

O planejamento em saúde no Brasil

Health planning in Brazil

Fernando Passos Cupertino de Barros

Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil. Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS
fernandocupertino@gmail.com

Lourdes Lemos Almeida

Administradora Educacional, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília/DF. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS
lourdesalm@gmail.com

Resumo

O artigo aborda o processo e os instrumentos existentes para o planejamento em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Discorre sobre as competências dos entes federados, sobre a legislação e normas vigentes que regulam a matéria e os instrumentos existentes para o processo de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre e Planejamento Regional Integrado. Destaca o papel legalmente atribuído aos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, que devem estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, apontando, todavia, as dificuldades para que isso aconteça. Por fim, em diálogo com a literatura, destaca as dificuldades e desafios a serem superados.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, sistema único de saúde, regionalização.

Abstract

This paper addresses the existing procedures and instruments of healthcare planning in the context of the Brazilian Unified Health System – SUS. We discussed the competences of each State, the current legislation and regulations and the existing planning instruments and procedures: Healthcare Plan, Yearly Health Program, Management Report, Four Month Period Detailed Report, Integrated Regional Planning. Furthermore, we highlighted the role legally attributed to the Healthcare Councils in the three spheres of Government. These councils are responsible for establishing guidelines to be observed in the development of healthcare plans, but we also pointed the obstacles for their effectiveness. Hence, in dialogue with the literature available on this matter, we stressed some of the difficulties and challenges to be overcome.

Key Words:

Healthcare planning, unified health system, regionalization.

Introdução

O Brasil passou por muitas transformações sociais, políticas e econômicas em decorrência da promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988, ao término de um período de ditadura militar, instaurada em 1964. A nova Carta Magna instituiu um modelo federativo inovador, caracterizado pela presença de três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Segundo Wright, esse modelo reveste-se de uma relação de interdependência, cuja autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação [1].

Em meados de 2015, em decorrência das discussões havidas durante os trabalhos de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2007, o Ministério da Saúde apresentou a estados e municípios a proposta de se construir um sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde-SUS, que é o sistema público de saúde destinado a garantir a universalidade de acesso e a integralidade dos cuidados a todos os cidadãos. Depois de amplas discussões com representantes da Administração Federal, da Organização Pan-americana da Saúde, e das secretarias estaduais e municipais de saúde, surge o PlanejaSUS, definido como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, dentro de uma ação governamental intitulada Pacto pela Saúde, em 2006, onde o planejamento passa a ser considerado como instrumento estratégico de gestão do SUS [2].

As atividades de planejamento no SUS adquiriram importância em razão de seu papel destacado para a consecução dos objetivos constitucionais que dão à saúde o estatuto de direito de cidadania, assim como por definirem com clareza a necessidade de se levar em conta a autonomia dos entes federados, que devem trabalhar de forma articulada, solidária e interdependente, de maneira ascendente, a partir dos municípios, mas respeitando-se as linhas diretrizes

de âmbito nacional, acordadas entre as três esferas de gestão. Ademais, a distribuição de competências entre as três esferas de governo auxilia a tornar mais claras as responsabilidades e o papel de cada uma delas, conforme se pode ver na Figura 1.

Em 2011, o planejamento em saúde foi colocado de maneira explícita e objetiva na agenda do gestor, com a edição do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 [3] e com a promulgação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [4]. Tais marcos normativos determinaram a necessidade do aprimoramento de instrumentos e da construção de processos de apoio ao planejamento no âmbito do SUS. Vale lembrar que a Lei no. 8080/1990 já previa que o processo de planejamento e orçamento do SUS devesse ser feito de forma ascendente, do nível local até o nível federal [5]. O capítulo III do Decreto n. 7.508/2011 reforça tais determinações, mas acrescenta que as necessidades das

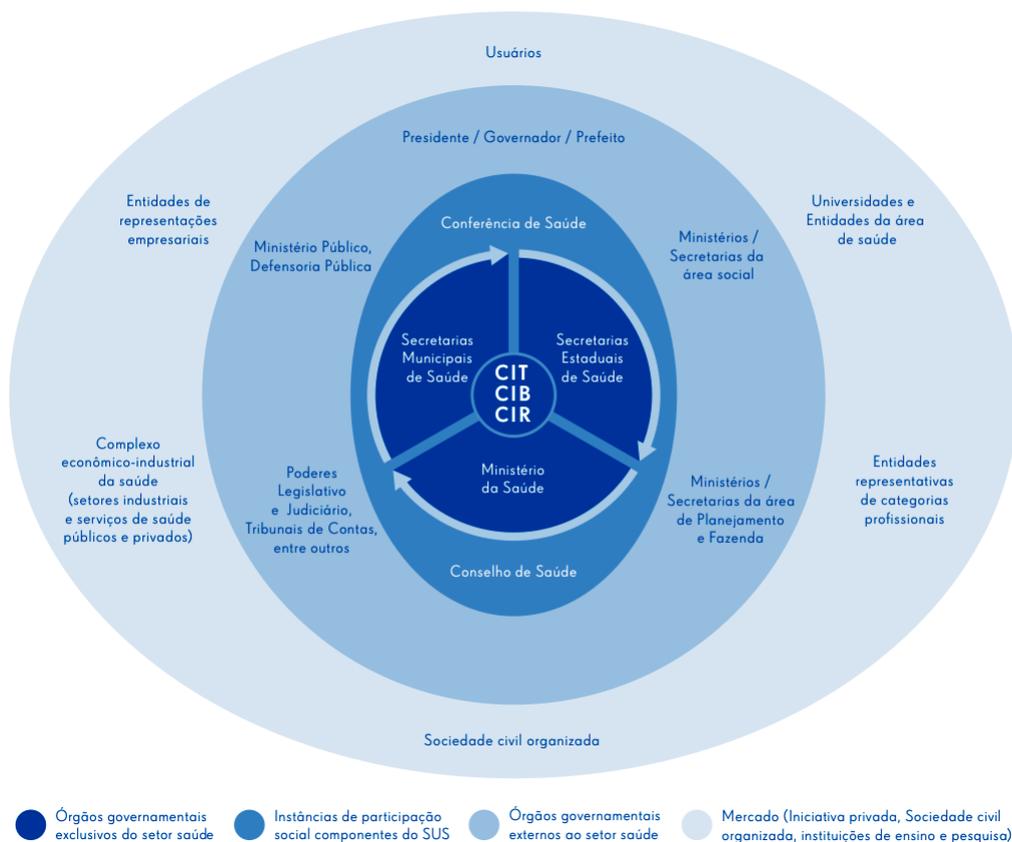
Fig 1: Distribuição das competências federativas no SUS, entre União, Estados e Municípios*

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

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

Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

Fig 2: O papel das relações federativas na governança do SUS



Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros, a serem consignadas nos respectivos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde. A novidade introduzida provocou um intenso debate, ainda em curso, posto que a categorização de saúde como direito do cidadão e dever do Estado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo. Ademais, há que se ressaltar que os gastos com a saúde alteram-se ao longo da vida, havendo nítida tendência de aumento de custos à medida que se avança em idade [6].

O caráter ascendente do planejamento em saúde, assim como a participação da sociedade, assegurada em Lei, e ainda as instâncias de discussão e de concertação entre as esferas de governo exibem a complexidade e a relevância das relações federativas não somente para o processo de planejamento, mas para o próprio funcionamento do sistema de saúde, como pode ser visualizado pela Figura 2.

Na dimensão federativa, a governança entre esferas dá-se por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões intergestores bipartite (CIB). O funcionamento de cada comissão inicia-se nas câmaras técnicas, que são grupos de trabalho de técnicos

da União, dos estados e dos municípios, no caso da CIT; e de estados e municípios, no caso das CIB's. As câmaras técnicas reúnem-se a partir de uma necessidade de saúde para definir padrões de intervenção, programas, projetos ou estratégias de atuação, bem como suas fontes de financiamento. A partir daí, a proposta em forma de programa ou portaria é enviada aos conselhos diretores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e às secretarias do Ministério da Saúde para aprovação política. Somente depois disso, o material é enviado às comissões para votação

nas reuniões ordinárias mensais. Não havendo consenso entre as partes, prosseguem as discussões para modificações que possam levar à aprovação, ou então a proposta é retirada da pauta e retorna à câmara técnica para ser reajustada às demandas do plenário.

Uma novidade introduzida pelo Decreto nº 7.508/2011 é o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Trata-se de um acordo de colaboração, por adesão voluntária, firmado entre entes federados com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, explicita os compromissos firmados em cada Região de Saúde e instrumentaliza um desejo de colaboração entre os entes federados. Além disso, introduz a noção das regiões de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade de atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) em cada uma delas, de modo a estimular a cooperação solidária entre os municípios participantes, com conseqüente fortalecimento das regiões de saúde e contrapondo-se, assim, ao isolamento e à fragmentação das ações [8].

O Controle Social

A Constituição Federal define a “participação da comunidade” (art. 198 da Constituição Federal) [9] como uma das diretrizes do sistema público de saúde, no que é complementada pela Lei 8.142/1990, que regulamenta a participação da sociedade através das conferências e dos conselhos de saúde [10].

As conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos, são grandes fóruns com representação de todos os segmentos sociais que têm como objetivo avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Os conselhos de saúde, por sua vez, são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do Governo, dos usuários e de prestadores de serviço ao sistema de saúde e ainda por representação dos profissionais de saúde que nele atuam. Estão presentes nos 5.570 municípios brasileiros (conselhos municipais de saúde), nos 26 estados da federação (Conselhos Estaduais de Saúde) e no Distrito Federal (Conselho Distrital de Saúde). O Conselho Nacional de Saúde – CNS, no nível federal, é um espaço de participação social na administração do SUS e atua no controle da execução da política de saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão, além de ser responsável pela aprovação dos planos nacionais de saúde e do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde. Por força de Lei, os conselhos possuem ainda a prerrogativa de realizar o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [10], o que os torna parte integrante do ciclo de planejamento, controle e avaliação do sistema de saúde.

Por outro lado, tanto a Lei nº 8080/1990, quanto o Decreto nº 7.508/2011, que a regulamentou, ressaltam o papel do controle social no processo de planejamento do SUS, ao reconhecer que compete ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada esfera administrativa. Isso implica diretamente os conselhos de saúde no processo de planejamento e de avaliação no âmbito do SUS.

A despeito das atribuições constitucionais e legais, o funcionamento dos conselhos de saúde, especialmente no nível municipal, não tem sido capaz de responder plenamente às expectativas iniciais. Influenciar ou tomar parte no processo de decisão de uma determinada política setorial, por exemplo, implica em formular ou orientar projetos; em definir prioridades e em estabelecer contrapontos ao desenvolvimento das medidas tomadas; em ter a capacidade de leitura crítica de planos e relatórios; em acompanhar balanços financeiros e orçamentários; em envolver-se na administração dos serviços e sistemas de saúde. Tarefas,

enfim, que requerem capacitação técnica e disponibilidade de tempo superiores às que a maioria da população possui, como bem aponta Vianna [11].

O processo e os instrumentos de planejamento

Pelas características do federalismo brasileiro, o planejamento no SUS torna-se, conseqüentemente, uma responsabilidade conjunta dos três entes federados, que devem desenvolver suas atividades de modo a responder às necessidades locais, porém de modo a levar em conta as atividades das demais esferas de gestão, de forma complementar e funcional. O Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS, o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, estabelecem as diretrizes gerais para a elaboração do planejamento para todas as esferas gestoras do SUS, definindo prioridades e objetivos nacionais. Nas demais esferas, o processo guarda as mesmas feições, com uma preocupação de busca da equidade regional, onde o estado federado e o município definem em conjunto as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. Dessa forma, a ação articulada dos entes federados, cada qual com atribuições específicas, é capaz de produzir um planejamento voltado para impulsionar estratégias de regionalização. Para tanto, faz-se necessário lançar mão tanto do conjunto de normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental como um todo (Constituição Federal, leis e decretos), quanto das normas específicas editadas no âmbito do SUS (portarias, resoluções etc).

A Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 [12], definiu de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS, tomando por base o disposto pelo Decreto nº 7508, de 2011, e pela Lei nº 141, de 2012. Essas diretrizes deram lugar a sete princípios necessários ao planejamento governamental no SUS: (1) trata-se de uma atividade obrigatória e contínua; (2) deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento geral do governo; (3) deve respeitar os resultados dos entendimentos consensuais entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartites e na tripartite; (4) deve ser articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS; (5) deve ser ascendente e integrado; (6) deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde e (7) deve partir das necessidades de saúde da população.

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

O Plano de Saúde, elaborado para um período de quatro anos, norteia a elaboração do orçamento do governo no

tocante à saúde. Esse entendimento vale tanto para os Planos de Saúde quanto para as Programações Anuais de Saúde, pois a Lei nº 141/2012 dispõe que, antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, os entes da federação deverão encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação. Isso significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão [6]. O Plano de Saúde explicita os compromissos do governo para com a saúde da população a partir da análise situacional, das necessidades de saúde e das peculiaridades próprias de cada uma das esferas de gestão. É a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade das ações. Sua elaboração segue os prazos definidos pelo Plano Plurianual (PPA) a que estão obrigados os governos federal, estaduais e municipais.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. No âmbito dos estados e municípios, a PAS deve conter: (a) a definição das ações que, naquele ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; (b) os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; (c) a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. No caso da União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. O horizonte temporal da PAS coincide com o ano-calendário, mesmo período definido para o exercício orçamentário.

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. A estrutura do Relatório de Gestão deve conter: (a) diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (b) metas da PAS previstas e executadas; (c) análise da execução orçamentária; (d) recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde; (e) os entes que assinarem o COAP deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) é o instrumento de acompanhamento da execução das metas previstas na Programação Anual de Saúde, que deve ser apresentado como prestação de contas pelo gestor do SUS até o último dia dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano seguinte ao do exercício, em audiência pública, na sede do Poder Legislativo do respectivo ente federado. As informações acumuladas quadrimestralmente auxiliarão na elaboração do Relatório de Gestão, no final de cada exercício.

A Regionalização e o Planejamento Regional Integrado

A Constituição Federal estabelece no art. 198 que o SUS deve ser descentralizado e regionalizado e dessa forma imprime as características do sistema federativo brasileiro de interdependência e da inter-relação entre os entes. Apesar da sua autonomia, especialmente na área da saúde, isso não é sinônimo de suficiência. Está posto, então, o desafio de regionalizar a descentralização.

É preciso rever a concepção de que os entes federados são capazes de se organizar e de funcionar como organismos isolados, em contraposição à noção de integração e articulação com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde da população, na região de saúde. Trata-se, aqui, de um território bem delimitado, dotado de uma rede de serviços de saúde, onde os gestores do SUS assumirão responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população, buscando sempre proporcionar aos cidadãos as condições que garantam igualdade de acesso a esses serviços.

Conforme o Decreto nº 7.508/2011 a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e dotado de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Deve ser instituída sob a coordenação do Estado federado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Em setembro de 2011, a CIT pactuou os objetivos gerais para organização da Região de Saúde que estão expressos na Resolução/CIT nº 01 de 29/09/2011 [13]:

- garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
 - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os Entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e
 - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na Rede de Atenção à Saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, a fim de reduzir as desigualdades locais e regionais.
- De acordo com as normas vigentes, para a instituição de uma Região de Saúde é necessário ter naquele território, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial; de atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e de vigilância em saúde. Os Entes federativos definirão os seguintes elementos em relação à Região de Saúde: (i) seus limites geográficos

ficos; (ii) população usuária das ações e dos serviços; (iii) rol de ações e serviços que serão ofertados e (iv) respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

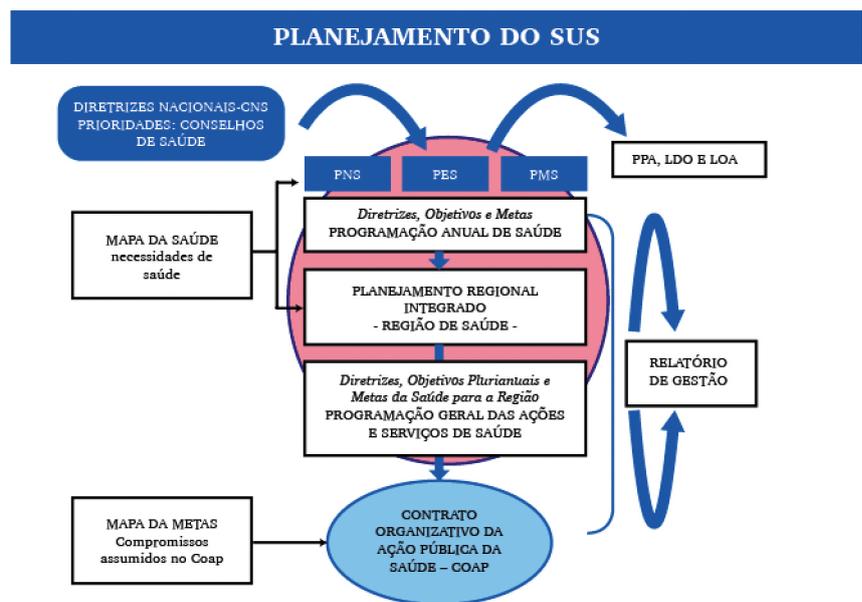
Na organização da Região de Saúde devem ser consideradas a intersectorialidade e a dinâmica dos territórios, pois há relações importantes que se processam ali e remetem ao cotidiano da população, às relações entre o Estado, a sociedade civil organizada e os cidadãos, que com interações políticas, económicas, sociais e simbólico-culturais transformam o território em um ente vivo. O homem não vê o universo a partir do universo; o homem vê o universo desde um lugar e os processos de mudança social, económica e política da sociedade resultam na transformação do espaço, que, concatenado à paisagem, adaptam-se para as novas necessidades do homem. É o uso

do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. [14]

A definição de um determinado território não é só um processo de regionalização geográfica, mas deve expressar o seu papel ativo, além de considerar o seu contexto socioeconómico e cultural, para que possa ser reconhecido como um território vivo. Deve ser então, a operacionalização política da dinâmica territorial, que seja capaz de dar conta da realidade concreta, onde o poder político-institucional é exercido por um grande número de atores sociais. É ir além da visão fragmentada de uso do território, considerando apenas a percepção setorial da saúde; é analisar e avaliar, também, os vários aspectos e os agentes que regulam e organizam esse território. Portanto, pensar uma região de saúde é estabelecer estratégias políticas, económicas e peculiares, para que seja implantada efetiva e concretamente, e reconhecida do onto de vista histórico e social.

Dessa forma, cabe indagar e identificar quem são esses agentes que atuam na região de saúde; quem coordena sua organização e onde são definidas as regras da gestão compartilhada do SUS. Considerando que a região será referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, é necessário que as responsabilidades de cada ente na prestação de serviços naquele território estejam bem definidas e pactuadas, tanto na Comissão Intergestores Regional - CIR, quanto na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. A Lei Complementar nº 141/2012 acrescenta que as transferências de recursos entre Entes devem se dar, preferencialmente, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência apro-

Fig 3: Elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações



Fonte: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015

vados pelo respectivo Conselho de Saúde. Há, portanto, a participação de vários atores que agem em diferentes fóruns de discussão.

A organização das Comissões Intergestores é fundamental para lidar com o caráter por vezes assimétrico das relações entre os entes federativos nas regiões de saúde. São instâncias reconhecidas como foros de negociação e de pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS, onde são explicitadas as divergências, os conflitos são expostos e a negociação e o consenso resultam em pactuações necessárias à decisão colegiada e à parceria no compartilhamento da responsabilidade sanitária. É o espaço onde são definidos acordos políticos com base em levantamentos e informações coerentes com a dinâmica de uso do território e com o planejamento local de cada gestor.

O Estado federado precisa ser o coordenador da região, apesar da descentralização das ações e serviços, tendo em vista a necessidade de integração de esforços que aperfeiçoem e racionalizem os recursos existentes. Certamente, além dos atores governamentais, outros agentes devem ser considerados na dinâmica da região, tais como os prestadores de serviço, a sociedade, os trabalhadores de saúde, todos implicados na construção de respostas governamentais capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde, evitando que ocorra um processo meramente institucional, normativo e administrativo, que não será resolutivo na organização dos serviços para a população.

Analisando os objetivos gerais para organização da Região de Saúde que estão expressos na Resolução/CIT nº 01/2011, é importante destacar, ainda, alguns elementos,

além da territorialização, que servem de base no processo de regionalização. São eles: a garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde; a integralidade da assistência; a cooperação; a cogestão; o financiamento solidário; a subsidiariedade; a organização das redes de atenção à saúde; e a redução das desigualdades locais e regionais. Todos esses elementos devem ser considerados no Planejamento Regional Integrado que será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três Entes federados. Esse planejamento expressa as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção.

Desse modo, há uma inovação no modelo de planejamento no SUS, pois é possível passar de uma abordagem baseada na oferta de serviços, de forma isolada e fragmentada, por ente federado, para um modelo de contratualização de âmbito regional, em rede, seguindo critérios de necessidades da população, de forma estratificada por grau de risco e gravidade, abordando os diversos serviços e ações de saúde de forma articulada e integrada. O processo de constituição da Rede de Atenção à Saúde – RAS na região é um momento importante no planejamento regional integrado, pois a elaboração do Plano de Ação da RAS organiza a produção de saúde, estabelece a coordenação e a cooperação entre os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, reconhecendo a interdependência entre os atores e organizações na oferta de uma atenção à saúde que busca garantir a integralidade do cuidado.

A organização da RAS incorpora, na prática, conceitos estruturantes próprios da regionalização como a interdependência, o compartilhamento, a cogestão, a subsidiariedade, a escala, a garantia de acesso e a integralidade da atenção. Entretanto, é importante destacar que é preciso superar os interesses estritos de cada município e que a soma de planos municipais de saúde não resulta em um planejamento

Fig. 4: Pontos fortes e fragilidades

Pontos fortes	Pontos frágeis
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A adoção de uma estratégia de organização da rede assistencial calcada no fortalecimento dos cuidados de saúde primários (CSP) – Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiamento insuficiente, com centralização excessiva no nível federal; ✓ Deficiências qualitativas e quantitativas em recursos humanos; ✓ Falta de homogeneidade na cobertura populacional;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação dos cidadãos, constitucionalmente garantida, nos três níveis de governo (conselhos e conferências). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baixa efetividade no funcionamento dos conselhos (falta de condições de funcionamento; falta de formação dos conselheiros; manipulação por interesses variados; baixa capacidade de síntese e de priorização das ações etc)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Municipalização da saúde, numa perspectiva de proximidade com o cidadão e de territorialidade nas ações. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grande heterogeneidade dos municípios, o que se reflete na dificuldade em se dispor de capital humano suficiente, adequado e bem distribuído; ✓ Baixa capacidade de financiamento e organização da rede local de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consenso sobre a necessidade de se planejar ações numa perspectiva regional, a fim de se superar dificuldades em comum. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indisponibilidade de recursos financeiros; ✓ Descrédito do nível federal com respeito suas novas proposições, posto que há sempre uma consequente sobrecarga financeira sobre estados e municípios; ✓ Dificuldades na captação e retenção de recursos humanos, especialmente em regiões mais pobres e longínquas.

Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

regional, da mesma forma que a simples soma de sistemas municipais não vai gerar um sistema regional.

O planejamento regional inclui, ainda, o monitoramento e a avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, como instrumento estratégico de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão.

Um resumo dos elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações pode ser visto na Figura 3.

Considerações finais

Inegavelmente, o planejamento no âmbito do SUS dispõe atualmente de instrumentos e de processos claros e bem definidos. Sua utilização deveria acontecer em todo o território nacional e no seio de todos os entes federados, uma vez que tornada obrigatória por força dos atos normativos vigentes. Contudo, há diversos obstáculos ainda a serem

transpostos para que a qualidade do planejamento, nele incluído o indispensável componente da avaliação, se faça de modo a produzir reflexos objetivos sobre a qualidade dos serviços de saúde e de sua organização em benefício dos cidadãos.

Santos e Campos [15] apontam os problemas gerados pelo processo de municipalização da saúde que se implantou a partir do surgimento do SUS, geradores de iniquidade, desigualdades e de fragmentação intensa. A essa situação eles sugerem o caminho da regionalização como a solução capaz de enfrentá-la, combatendo a fragmentação de ações e serviços de saúde e o centralismo federal que não tem visão sobre o planejamento regional. O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) seria, então, um instrumento poderoso de integração de ações e serviços de saúde dos entes federados no espaço regional, com definição das responsabilidades sanitárias e com rateio equitativo dos recursos financeiros das três esferas de governo. Por diferentes razões, até novembro de 2016 apenas dois estados brasileiros haviam assinado o COAP.

Mendes [16] ressalta que apesar da existência de iniciativas voltadas à regionalização, são ainda tímidos os avanços obtidos na construção do planejamento regionalizado e integrado em saúde. Em seu estudo, o autor identificou que dos 26 estados que citaram o Planejamento Regional Integrado (PRI) em seus planos de saúde, apenas cinco declararam construí-lo. Por outro lado, a rotatividade de secretários municipais de saúde, a pouca autonomia nas

decisões executivas, as deficiências na qualificação técnica para o exercício da função gestora e a influência nociva de interesses político-partidários fazem com que as comissões intergestores regionais sejam pouco sensíveis às demandas dos cidadãos. Além disso, recursos financeiros insuficientes não permitem que a programação pactuada e integrada de serviços seja efetivamente cumprida, com consequentes prejuízos na oferta de serviços à população [17]. Muitas vezes o gestor municipal se vê obrigado a comprar serviços da iniciativa privada a preços muito superiores aos estabelecidos pela tabela do Sistema Único de Saúde, por não encontrar profissionais que aceitem ser remunerados por valores absolutamente irrealistas quando comparados aos custos reais.

Finalmente, parecem ser patentes as grandes dificuldades para o aperfeiçoamento do SUS, especialmente no que se refere ao planejamento, à execução e à avaliação por parte de seus gestores: a falta de financiamento suficiente; o modelo que deseja sair do municipalismo isolado para uma regionalização solidária, mas que ainda não se implantou firmemente; as deficiências na gestão do sistema, em suas três esferas de governo e a insuficiência de capital humano suficientemente qualificado e bem distribuído por todas as regiões do país.

Um quadro sinóptico comparativo (Figura 4) enumera os pontos fortes e os pontos frágeis do SUS e suas relações com o processo de planejamento.

Bibliografia

1. Wright DS. Para entender las relaciones intergubernamentales: estudio introductorio de José Luiz Méndez. Fondo de Cultura Económica, USA, 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Brasil. Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 09 de novembro de 2016
4. _____. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em 09 de novembro de 2016.
5. _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).
8. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde soc.* [Internet]. 2016 June [cited 2016 Nov 10]; 25(2): 320-335. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200320&lng=en. Acesso em 10 de novembro de 2016.
9. Brasil. Constituição Federal. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 198. Brasília: 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
10. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
11. Vianna MLTW. “Participação em saúde: do que estamos falando?” *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n° 21, jan./jun. 2009, p. 218-251.
12. Brasil. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* de 26/09/2013, Seção 1, pag. 60.
13. _____. Resolução CIT n° 01, de 29 de setembro de 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/siteantigo/cit%202011/RESOLUC%CC%A7A%CC%83O%20N%C2%BA%201%20Regio%CC%83es%20de%20Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2016.
14. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp; 2006
15. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade* 24,2 (2015): 438-446. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104817/0>. Acesso em 10 de novembro de 2016.
16. Mendes VAP. Estudo sobre o planejamento regional nos estados brasileiros. Mestrado (dissertação)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20958>. Acesso em 10 de novembro de 2016.
17. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.” *Revista de Saúde Pública* 48,4 (2014): 622-631. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2016.