer” nos momentos de construção dos produtos de planejamento ou instrumentos de gestão.

Na perspectiva do planejamento estratégico, o ator que planeja está dentro da realidade, coexiste com os demais que também planejam, e é importante aqui, ressaltar o sentido matusiano de ator social, referido por Artmann (1993, p. 13, grifo nosso):

O ator social é uma organização e no seu extremo, uma personalidade que cumpre os seguintes requisitos: *tem um projeto, ainda que incoerente; controla algum recurso relevante para o jogo situacional, tem capacidade para acumular e desacumular força e, portanto, tem capacidade para produzir fatos no jogo social; participa de algum jogo parcial ou no grande jogo social; tem organização estável* que lhe permite atuar com o peso de um coletivo coerente ou, no caso de uma personalidade, tem uma presença no sistema que lhe permite conquistar com suas ideias um coletivo social. Matus distingue esta categoria de outras que se referem a agrupações humanas, como agente, extrato social ou multidão.

No que tange a esfera estadual, em estudo de caso sobre planejamento e gestão na esfera estadual, Rocha (2008) ressalta que no cenário da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (Nobsus)/96, Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e do Pacto pela Saúde, os próprios secretários estaduais reconheciam que suas instituições viviam “situações difíceis”, que alguns não hesitavam em caracterizar como crítica. Segundo relatórios de uma série de eventos promovidos pelo Ministério da Saúde (MS) e do Conselho

Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007) no qual são citados velhos e novos problemas, no que diz respeito à capacidade gestora do sistema, podem ser destacados dois blocos de questões: o primeiro grupo de problema diz respeito às questões de definição de papéis e responsabilidades nas três esferas de governo e às dificuldades das relações, que refletem tensões e disputas entre as instâncias executivas e o aparato de controle social; o outro grupo de problemas que afetam as funções de gestão é composto por: a gestão não profissionalizada, aliada à alta rotatividade e ao despreparo dos dirigentes, a fragilidade das estruturas institucionais para análise e avaliação, os modelos de planejamento assistemático³ e a inadequação dos instrumentos de acompanhamento e avaliação.

Com base nos desafios apontados pode-se deduzir que a redefinição do papel dos gestores estaduais se constitui uma das tarefas mais importantes para a consolidação do SUS. Com efeito, parece que a solução de muitos desses problemas relacionados passa, necessariamente, por uma atuação eficaz da condução do sistema estadual, porém as SES entram em uma “crise de identidade”, entre o papel histórico de prestadores de saúde que devem deixar de ser e o novo papel de gestores intermediários que devem assumir para os avanços exigidos na construção do SUS. (LOTUFO, 2003; ROCHA, 2008; SALDANHA, 2003)

A “crise de identidade das SES” foi estudada por Saldanha (2003), no sentido de entender por que essas instituições têm dificuldade de superar o papel desenhado ao longo de sua criação histórica. A autora utiliza o esquema explicativo de Hinings e Greenwood, segundo o qual os membros de uma instituição completam o desenho do organograma formal, desprezando ou preenchendo as estruturas através de um processo diário de interações emergentes e não formalmente descritas.

Essa ação é mediada por crenças e valores, ideias e significados distribuídos na instituição. As articulações entre as estruturas e o sistema de gestão formam o que os autores chamam de arquétipo, ou seja, uma série de estruturas e sistemas formais e informais cuja coerência é assegurada por associa-

---

3 O termo assistemático parece ser referido à forma pontual e desconectada como os instrumentos legais de gestão são produzidos, porém não é o mesmo que improvisação. Para Matus (1993, p. 55), o planejamento, como expressão tecnológica, pode assumir um formato estruturado definindo ao ser regulamentado por procedimentos práticos normatizados, ou um formato não estruturado (cálculo estratégico) sem requisitos de formalidade. (VILASBÔAS, 2006)

ções de ideias, valores e crenças ou esquemas explicativos. De acordo com a capacidade de traduzir seus interesses em arranjos organizacionais, decorrentes de diferentes graus de poder, os grupos dominantes defendem esquemas explicativos e estruturas prevalentes, resultando em espaços de adaptação, alteração ou disputas. No caso das Secretarias de Estado de Saúde (SES), elas se vêm mantendo em um arquétipo de prestadora de serviços criando dificuldades institucionais, uma incapacidade ou resistência em mudar os seus processos internos, quando ainda agem de forma conflitante, e a tendência da SES é ver os municípios como concorrentes, num processo de competição negativa, o que não favorece as suas atividades de gestão.

O que foi percebido como o novo papel das secretarias estaduais de saúde está, em princípio, bem delineado pelo conjunto daquilo que se vem chamando de macrofunções das SES, a partir da tese de doutorado de Lavras (2003), que descreve aspectos centrais a respeito do processo de trabalho desenvolvidos ou que deveriam ser desenvolvidos nessas instituições, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 - Atribuições, macrofunções e macroprocessos de trabalho das SES

Atribuições	Macrofunções	Macroprocessos de trabalho
- Planejar e formular estratégias, planos, programas e projetos em saúde. - Normatizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o sistema estadual de saúde. - Contribuir com o desenvolvimento de Recurso Humano (RH) em saúde. - Promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. No âmbito específico do SUS: - Cooperar tecnicamente com os municípios; - Promover articulação regional; - Gerenciar e executar ações e serviços de saúde supramunicipal ou suplementar; - Participar do financiamento; - Participar do provimento da infraestrutura.	- Formulação de políticas, planos, programas e projetos em saúde; - Desenvolvimento de ações e serviços de saúde; - Regulação do Sistema Estadual de Saúde; - Financiamento e administração de recursos; - Gerenciamento institucional.	- Planejamento e gestão interna da SES; - Desenvolvimento da assistência à saúde no SUS; - Desenvolvimento de projetos e atividades de vigilância sanitária e meio ambiente; - Desenvolvimento de projetos e atividades de vigilância epidemiológica; - Controle, avaliação e auditoria do Sistema Estadual de Saúde; - Programação em saúde; - Gestão da informação em saúde; - Desenvolvimento da Comunicação Social em saúde; - Gestão e Recursos Humanos em saúde; - Administração geral; - Administração financeira; - Desenvolvimento de projetos estratégicos de natureza diversa.

Fonte: Lavras (2003, p. 66).

Outra formulação diz respeito as Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde a fim de permitirem melhorar o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais e identificadas como cruciais para a prática da saúde pública nos países. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007)

Quadro 2 - Descrição das funções especiais de saúde pública

Função Essencial	Descrição
Nº 1	Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população
Nº 2	Vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na saúde pública
Nº 3	Promoção da saúde
Nº 4	Participação dos cidadãos na saúde
Nº 5	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública
Nº 6	Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública
Nº 7	Avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários
Nº 8	Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública
Nº 9	Garantia a melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos
Nº 10	Investigação essencial para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública
Nº 11	Redução do impacto de emergências e desastres em saúde

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007).

Essas concepções contribuem com a definição do papel e atribuições da gestão estadual do SUS, porém, trazem duas questões: as condições das SES como instituições e os processos de planejamento e gestão necessários para assumir os novos papéis. As SES apresentam uma estrutura básica (organograma) complexa, mecanismos sofisticados de operação e múltiplos mecanismos de coordenação e decisão, uma rede articulada de forma orgânica, um espaço de exercício de tipos distintos de poder: técnico, administrativo e político. Ao se afastarem da função de prestadora de serviço, as SES se aproximam da figura de uma instituição responsável pela criação do conhecimento, ou seja, de apresentar produtos que as institui como lócus de uma “inteligência sanitária”, com o compromisso de avaliar os serviços prestados e os necessários para a população. Entre os dois papéis ou na indefinição

institucional, a obra citada, de Rocha (2008), ressalta alguns dos pontos que foram perseguidos desde a concepção do projeto de criação de uma agenda estadual:

- Normatização de um método de trabalho de planejamento como forma de ampliar as acumulações de conhecimentos e práticas sobre o processo saúde e doença – método baseado na participação e construção coletiva;
- Identificação e discussão das diversas racionalidades presentes no governo e sua determinação na capacidade de alcançar propósitos de mudanças – responsabilização no enfrentamento dos problemas com base nas necessidades da população e do sistema de saúde;
- Ampliação do estoque de poder, através do conhecimento e racionalidades acumulados (TESTA, 2004 apud ROCHA, 2008), deslocado da esfera central para a esfera regional – ampliando a representatividade nos fóruns de discussão com a agregação de todos os envolvidos nos problemas;
- Criação de compromissos regionais com um novo valor de uso e um novo valor social para o espaço regional – ampliar a responsabilização;
- Fortalecimento dos atores regionais, a partir da criação de um projeto comum e defesa da agenda regional – ações de pertinência e emponderamento dos operadores nos territórios.

No âmbito municipal, estudo desenvolvido por Souza e Teixeira (2013) apresenta uma proposta de instrumento para autoavaliação da gestão do SUS no âmbito municipal – Funções da Gestão Municipal (FGM) do SUS⁴ – a partir da revisão e redefinição do conteúdo do instrumento de autoavaliação

---

4 São funções da gestão municipal: FGM/SUS nº 1: Análise da situação/estado de saúde do município da população do município ou avaliação da situação de saúde do município; FGM/SUS nº 2: Promoção, educação e comunicação em saúde; FGM/SUS nº 3: Coordenação e execução das ações da vigilância em saúde para a identificação precoce e o controle de doenças/agravs, riscos e danos à saúde; FGM/SUS nº 4: Emergências em saúde pública e proteção e promoção da saúde de grupos com riscos e necessidades especiais; FGM/SUS nº 5: Promoção

das Funções Essenciais da Saúde Pública (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002), à luz dos princípios e diretrizes do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a) e da reflexão de Noronha, Lima e Machado (2005) sobre as funções e competências das instâncias gestoras do SUS. O conjunto das 15 funções com as respectivas perguntas foi validado através de consulta a especialistas (gestores e pesquisadores) mediante a técnica de “conferência de consenso”. (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005)

Com destaque à FGM/SUS nº 6: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e programação em saúde, esta foi definida como capacidade de condução do processo de formulação de objetivos estratégicos, metas, propostas de ação e respostas coletivas às necessidades sociais, com execução e intervenção sobre determinado problema, requerendo para tal estudos e propostas metodológicas coerentes com a análise da situação de saúde, o desenho da situação desejável que se pretende alcançar, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando, a formulação dos objetivos em função dos problemas priorizados, o desenho das estratégias – “definição das linhas de ação” –, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a factibilidade e viabilidade das intervenções e a programação, acompanhamento e avaliação dos planos e dos programas de ação mediante a definição do uso de indicadores para determinar o alcance do processo de implementação das ações a serem realizadas, bem como o orçamento previsto para a execução destas no âmbito do SUS municipal. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; TEIXEIRA, 2001)

A descrição desta função remete a necessária habilidade, perícia e capacidade técnica, administrativa e política do gestor para o desenvolvimento

---

e garantia da oferta/prestação direta e acesso universal e equitativo às ações e aos serviços de saúde de qualidade; FGM/SUS nº 6: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e programação em saúde; FGM/SUS nº 7: Acompanhamento (coordenação e execução) e avaliação dos serviços e ações da atenção básica; FGM/SUS nº 8: Gestão pública do sistema de saúde e gerência dos serviços de saúde; FGM/SUS nº 9: Coordenação, negociação, regulação, controle, avaliação e auditoria de ações, bens e serviços e do sistema de saúde; FGM/SUS nº 10: Gestão do trabalho e formação e desenvolvimento de recursos humanos/pessoas para o SUS; FGM/SUS nº 11: Pesquisa científica, inovação e incorporação tecnológica em saúde; FGM/SUS nº 12: Financiamento em saúde; FGM/SUS nº 13: Processo de descentralização e fortalecimento da municipalização; FGM/SUS nº 14: Participação e controle social em saúde; FGM/SUS nº 15: Cooperação intermunicipal para o fortalecimento do processo de regionalização. (SOUZA; TEIXEIRA, 2013)

do processo de planejamento. Se utilizado, tal instrumento de autoavaliação poderia ser uma ferramenta útil para a identificação de eventuais fragilidades no processo de gestão do sistema de saúde, podendo contribuir para institucionalização de práticas de planejamento e fortalecimento da autonomia daqueles na busca de soluções aos problemas que enfrentam no cotidiano do processo de construção do SUS.

Cabe aqui uma reflexão como a esfera federal do Governo assume o papel indutor de política colocando-se na posição de “núcleo ideológico” agente de mudanças, muitas vezes a partir de prescrição de agentes internacionais. (PAIM, 2002c, p. 32) Assim foi quando procurou identificar os principais problemas e auxiliar na transformação da situação, com vista às necessidades de descentralização e gestão, deu início, em junho de 2001, a um projeto de fortalecimento e apoio ao desenvolvimento da gestão estadual do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto teria entre seus objetivos

[...] ordenar, aprofundar teoricamente e sistematizar conceitos e idéias à respeito do desenvolvimento da política de saúde no Brasil e, em particular, dos processos de mudança em curso no âmbito institucional das Secretarias de Estado da Saúde”. (LAVRAS, 2003, p. 13)

Após a NOAS, outras “tentativas” ministeriais foram induzidas aos gestores estaduais e municipais, como a proposta de um Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde apresentada pelo Pacto de Gestão, que trouxe o planejamento como diretriz e o considera, enquanto processo a ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão.

A necessidade de organização de um sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde ficou explicitada durante o processo de formulação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007, conduzido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde mais especificamente por ocasião da discussão da gestão, monitoramento e avaliação do plano, por um grupo consultivo *ad hoc*, mobilizado pela Secretaria Técnica da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa).

Assim, a fragilidade exposta no processo foi transformada em proposta de intervenção, de caráter coletivo, com a realização de oficinas para construção das bases organizativas e conceituais de forma coletiva com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com representações do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass); do Conselho Nacional de Secretários Municipais (Conasems) além dos órgãos e entidades do próprio Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Os produtos das Oficinas, apresentadas sob a forma de propostas e subsídios às discussões e definições, aliadas a contribuições de pesquisadores e especialistas da área da Saúde Coletiva foram publicadas e difundidas em todo país. (BRASIL, 2009)

As experiências de conformação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) representaram uma tentativa de avanços normativos do SUS, passando da visão de considerar estados e municípios como meros prestadores de serviço, à assunção do seu papel como gestor na condição de ente federado. Entre os principais objetivos do pacto se insere a necessidade de implementar, difundir a cultura de planejamento e de formular metodologias e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, através da criação de um sistema de planejamento integrado, solidário, ascendente.

A Portaria nº 3.085 de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o sistema de planejamento do SUS, determina que são os instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão, compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais acerca destes instrumentos. (BRASIL, 2006b) Outras iniciativas podem ser citadas: realização de pesquisa nacional sobre atividade de planejamento nas três esferas administrativas visando a consolidação de informações que permitissem o conhecimento da estrutura disponível e da sua inserção no processo de gestão do SUS; descentralização de recursos financeiros e um processo de capacitação com cursos de curta duração ministrados em todas as unidades federadas.

Nesse contexto, o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) conduz o projeto de capacitação do PlanejaSUS realizando cursos de curta duração em 27 estados brasileiros abrangendo profissionais

das três esferas de governo envolvendo mais de 1.300 pessoas; também tituló especialistas em estados das regiões: Norte (Tocantins, Amapá), Sudoeste (Minas Gerais), Nordeste (Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia) e Centro Oeste (Mato Grosso do Sul, Distrito Federal). O projeto que contemplaria os demais estados da federação ficou a cargo de outra Instituição de Ensino Superior (IES) e não se concretizou. Foi realizada a segunda pesquisa nacional e estudo de casos múltiplos para averiguar o alcance do PlanejaSUS, mas o projeto de construção do planejamento do sistema deixa de ser do interesse do Ministério da Saúde (MS), os resultados não são publicados, o movimento se esvazia nos anos subsequentes ficando um vácuo na condução do planejamento do sistema. Posteriormente, o ISC/UFBA oferta cursos de Planejamento e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde voltados para o fortalecimento das Hemorredes Estaduais.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 corrobora com as características do processo de planejamento da saúde, ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde. Em dezembro de 2015 o MS publica o Manual de Planejamento criando outros instrumentos além do Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão sob a égide de colaboração com a Fiocruz. (BRASIL, 2011) A ênfase dos processos de planejamento avança para o espaço regional e o coloca como elemento central da pactuação e responsabilização. Embora, a descentralização tenha se constituído ao lado da regionalização como diretriz e princípio organizativo do SUS, respectivamente, os movimentos para sua institucionalização se deram em momentos diferentes, pós-anos 2000, estimulada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001/02), ganhando impulso com o Pacto de Gestão, em 2006, e, recentemente, com o Decreto nº 7.508 de 2011.

Se a NOAS considerou a regionalização como principal “estratégia” para a descentralização do sistema e organização dos serviços de saúde, e destacou, dentre outras coisas, a concepção, a implantação e o monitoramento do Plano Diretor de Regionalização e do Plano Diretor de Investimento como instrumentos de planejamento (BRASIL, 2001, 2002), o Pacto pela Gestão, enquanto dimensão do Pacto pela Saúde, enfatiza, dentre outras diretrizes, a regionalização e o planejamento. (BRASIL, 2006a) O pacto apresenta a regionalização como processo de organização das ações e serviços de saúde numa determi-

nada região, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade, voltada a construção de uma rede regionalizada de atenção à saúde. No entanto, diante da diversidade locorregional e operativa, propõe o planejamento regional e a instituição de mecanismos de cogestão para promover a organização das regiões sanitárias. (BRASIL, 2006a)

O Decreto nº 7.508 reafirma a regionalização enquanto princípio organizativo para o SUS com atenção em rede, destacando a região de saúde como espaço geográfico constituído por municípios agrupados com o fim de integrar a organização, bem como o planejamento e a execução de suas ações e serviços de saúde. Com ênfase também no planejamento regional, o documento afirma a sua importância para a ampliação do acesso e da oferta de ações em saúde e indica a constituição do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). (BRASIL, 2011) Tal contrato caracterizaria um acordo de colaboração entre os entes para a organização da rede de atenção, de modo que deveria integrar os planos de saúde dos entes que constituíssem tal rede; “deveria” porque até o primeiro semestre de 2015, quatro anos após a publicação do decreto, efetivamente nenhum COAP está firmado, embora alguns estados como o Mato Grosso do Sul e o Ceará tivessem “tentado” aderir a tal contrato.

Embora os documentos mais recentes apontem para a necessidade de integração e a articulação interfederativa dos entes na região, este se constitui como importante desafio, segundo Vieira (2009), além da inadiável institucionalização do planejamento. Ademais, o crescente subfinanciamento (SOARES; SANTOS, 2014), a ausência de cultura de planejamento e de cooperação solidária entre os entes federativos, a baixa governança regional e a dificuldade de acesso tanto pela falta de serviços, quanto pelas distâncias regionais (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012) integram a lista de desafios para a operacionalização do SUS que assegure a atenção integral e universal. (FREIRE, 2015)

Freire (2015) em seu projeto de dissertação de mestrado sobre o processo de planejamento em uma região de saúde de um estado do Norte do país levantou a partir de bases *online* (2000-2014), estudos e experiências sobre planejamento e gestão em diversos estados brasileiros (ASSUNÇÃO, 2013; BOTTI et al., 2013; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; JESUS; TEIXEIRA, 2014; LACERDA et al., 2012; LIMA; LOPES, 2007; LOTUFO; MIRANDA, 2007; ROCHA, 2008; SARTI et al., 2012; SORIA GALVARRO et al., 2012; TEIXEIRA,

2010; URIBE RIVERA, 2006; VIANNA et al., 2007) apontando como principais resultados o avanço do planejamento como ferramenta integradora diante da pluralidade e multicentricidade da saúde e os desafios relativos a implementação e manutenção de uma cultura de planejamento ascendente na gestão e de políticas públicas integradoras, ao subfinanciamento das ações e as desigualdades locorregionais. (FREIRE, 2015)

Assim como a regionalização precisa ser, sobretudo, um processo político que lida com a diversidade do próprio SUS e coerente com as diversidades das regiões do Brasil, o planejamento de igual forma é também complexo, necessitando análise, compreensão e engajamento político e institucional. No espaço organizativo regional, uma proposta de formalizar um enfoque de planejamento criativo e solidário tem como aposta o estabelecimento de novas relações internas no espaço regional de governança, a partir da comunicação/articulação entre os atores sociais, prevista no projeto de intervenção, o qual se articula com elementos do campo teórico para favorecer a delimitação e apropriação desse espaço pelos atores regionais. (LIMA et al., 2012)

O papel e os desafios de instituições: considerações finais

Parte-se do pressuposto que o planejamento é uma ação social que se estabelece através de um cálculo sistemático apresentando como requisito a “existência de corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apoiam o cálculo que precede e preside a ação” procurando imprimir coerência e racionalidades particulares à ação; consequentemente, a sistematicidade diferencia o planejamento da improvisação. (MATUS, 1993, p. 55)

Em contexto de tomada de decisão negociada, como acontece no Sistema Único de Saúde, é necessário que se analise, explique e aprecie a realidade, a partir da visão de vários interessados e que estão imersos na situação concreta que precisam transformar. (ROCHA, 2008) Para isso, é necessário compreendê-los a partir dos aspectos políticos, econômicos e ideológicos-culturais da ação do homem na sociedade. (ARTMANN, 1993) Essa função exige novos aspectos institucionais, outra organicidade, a criação de uma rede de compromissos e responsabilidades com objetivos institucionais redefinidos. (TESTA, 2002, p. 17)

Na pertinência de que o ambiente pressiona a instituição por outros processos de trabalho se cria um novo valor de uso e um novo valor social. É uma ação que se constrói como viável, sendo iniciada como um projeto, uma motivação e para um futuro. Ou seja, o “motivo para” (diferente das razões históricas originais que a sustentam) e um “motivo porque” (as raízes da motivação para formular em definitivo esse projeto particular). (SCHUTZ, 1993 apud TESTA, 2002, p. 22)

Neste sentido, a instituição responsável pela ação é um sujeito social cujas “[...] características estão enraizadas em sua própria história e lhe dão potência para realizar tarefas que, por sua vez, são construtores da história”. (SCHUTZ, 1993 apud TESTA, 2002, p. 23) Essa construção ou consolidação é um aspecto abordado por Testa como a “constituição dos sujeitos sociais (coletivos)”, ou seja, uma instituição que precisa superar seus limites e assumir novos projetos como sujeito coletivo. O planejamento exige acumulação técnica, estoque de conhecimento, liderança na condução da gestão, dependendo do que é disponível dentro da instituição, mesmo em situações ou cenários desfavoráveis, em situação de escassez, existem iniciativas de planejamento correntes no cotidiano da organização que podem ser assistemáticas ou utilizadas para vencer resistências, diminuir a fragmentação institucional e tentar criar uma agenda ou propósito comum. (ROCHA, 2008; VILASBÔAS, 2006)

No caso concreto de planejamento da Hemorrede, objeto dessa obra, foi articulado um projeto usando a experiência acumulada entre atores construindo um projeto comum: no âmbito nacional pela Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde: como Instituição de Ensino, o ISC/UFBA apoiado na acumulação na Saúde Coletiva. Destaca-se a produção de diversos capítulos de livros, artigos, dissertações e teses que articulam Planejamento & Gestão; alianças entre instituições das esferas federais, estaduais e municipais, em projetos de cooperação técnica e capacitação – PlanejaSUS, formação de especialistas da região norte e mestrado profissional para profissionais da Hemorrede de todo país. O objetivo foi agrupar atores envolvidos na produção de sangue e hemoderivados e do cuidado de portadores de doenças hematológicas na esfera estadual, em momentos de capacitação e momentos de articulação com o objetivo de construir o esboço do Plano Diretor do Sangue dos Estados do Brasil. A acumulação institucional dos operadores foi capaz de refinar uma proposta, o Planeja Sangue, que ar-

ticula esferas de governo – federal, estadual e municipal –, diversos níveis de atenção – dos hemocentros coordenadores até as agências transfusionais em alguns momentos –, setores de vigilância, planejamento e avaliação (da esfera estadual), prestadores públicos e privados e representantes da gestão social (conselheiros de saúde).

Estabelece-se aqui uma concordância com os autores que servem de referência: discutir planejamento é discutir política e, discutindo política, se discute ideologia, filosofia, ou pelo menos, concepções filosófico-conceituais que parecem está sempre em processo de superação (JESUS, 2006); e o planejamento, em suas distintas racionalidades, tem o papel de orientação da ação humana dirigida para o alcance de uma dada finalidade – uma ação social. (VILASBÔAS, 2006) Agrupar esses atores em momentos de aprendizagem e introspecção sobre a realidade vivenciada pode ser o início de um movimento de análise, proposição e tomada de decisão para consolidação da Hemorrede, um que tem a dupla função de ser produtora de insumos para a rede de atenção (sangue e hemoderivados) e como produtora de cuidado para populações afetadas por patologias muitas vezes negligenciadas.

Referências

ARTMANN, E. *O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. 1993. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

ASSUNÇÃO, M. A. P. de. *Estudo sobre a implantação da gestão regional de saúde no Vale do Peixoto na Amazônia mato-grossense*. 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013

BOTTI, C. S. et al. Regionalização dos serviços de saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 491-500, jul./set. 2013.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e

a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília, DF, 2015. (Série articulação interfederativa, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 dez. 2006b. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, DF, 2007. (Série B: textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF, 2009. (Série B: textos básicos de saúde).

CAMPOS, R. O. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1021-1030, out./dez. 2000.

CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 189-200, mar./abr. 2003.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, jan./mar. 2014.

CARROLL, L. *Alice no país das maravilhas*. Porto Alegre: LP&M, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *A gestão de saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, DF, 2007.

FREIRE, M. L. S. *Planejamento em saúde em região de saúde do estado de Tocantins (2011-2015)*. 2015. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social: um esquema de analisis. *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación*, Caracas, n. 3, p. 147-177, 1979.

HUERTAS, F. *Entrevista com Matus*. Caracas: F. Altandir, 1994.

JESUS, W. L. A. de. *Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos*. 2006. 236 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

JESUS, W. L. A. de; TEIXEIRA, C. F. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3839-3848, 2014.

LACERDA, J. T. de et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

LAVRAS, C. *Secretarias de estado da saúde no Brasil: organizações em processo de mudança*. 2003. 147 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas 2003.

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

LIMA, J. de C.; URIBE RIVERA, F. J. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.

LIMA, L. D. de et. al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LOPES, C. M. N. *Sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará (1998-2006): implantação e resultados na utilização das internações hospitalares*. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

LOTUFO, M. *A gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso em 2001*. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, nov./dez. 2007.

LUZ, M. T. *As instituições médicas do Brasil*. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva).

MATUS, C. *Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. Tradução de Giselda Barroso. São Paulo: Fundap, 1996.

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

MATUS, C. *Los tres cinturones del gobierno*. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.

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

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-149.

MINTZBERG, H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. São Paulo: Bookman, 2004.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2004, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 45-94.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, 2002.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. *Administração em Diálogo*, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002a. p. 407-429.

PAIM, J. S. Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002b. p. 149-162.

PAIM, J. S. A crise do planejamento autoritário em saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002c. p. 27-38.

PAIM, J. S. Planejamento para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, ago. 2006. Número especial.

ROCHA, A. A. R. de M. e. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe*. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ROCHA, J. S. Y. Da Cendes-Opas ao PlanejaSUS: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec: Gealag, 2011. cap. 11, p. 261-284.

- SALDANHA, S. *A mudança organizacional na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina*. 2003. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas: Saberes, 2013.
- SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- SILVA, J. M. da. *Planejamento governamental em saúde, no âmbito federal, entre 1985 e 2014*. 2015. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- SOARES, A.; SANTOS, N. R. dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014.
- SORIA GALVARRO, M. del P. Q. et al. Desigualdades regionais na saúde no estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 8, n. 8, p. 12-27, jan./jun. 2012.
- SOUZA, L. E. P. F. de; SILVA, L. M. V. da; HARTZ, Z. M. de A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 65-102.
- SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Autoavaliação da gestão municipal do SUS: processo de construção do instrumento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Abrasco, 2013.
- SPINELLI, H.; TESTA, M. Del diagrama de Venn al nudo borromeo: recorrido de la planificación en América Latina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 1, n. 3, p. 323-335, sept./dic. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/vln3/vln3a05.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde e o SUS: desatando nós e criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2001.

TEIXEIRA, C. F. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Salvador, 2011. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

TEIXEIRA, C. F.; ROCHA, M. *Cadernos de exercícios do PlanejaSUS: material didático*. 2009.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 17-70.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TESTA, M. *Pensar en salud*. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

TESTA, M. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

THE LANCET. Londres: Elsevier, May 2011. Série especial Health in Brazil. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

URIBE RIVERA, F. J. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

URIBE RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

URIBE RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: URIBE RIVERA, F. J. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 17-35.

VIANA, A. L. D. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, p. S117-S131, 2007. Suplemento 2.

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

VILASBÔAS, A. L. Q. *Planejamento e programação das ações de vigilância em saúde no nível local do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, 2004. Texto de circulação interna para o curso Proformar.

VILASBÔAS, A. L. Q. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. 2006. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.