



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (ISC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**



JAIR MAGALHÃES DA SILVA

**PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE, NO ÂMBITO
FEDERAL, ENTRE 1985 E 2014.**

SALVADOR-BA

2015

JAIR MAGALHÃES DA SILVA

**PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE, NO ÂMBITO
FEDERAL, ENTRE 1985 E 2014**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: Prof^o Dr. Jairnilson Silva Paim

CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

SALVADOR-BA

2015

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S586p Silva, Jair Magalhães da.

Planejamento governamental em saúde, no âmbito federal, entre 1985 e 2014 / Jair Magalhães da Silva. -- Salvador: J.M. da Silva, 2015.

222f.

Orientador(a): Prof^o. Dr^o. Jairnilson Silva Paim.

Co-orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Tese (Doutorado em Saúde Pública – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia).

1. Planejamento Governamental – Saúde. 2. Estado Brasileiro. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 35:614



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

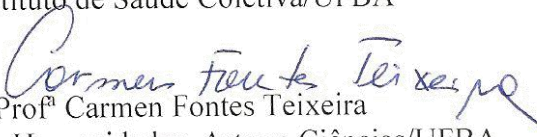
JAIR MAGALHÃES DA SILVA

Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, entre 1985 e 2014. A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de maio de 2015.

Banca Examinadora:


Prof^o Jairnilson Silva Paim (Orientador)
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof^a Carmen Fontes Teixeira
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências/UFBA


Prof^a Ana Luisa Queiroz Vilasbôas
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof^a Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS


Prof^a Alba Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB

**Salvador
2015**

O Senhor está convosco, enquanto vós estais com ele, e, se o buscardes, o achareis; porém, se o deixardes, vos deixará (...) ***Mas esforçai-vos, e não desfaleçam as vossas mãos; porque a vossa obra tem uma recompensa.***

(2 Crônicas 15, 2-7)

DEDICATÓRIA

À minha esposa **Lucinéia Braga Magalhães (NÉIA)**,

*... pelo imenso amor a mim dedicado ... pela sua
compreensão, parceria, orações constantes e
cumplicidade irrestrita ...*

*A cada momento vivido ao seu lado, tenho o privilégio de
contemplar o quanto o **PAI CELESTIAL** vem abençoado
nossa **UNIÃO** ... Você **REPRESENTA O SOMATÓRIO
DE TUDO DE MELHOR QUE A VIDA PODERIA TER
ME OFERECIDO...** Por isso, só tenho a agradecer à
Deus, por ter você em minha vida.*

TE AMO!!!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me permitir realizar este sonho! Agradeço por ter sido meu sustentáculo nas horas mais difíceis, quando as forças se esvaíam sentia Tua presença. À Ti toda honra e toda glória, agora e SEMPRE!!!

À minha mãe, **Maria José Magalhães**, pelo amor constante e apoio sempre que necessário!

Ao meu orientador, **Jairnilson Paim**, agradeço a humildade com que partilhou seu saber, as ricas contribuições, paciência e dedicação na condução para a concretização desta tese.

À minha co-orientadora, **Profª Ana Luiza Villasbôas**, sou grato pela presença marcante durante essa trajetória, pela docilidade em como se comunica e pelas contribuições, sempre necessárias.

À professora **Carmem Teixeira**, agradeço pelas ricas contribuições!

Ao professor **Jorge Almeida**, ficará registrado em minha memória a construção dos debates em sala de aula e as valorosas reflexões, construídas na disciplina “Processo de Hegemonia e *Contra-Hegemonia*”.

À professora **Vera Mendes**, jamais esquecerei o cuidado, carinho e delicadeza com que me acolheu na disciplina “*Gestão de Serviços Públicos*”.

Agradeço aos servidores do Ministério da Saúde (MS), na pessoa de **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Diretor do DEMAS/MS) e **Eduardo Magalhães Lordello** (Assessor Técnico da SPO/SE/MS) que me receberam com muito respeito e atenção, sendo solícitos ao disponibilizarem materiais que contribuíram com a construção do estudo.

A **Roseli Cardoso**, minha amiga de todas as horas ... Sou imensamente grato pelo apoio e carinho. Sou grato pela disponibilidade em servir todas as vezes que precisei. VOCÊ É UM SER ILUMINADO!!!

Ao amigo **Márcio Costa** ... Seu riso contagiante e sua forma alegre/divertida de ver a vida traz grande significado. Obrigado por ter compreendido e contribuído quando eu mais precisei e, muitos me negaram apoio.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**, minha segunda casa, instituição que foi e será palco das minhas grandes conquistas pessoais e profissionais.

Aos colegas do **Departamento de Saúde (DS I e II)** que apoiaram, torceram e demonstraram carinho.

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA**, que contribuíram de forma decisiva na construção do meu aprendizado. Com vocês, pude ressignificar saberes e reeditar novos conceitos.

Aos meus colegas da **turma de doutorado do ISC/UFBA**, como foi maravilhosa nossa construção de saber, experiências compartilhadas e pela força que dávamos um ao outro quando necessário. Fui agraciado pela nossa convivência!!!

Ao querido casal e amigos **Jaqueline França e James Melo** (extensivo de modo carinhoso à **Matheus e Saíle**) pelas orações, momentos de descontração e amizade genuína. Nosso riso vale ouro!!!

Aos nossos amados afilhados e amigos, **Larissa Abreu e André Luís**, pelo apoio, acolhida, amizade e inúmeras experiências compartilhadas.

Aos amigos **Manu Gomes, Camila França, Willian Mello, Loy Santana, Lorena Santana, Michael do Carmo, Marizete Argolo, Lucas**, (...), que com seus "**SORRISOS LARGOS**", orações, passeios e resenhas tornaram meus dias mais alegres. Vocês foram decisivos durante toda essa etapa.

Sou imensamente grato, à todos aqueles que contribuíram de forma indireta, pontual e significativa para a concretização deste estudo.

MUITO OBRIGADO!!!

*Não há entrada já aberta para a ciência e só
aqueles que não temem a fadiga de galgar suas
escarpas abruptas é que têm a chance de chegar a
seus cimos luminosos
(MARX, 1996, p.143)¹*

¹ Escrito no prefácio da edição francesa de “*O Capital*”, publicado originalmente em Londres no dia 18/03/1872.

RESUMO

SILVA, J. M. **Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, entre 1985 e 2014**. Salvador-BA, 2015. 222p. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Esta tese trata de um estudo sobre o Planejamento Governamental em Saúde (PGS), entendido como processo social [histórico e político], que vem sendo desenvolvido, como componente da política de saúde, com o propósito de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Teve como objetivo geral analisar a produção dos instrumentos de PGS, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 a 2014; e como objetivos específicos: identificar as condições político-institucionais nas quais se desenvolveu o PGS, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 a 2014; verificar as bases jurídico-normativas que regulam o PGS, no âmbito federal, nesses períodos; e descrever as iniciativas de PGS, formuladas pelo Ministério da Saúde (MS), nos períodos de governo de 1985 a 2014. Nessa perspectiva, decidiu-se por uma estratégia metodológica de natureza qualitativa e descritiva dos fatos e fenômenos referentes às iniciativas de PGS, em cinco distintos períodos de governo: 1) 1985-1990 (Sarney); 2) 1990-1994: (Collor/Itamar); 3) 1995-2002 (FHC); 4) 2003-2010 (Lula) e 5) 2011-2014 (Dilma). Quanto ao meio de investigação, realizou-se uma pesquisa documental, tendo como *corpus* registros inscritos nas Leis dos Planos Plurianuais (PPAs), nos Planos Nacionais de Saúde (PNS); nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e nas iniciativas de PGS formuladas pelo MS. O processamento das informações foi realizado a partir da construção de matrizes de produção de dados. Já a elaboração do plano de análise norteou o tratamento dos resultados e sua interpretação. Os resultados e discussão demonstraram que, historicamente, o PGS vem sendo desenvolvido a partir de disputas políticas entre os defensores da saúde e os opositores ao projeto reformista e ao planejamento. Os achados apontam a ocorrência de tensões entre o projeto de redemocratização e as políticas racionalizadoras/focalizadas. Observou-se ainda que, enquanto instrumento de ação política da classe dirigente, o planejamento não tem conseguido orientar as tomadas de decisões do governo. Além disso, observou-se a existência de uma tendência dos instrumentos de PGS, se constituírem como modelo de planejamento orçamentário, elaborado para cumprir as determinações constitucionais. Conclui-se que, o aspecto político constitui-se como um dos maiores desafios para a reconstrução do PGS, integrado e ascendente, com garantia de participação da sociedade civil organizada em todas as suas etapas. Portanto, defende-se a repolitização da saúde, como “possível estratégia” para a construção de um novo cenário capaz de privilegiar o planejamento enquanto componente da gestão governamental do SUS.

DESCRITORES: Planejamento Governamental – Saúde – Estado brasileiro.

ABSTRACT

SILVA, J. M. **Governmental Health Planning, at the Federal scope, between 1985 and 2014.** Salvador, Bahia, 2015. 222p. Thesis [Doctorate in Public Health]. Institute of Public Health, Federal University of Bahia (ISC / UFBA).

This thesis is a study about the Governmental Health Planning (GHP), comprehended as a social [historic and political] process, which has been developed as health policy component, in order to strengthen the National Health System (NHS). It had as a general objective "analyze the production of instruments of GHPs, at the federal level, between governments of 1985 to 2014; and as specific objectives: identify the political and institutional conditions in which were developed the GHP, at the federal level, between governments of 1985 to 2014; verify the legal and normative bases that control the GHP, at the federal level, in these periods, and describe the GHP initiatives formulated by the Health Ministry (HM), in the government periods of 1985 to 2014. Under this perspective, it decided by a methodological strategy of qualitative and descriptive nature of the facts and phenomena related to initiatives of GHP in five government distinct periods: 1) 1985-1990 (Sarney); 2) 1990-1994: (Collor / Itamar); 3) 1995-2002 (FHC); 4) 2003-2010 (Lula) and 5) 2011-2014 (Dilma). As for the means of investigation, it was performed a documentary research, having as *corpus* records subscribed on the Laws of Multi annual plans (MAPs), on the Health National Plans (HNP); on the Health National Conferences' Reports (NCRs) and on the GHP initiatives made by the HM. The processing of the information was based on the construction of data production arrays . The preparation of the analysis plan guided the treatment of the results and their interpretation. The results and discussion showed that, historically, the GHP has been developed from political disputes between health advocates and opponents of the reform project and planning. These findings indicate the occurrence of tensions between the democratization of design and rationalizing/ targeted policies. It was also observed that as political action tool of the ruling class the planning has not been able to guide the decision-government decisions. Furthermore, it was observed there was a tendency of GHP instruments, as they constitute budget planning model, developed to meet the constitutional determinations. In conclusion, the political aspect is constituted as a major challenge for the reconstruction of GHP, integrated and up, with civil society participation guarantee organized in all its stages. Therefore called for the re-politicization of health as "possible strategy" to build a new scenario able to focus on the planning as a component of the government of NHS management.

KEY WORDS: Governmental Planning – Brazilian State.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRANGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
Alanac	Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Ações Penais
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BSM	Brasil sem Miséria
CD	Câmara dos Deputados
Ceme	Central de Medicamento
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CF/88	Constituição Federal do Brasil de 1988
CGRH	Coordenação Geral de Recursos Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMS	Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CN	Congresso Nacional
CNP	Comissão Nacional de Planejamento
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho de secretários Estaduais de Saúde
COS	Comissão de Ordem Social
CPI	Comissão Parlamentar de Inquéritos
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CS	Comissão de Sistematização
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAG	Diretrizes da Ação Governamental
DANC	Diário da Assembleia Nacional Constituinte
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DCN	Diário do Congresso Nacional
DOU	Diário Oficial da União
DP	Discurso de Posse
DRU	Desvinculação da Receita da União
EBSRH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EP	Emenda Popular
Epea	Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada
EPL	Empresa de Planejamento e Logística
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional da Saúde
FPS	Fóruns de Participação Social
FUNPRESP	Fundo de Previdência Complementar para os Serviços Públicos Federais
GASE	Gestão Avançada do Sistema Estadual

GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IOF	Imposto Sobre Operações Financeiras
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Leis Orçamentárias Anuais
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MCMV	Minha Casa, Minha Vida
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio.
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP	Medidas Provisórias
MPAS	Ministério da Previdência Social
MPF	Ministério Público Federal
MPO	Ministério do Planejamento e Orçamento
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MSI	Modelo de Substituição das Importações
NEP	Nova Política Econômica
NO	Normas Operacionais
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básica
OGU	Orçamento Geral da União
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPI	Orçamento Plurianual de Investimento
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEG	Plano de Ação Econômica do Governo
PAI	Plano de Ação Imediata
PAIS	Programa das Ações Integradas da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDC	Partido Democrata Cristão
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRE	Plano Diretor para Reforma do Estado
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PECs	Programas de extensão de Cobertura
PED	Plano Estratégico de Desenvolvimento
PEE	Plano de Estabilização Econômica
PEOPAND	Plano Espacial de Obras Públicas e Aparelhamento da Defesa Nacional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PFL	Partido da Frente Liberal
PGS	Planejamento Governamental em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
Plano SALTE	Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
PMCMV	Programa Minha Casa, Minha Vida
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNDs	Plano Nacional de Desenvolvimento

PNL	Plano Nacional de Logística
PNS	Plano Nacional de Saúde
POE	Plano de Obras e Equipamentos
POI	Programação e Orçamentação Integrada
POSDR	Partido Operário Social Democrático da Rússia
PPA	Plano Plurianual
PPB	Partido Proletário do Brasil
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPS	Partido Popular Socialista
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRMI	Projeto Redução da Mortalidade na Infância
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PROS	Programação e Orçamentação da Saúde
PS	Plano de Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RF	Relatório Final
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SF	Senado Federal
SGEP	Secretaria de gestão Estratégica e Participativa
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo

SPOF	Sistema de Planejamento e Orçamento Federal
SSSMA	Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TCG	Termo de Compromisso com a Gestão
TLFG	Termo de Limite Financeiro Global
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
	Objetivo Geral	30
	Objetivos Específicos	30
2	ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	31
3	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	41
4	PERÍODO DE GOVERNO SARNEY (1985 – 1990)	48
4.1	Condições Político-Institucionais	49
4.2	Quadro da saúde e do Planejamento Governamental	51
5	PERÍODO DE GOVERNO COLLOR/ITAMAR (1990 – 1994)	66
5.1	Quadro internacional: a consolidação do neoliberalismo	66
5.2	Condições Político-Institucionais	67
5.3	Quadro da saúde: ameaças de retrocessos às conquistas democráticas	72
5.4	O Plano Plurianual (1991 – 1995)	82
6	PERÍODO DE GOVERNO FHC (1995 – 2002)	86
6.1	Condições Político-Institucionais	86
6.2	Quadro da saúde e do planejamento governamental	91
6.3	Os PPAs da saúde no governo FHC: PPA 1996-1999 e PPA 2000-2003	100
7	PERÍODO DE GOVERNO LULA (2003 – 2010)	112
7.1	Condições Político-Institucionais	112
7.2	Quadro da saúde e do planejamento governamental	116
7.3	Os PPAs da saúde no governo Lula: PPA 2004-2007 e PPA 2008-2011.	133
8	PERÍODO DE GOVERNO DILMA (2011 – 2014)	142
8.1	Condições Político-Institucionais e a situação da saúde	
8.2	Planejamento Estratégico no governo Dilma	152
9	DISCUSSÃO	156

10 CONCLUSÃO	166
REFERÊNCIAS	169
REFERÊNCIAS – Documentos governamentais analisados	184
APÊNDICES	190

1 INTRODUÇÃO

O planejamento é uma necessidade do homem e da sociedade. Cada homem é um governante de seus atos e aí constrói e defende sua liberdade. Porém, cada homem decide também, por ação ou omissão, consciente ou inconscientemente, para que o governo do sistema em que vive lute por ganhar liberdade de opções ou se entregue às circunstâncias. Não sabemos se podemos conduzir o mundo para onde queremos, mas não podemos renunciar a tentá-lo. E essa tentativa pode ser beneficiada pelo planejamento (MATUS, 1993, p.16, negrito nosso).

Ao serem examinadas as possibilidades de inserção do planejamento na dinâmica social, é possível reconhecer diversas abordagens (KOHN, 1999; MINDLIN, 2010; MATUS, 1993; MELO, 2013, dentre outros) para sua compreensão, tanto nos seus aspectos histórico e conceitual (LOPES, 1990; IANNI, 1991; KOHN, 1994; REZENDE, 2010; MELLO; SOUZA, 2012), quanto em sua tentativa de controlar a economia para garantir o desenvolvimento, reveladas em seu viés social (KOWARICK, 1976; RATTNER, 1977) que muitas vezes fica situado no plano secundário em relação ao planejamento econômico.

Interessa a essa tese problematizar o Planejamento Governamental em Saúde (PGS), enquanto “processo social” [histórico e político] sujeito a determinações “abstrato-formais” e “histórico-concretas” (GIORDANI, 1979; 1986). Nesse particular, procura-se desencadear uma investigação com o propósito de explorar o PGS, no âmbito federal, relativo aos períodos de governo de 1985 a 2014, bem como contribuir para a compreensão dos limites e possibilidades do PGS, como prática social, no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De qualquer forma, é fundamental delimitar o ponto de partida para a caracterização do planejamento, no âmbito federal, com base na seguinte indagação: Quais fatos político-institucionais poderiam ser identificados no desenvolvimento do planejamento governamental em saúde, no âmbito federal?

Para responder à esta questão, faz-se necessário recuperar alguns recortes históricos e conceituais que coadjuvaram na explicação da evolução do planejamento como “modelo teórico para a ação” (MINDLIN, 2010, p.7). Estes aspectos, associados à tentativa de retomada do planejamento governamental enquanto instrumento necessário ao desenvolvimento econômico e social, podem fornecer pistas para reconhecer as funções que o PGS, no âmbito federal, tem assumido, como componente da gestão governamental do SUS.

Diversos estudiosos² reconhecem que a prática de planejamento como ação governamental, teve origem nas sociedades socialistas. Nesse particular, enquanto uma das medidas instituída pela irrupção da Revolução Bolchevique³, o planejamento soviético, pode ser caracterizado como a primeira experiência de intervenção do Estado na política econômica. Os bolcheviques fizeram uso do “planejamento econômico estatal centralizado” (HOBSBAWN, 1995, p.367) concentrando-se em um tipo de estratégia que privilegiava a construção acelerada das indústrias básicas e da infraestrutura necessárias para garantir uma sociedade industrial, moderna e desenvolvida. Nessas condições, foi elaborado em 1928, o primeiro Plano Quinquenal (1929-1933), instrumento caracterizado pelo paradigma economicista, normativo, tecnocrático e, principalmente, orientado pelo Estado centralizador, para regular a economia de mercado e garantir o desenvolvimento assentado no “determinismo econômico” (RIVERA; ARTMAN, 2003).

Nas sociedades capitalistas, a possibilidade de assumir o planejamento como ação governamental, ocorreria em decorrência do desmoronamento do sistema econômico, notabilizado pela desvalorização da bolsa de valores de Nova York e, conseqüentemente, pela Grande Depressão [1929-1933]. Assim, a ideia de planejamento, no qual o Estado intervém nos setores econômicos essenciais para o desenvolvimento, assumiria caráter de urgência (OLIVERIA, 2006; JUDT, 2011). Neste contexto, como caminho possível para corrigir os problemas do mercado e assegurar crescimento econômico e desenvolvimento social, John Maynard Keynes [1883-1946] apresentaria razões para desenvolver um planejamento econômico indicativo⁴, possibilitando, com isso, que a receita Keynesiana fosse apreendida e aplicada pelos países capitalistas (SANDRONI, 1999), “com o propósito de promover o crescimento/desenvolvimento de forma rápida e estável” (KON, 1997, p.26).

² Ver: Rivera (1992); Hobsbawn (1995); Kon (1997); Giacomoni; Pagnussat (2006); Mészáros (2011); Silva; Nascimento (2011), dentre outros.

³ Termo originário da antiga União Soviética – “BOLSCINTVÓ” – que significa MAIORIA. Durante o Congresso do Partido Operário Social-Democrático da Rússia (POS DR), realizado em Londres no ano de 1903, emergiram duas concepções divergentes sobre quem deveria receber o título de membro do partido, sendo uma defendida por Vladimir Lenin e outra defendida por Julius Martov. Dessa divergência surgiram os termos “BOLCHEVIQUES” (maioria), representando a facção dos apoiadores de Lenin e o termo “MENCHEVIQUES” (minoridade), representando a facção dos apoiadores de Martov. De longe, no “mais formidável movimento revolucionário organizado na história moderna”, os “bolcheviques” conquistaram sozinhos o poder na Revolução Russa, também conhecida como a “Revolução Bolchevique de Outubro de 1917” (BOBBIO, 1998; HOBSBAWN, 1995).

⁴ Surge a proposta de “uma atuação reguladora do Estado na economia, nos moldes de um planejamento indicativo” (RIVERA, 1992, p. 14). Nesse aspecto, destaca-se o Plano Marshall, lançado em 1947, no qual os EUA apostavam ser esse um projeto maciço para recuperação econômica da Europa e do Japão, tendo como complemento lógico uma aliança militar antissoviética frente ao mediato avanço da Guerra Fria. Sem dúvida, a gigantesca generosidade do Plano Marshall, foi decisiva na aceleração da transformação da Europa e do Japão (HOBSBAWN, 1995).

Na América Latina, seguindo a tendência mundial, que apontava para a hegemonia da Teoria Keynesiana, seria fundada em 1948, na condição de “comissão provisória⁵” da Organização das Nações Unidas (ONU)⁶, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL). Essa comissão teria a função de, estimular o desenvolvimento econômico dos países latino-americanos, via industrialização, e influenciar na expansão do planejamento como ação governamental (SILVA; NASCIMENTO, 2011). Desse modo, surgiria dentro de uma dimensão teórica de superar as carências econômica e social, por meio da introdução sistemática do planejamento econômico orientado pela ação do Estado.

No Brasil, o planejamento enquanto ação governamental, só começou a ser desenvolvido a partir da década de 1930, quando o governo passou a utilizá-lo como instrumento de intervenção estatal na tentativa de desenvolver uma política econômica nacionalista (IANNI, 1991; KALIL; PAIM, 1987). No caso do PGS, esse processo, enquanto componente da política de saúde do governo federal, data de 1974, trazendo em sua estruturação as marcas do autoritarismo, centrado em uma racionalidade tecnocrática (PAIM, 1981; 1983). De qualquer modo as configurações sobre o planejamento governamental convergem para as ações do governo federal na elaboração e execução de planos, programas e projetos, quer seja no campo econômico quer seja no campo social.

A partir da década de 1930, evidenciam-se no país, as primeiras ideias de industrialização, enquanto estratégias para avançar no desenvolvimento da nação. Com isso, iniciou-se a construção de uma forma de Estado planejador e intervencionista, caracterizado pela racionalidade, controle e normatização das decisões, separando o processo de elaboração [responsabilidade dos técnicos (especialistas burocratas)] do processo de execução dos planos (IANNI, 1991).

Dentre as medidas adotadas nesta direção, destacou-se a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), órgão responsável por elaborar o “primeiro plano quinquenal da história do planejamento brasileiro” (REZENDE, 2010, p.8), intitulado de Plano Espacial de Obras Públicas e Aparelhamento da Defesa Nacional (PEOPADN) [1939-

⁵ Em 1952, a CEPAL se converteria em comissão permanente, tomando-se referência em defesa da modernização, industrialização e desenvolvimento dos “países periféricos” (BIELSCHOWSKY, 2000).

⁶ Fundada em 24 de outubro de 1945. “A ONU funciona seja como instância de mediação ou interveniência em situações críticas, isto é, altamente conflituosas, seja como foro para a paulatina construção da ordem internacional. Em ambos os casos, desempenha inequívoco papel de legitimação e impõe sanções aos que rompem com seus” (SARDENBERG, 2013, p.15)

1943], tendo sido substituído, em 1943, pelo Plano de Obras e Equipamentos (POE), para vigência dos cinco anos seguintes (DRAIBE, 1985).

O Plano SALTE⁷ [saúde – alimentação – transporte – energia] foi apontado por alguns autores⁸ como a primeira iniciativa de “plano de ação estatal global” (CARDOSO JUNIOR, 2011), com intervenção planejada do Estado sobre a economia. Devido à sua “tentativa de coordenação dos gastos públicos” (IANNI, 1991, p.101), direcionando os recursos para os quatro setores indicados como os grandes problemas brasileiros, essa iniciativa resultou em um dos maiores fracassos de planejamento governamental, consequência da ineficácia do governo em garantir as fontes de financiamento; da ausência de correção das deficiências técnicas presentes na elaboração do plano (SOUZA, 2012); e por se apresentar enquanto um instrumento “descoordenado e divorciado da realidade” (IANNI, 1991, p.101).

Corroborando com estudiosos do planejamento (LAFER, 2010; TAVARES, 1972; KON, 1994; MATOS, 2002; ALMEIDA, 2006), considera-se que o Plano de Metas⁹ [1956-1961] constituiu-se na primeira experiência da prática do planejamento governamental capaz de transformar a economia brasileira (BRESSER-PEREIRA, 1998), impulsionando o processo de industrialização. Nesse caso, a intervenção do Estado na vida econômica pautou-se no reconhecimento da importância do capital estrangeiro para financiar o processo de industrialização (REZENDE, 2010).

Em 1961, foi criada a Comissão Nacional de Planejamento¹⁰ (CNP), responsável por elaborar o plano plurianual de desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 1961). Inspirado no Plano de Metas e elaborado pela comissão coordenada por Celso Furtado, foi elaborado o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social [1963/1965], que consistia em medidas centradas no controle inflacionário e na estabilização econômica.

A primeira experiência de planejamento governamental, do período autoritário, foi o Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG) [1964/1966], elaborado com a intenção de

⁷ Esse plano foi submetido a apreciação do Congresso Nacional, através da Mensagem n° 196 de 10 de maio de 1948.

⁸ Ver: Souza (2012); Cardoso Junior (2011); Teixeira (2010); Ianni (1991); entre outros.

⁹ Conceituado como “um conjunto de projetos relativos a energia, transporte, alimentação, indústria de base e educação técnica” (PAIVA, 2012, p.29) e considerado “o mais completo e coerente conjunto de investimentos até então planejado na economia brasileira” (ORENSTEIN; SOCHACZEWSKI, 1995, p.171). o plano que introduziu o planejamento das políticas econômicas no Brasil. Além disso, foi descrito como um projeto baseado em 30 metas setoriais e uma meta síntese. As metas setoriais foram distribuídas entre os setores de energia (meta 1 à 5), transporte (meta 6 à 12). Alimentação (meta 13 à 18), indústria de base (meta 19 à 29), educação (meta 30) e a meta síntese foi a construção de Brasília (meta 31) (LAFER, 2010).

¹⁰ Criada pelo Decreto n° 51.152/1961, de 05/08/1961 (BRASIL, 1961)

conter o avanço inflacionário. Esse plano, representaria a antítese do Programa de Metas, emergindo a partir da elaboração de estudos e diagnósticos necessário para a formulação macroeconômica, sendo apresentado pelo Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada (Epea)¹¹.

Ainda com a intenção de conter o avanço da inflação e tendo como foco a retomada do crescimento econômico através do estímulo à indústria, foi lançado o Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED) para o período de 1968/1970. Esse plano representou um avanço na experiência econômica de planejar as atividades de governo, além de ter instituído para os governos federais e estaduais, a prática de apresentar os planos de ações do planejamento governamental (SOUZA, 2012; SAYAD; ALVES, 2010).

Na década de 1970, surge a iniciativa de construir uma nova lógica para o planejamento governamental, baseada no Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Ao total, foram idealizados três PNDs. O I PND (1972-1974) equivalente a um período de governo, foi o mais bem sucedido, tendo conduzido o país ao patamar de crescimento econômico com base em setores dinâmicos da sociedade (MARTINS, 1985). Em relação ao II PND (1974-1979), lançado em pleno período da crise do petróleo, sua proposta originária era imprimir um novo rumo ao desenvolvimento do país. No entanto, esse plano foi muito criticado, pois além do caráter autoritário, caracterizou-se por ter sido elaborado, sem prévio debate, por “tecnocratas” do IPEA, sob a coordenação do Ministro do Planejamento. Na prática, o II PND “foi sendo paulatinamente abandonado como ideologia do desenvolvimento” (GASPARI, 2003, p.445). O III PND (1979-1985), elaborado apenas para cumprir os dispositivos legais, não apresentou acentuados projetos de investimentos, ou seja, não pode ser considerado um plano de desenvolvimento, mas sim uma declaração de intenções (MATOS, 2002).

Pode-se dizer que o planejamento governamental no setor social, sofreria as influências dos planejamentos econômicos. O resgate histórico das experiências de planejamento aponta para “o reduzido tratamento conferido aos setores sociais” (KOWARICK, 1976, p.15), de tal modo que as políticas sociais seriam, no máximo, aspectos

¹¹ O Epea foi criado em 1964 e três anos após sua criação passou ser denominando de **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Fundação pública federal, vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o IPEA completou 50 anos em 2014 e, é reconhecido por funcionar como um organismo de planejamento, pesquisa e assessoria do Estado brasileiro, além de fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e o acompanhamento de políticas públicas e programas de desenvolvimento.

secundários do processo de desenvolvimento econômico. Assim, o planejamento social além de sofrer as influências do sistema político, centrado em um modelo econômico, também seria caracterizado a partir da dicotomia entre o processo de desenvolvimento econômico e social (KOWARICK, 1976).

Quanto ao setor saúde, a política de saúde¹² seria responsável por introduzir “certo tipo de racionalidade burocrática na organização dos Serviços de Saúde do Estado” (LUZ, 2013, p.83), incluindo, pelo menos idealmente, o planejamento governamental. Índícios revelaram que o planejamento em saúde, durante a primeira metade da década de 1960, se existente, era uma prática bastante incipiente, restrita à programação de atividades setoriais de rotina (LUZ, 2013).

Com a publicação do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, estabeleceu-se as diretrizes para a Reforma Administrativa¹³, bem como a inclusão do “planejamento como setor e prática institucional obrigatória” (LUZ, 2013, p.153), devendo passar a fazer parte dos diversos setores do Estado, incluindo o setor saúde. Nesse sentido, o decreto também representou o marco institucional definidor para a instalação do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal (SPOF) e da programação de atividades no aparelho estatal brasileiro.

De qualquer forma, a política de saúde incluindo o planejamento governamental setorial de saúde, com planos e programas somente a “partir de 1968, passa a ser, não como prática, mas ao menos como retórica, linguagem oficial de Estado” (LUZ, 2013, p.84) e, do ponto de vista de atividade planejada e integrada, somente na década de 1970, mais especificamente a partir de 1974.

Há que se ressaltar, que durante a passagem da década de 1960 para 1970, a prática de planejamento ficaria limitada à programação da assistência médica. No entanto, conforme comentário anterior, a partir de 1974¹⁴, o planejamento em saúde avançaria em seu processo de organização, centralização e institucionalização, apresentando sua forma mais estruturada

¹² “É a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população” (LUZ, 2013, p.83).

¹³ Bresser-Pereira (2001, p.16), comenta que esse Decreto-Lei representou uma “tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerado como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil”

¹⁴ Destaca-se, neste período, a publicação da Portaria MPAS nº 39, de 5/10/1974, que cria o Plano de Pronta Ação, com o objetivo de “tomar os serviços de saúde mais acessíveis, de imediato aos beneficiários da Previdência Social”, por meio da desburocratização das emergências dos segurados da Previdência e de seus dependentes. O Plano de Pronta Ação foi imprecisamente denominado de Plano, já que se apresentava como um instrumento jurídico-político para “pôr em ação” uma política já dominante de atenção médica (LUZ, 2013).

(LUZ, 2013), bem como sua ineficácia diante do autoritarismo na qual fora implantada (PAIM, 1981).

A implantação dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), acabaria contribuindo para a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)¹⁵ no Nordeste, vinculado ao Ministério da Saúde (MS). Previsto para vigorar entre os períodos de 1976 a 1979, o programa tinha como finalidade implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes e contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região (BRASIL, 1976).

Outras estratégias voltadas para a descentralização e para tentativas de garantia de assistência à saúde, com base em programas de priorização dos serviços básicos, acabariam sendo desenvolvidas. Assim, pelo menos três foram implementadas ou formuladas¹⁶: 1) o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); 2) o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Plano CONASP); e 3) as Ações Integradas de Saúde (AIS).

As experiências do PIASS desenvolvidas no Nordeste, e os programas isolados de atenção primária¹⁷, como exemplo, o “Projeto Montes Claros”, serviram de inspirações para a formulação do PREV-SAÚDE, que surgia com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde (OLIVEIRA; FLEURY, 1989; CAMPOS; REDIGOLO, 1992).

Em 02 de setembro de 1981, o Decreto do Executivo nº 86.329/1981, instituiu o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), funcionando como instância reguladora previdenciária. O CONASP representaria, uma primeira possibilidade de militantes do movimento sanitário, ocuparem posições estratégicas no Ministério da Assistência e Previdência Social (MPAS) (FLEURY; ALVES, 2004). Além disso, uma das medidas adotadas pelo CONASP, seria a publicação, em 23 de agosto de 1982, da Portaria MPAS nº 3.062/82, divulgando o “*Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social*”, também conhecido como Plano CONASP, apresentando

¹⁵ Instituído pelo Decreto Presidencial nº 78.307, de 24 de agosto de 1976.

¹⁶ Esse Capítulo concentra-se no “Planejamento Governamental no Brasil, antes de 1985”, motivo pelo qual, optou-se por não incluir entre as propostas formuladas, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que apesar das suas limitações enquanto estratégia-ponte para a formação do SUS, representou uma importante iniciativa “de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo” (PAIM, 2008, p.137).

¹⁷ Dentre as tentativas de formulação de políticas municipais enquanto iniciativas para expandir os serviços básicos para toda a população, é possível destacar as experiências em Campinas (SP); Lage (SC); Londrina (PR); Niterói (RJ); Montes Claros (MG), entre outros (MULLER NETO, 1991).

como propostas de cunho gerencial, direcionadas para o processo de regionalização o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) e a Programação e Orçamento Integrada (POI)¹⁸.

No caso do Plano CONASP, o plano “tinha todas as condições para se tornar, concretamente, algo à imagem e semelhança do regime: autoritário, tecnocrático e anti-popular” (PAIM, 2008, p.95). No entanto, as orientações e os pressupostos do plano acabariam por transformá-lo, em 1983, no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS)¹⁹, vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Em 1984, seria promovido uma reavaliação, do PAIS, e o resultado deste processo seria a construção das AIS, uma proposta “fruto da incorporação do método de planejamento estratégico no Inamps” (SCOREL, 2008), que tinham como princípios orientadores a racionalização do uso dos recursos financeiros destinados à saúde; a universalização do atendimento à toda população e a garantia de participação social (CAMPOS; REDIGOLO, 1992).

Para articular as estratégias das AIS na condução da política de saúde, no âmbito MS e do MPAS, o governo federal contaria com a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), criada em março de 1980, com a responsabilidade de promover o planejamento e a programação das atividades de natureza médico-assistencial e sanitária. Além da CIPLAN, outras instâncias de planejamento e gestão, foram criadas com a finalidade de promover a integração entre o INAMPS e o MS, a exemplo das Comissões Interinstitucionais de Saúde; da Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS); Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) e Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde (CIMS).

A partir de 1985, espaços como MS, o MPAS e o INAMPS, foram ocupados por profissionais do movimento sanitário brasileiro. Neste caso, a ocupação destes espaços políticos estratégicos, conferiu ao movimento, “certa institucionalização do projeto de

¹⁸ Propunha organizar e criar mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para a saúde, a serem utilizados de forma integrada entre o MPAS, o MS e as secretarias estaduais e municipais (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

¹⁹ “Com o PAIS inicia-se o processo de universalização da assistência médica. As prefeituras passaram a receber por produção e, financiadas pelo Inamps, ofereceram atendimento a toda a população independentemente da existência de vínculo previdenciário. Os serviços da previdência social, entretanto, continuavam atendendo apenas seus segurados, ou seja, os trabalhadores com vínculo formal que contribuíam para a previdência” (SCOREL, 2008, p.422).

reforma sanitária” (MENDES, 1995, p.39). Nesse período, o governo federal, em meio aos embates entre as forças políticas e sociais, estabeleceria o aprofundamento das AIS, descritas como importante experimentação para garantir a estruturação de um projeto mais amplo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (PAIM, 1986).

Na análise da produção científica sobre o planejamento em saúde, indícios revelam que, apesar do crescimento do número de publicações técnicas e científicas²⁰ na área temática Política, Planejamento e Gestão em Saúde²¹, são poucas as pesquisas voltadas para o planejamento em saúde no âmbito federal.

Recentes investigações empíricas (SILVA; NASCIMENTO, 2011; VILASBÔAS, 2006), têm destacado a prática do planejamento em saúde no âmbito municipal. A primeira investigação demonstrou a inexistência/baixo grau de institucionalização das práticas; e a fragilidade na implantação, estruturação e organização do processo de trabalho. Já a segunda, revelou uma restrita autonomia da gestão em formular política, devido às barreiras do financiamento impostas pelo governo federal; uma limitada utilização do planejamento como ferramenta de gestão, ação democratizante e racionalizadora e; uma fragilização da capacidade de governo da equipe dirigente. As duas investigações, limitadas pela problematização das práticas de planejamento realizadas na esfera municipal, podem estar indicando a necessidade de resgatar outros aspectos do planejamento governamental, enquanto instrumento de gestão do governo federal.

Em estudo sobre a experiência do processo de gestão desenvolvido pela alta direção da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), Lotufo (2003), identificou limitações na implementação das políticas de saúde devido à: baixa capacidade de governo; falta de clareza da equipe de planejamento com relação aos conceitos e metodologias disponíveis; elaboração/execução de um planejamento formal, dispensável e supérfluo, reforçando o pensamento da existência marcante da lógica do planejamento normativo.

Em outras duas investigações empíricas (ROCHA, 2008; JESUS, 2012), observou-se que a fragilidade do desenho organizacional (ausência de leis, normas organizacionais, de manuais, de um organograma) da instituição apontaria para a necessidade de romper com

²⁰ Ver: PAIM, Jaimilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2006, vol.40, n.spe, pp. 73-78.

²¹ “É aquela que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.77).

pactos normativos que limitam o enfrentamento de problemas internos e do próprio sistema (ROCHA, 2008). Além disso, o processo de institucionalização da prática de planejamento por ser muito incipiente enfrentava sérias dificuldades para se fixar, mesmo em espaços politicamente favoráveis e com sujeitos, indivíduos e coletivos institucionais comprometidos (JESUS, 2012). Estas investigações revelam a realização de estudos, no âmbito estadual, com a finalidade de analisar e sistematizar as práticas de planejamento desenvolvidas nestes espaços. Entretanto, limitaram-se a apresentar as experiências acumuladas na incorporação da prática de planejamento para a formulação e implementação das políticas de saúde.

Apesar do crescimento no número de investigações sobre a temática, ainda são incipientes as produções sobre o PGS no âmbito federal. Entre os estudos que abordam sobre a temática, Vieira (2009) apontou as dificuldades, os limites e as tentativas de institucionalização do planejamento em saúde como componente essencial da gestão. Em outro estudo, em forma de ensaio, Machado, Batista e Lima (2010) apontaram as fragilidades do planejamento no período de 2003 à 2010, evidenciadas na condução da política nacional de implementação descentralizada; nos escassos mecanismos de coordenação, devido a variedade de ações e metas; nas dificuldades de definição das atribuições do gestor federal e pelos conflitos federativos; na modesta posição das política de saúde em relação ao modelo de desenvolvimento; na não regulamentação do financiamento da saúde; e nas limitações no enfrentamento dos problemas estruturais do sistema de saúde.

Outra investigação nesta área partiu do estudo sobre a retomada da implementação do processo de planejamento no âmbito do SUS. Neste trabalho, Barros (2012), analisou o retorno do planejamento enquanto tema central da agenda estatal e dos movimentos sociais. Os resultados desta investigação mostraram a necessidade de sensibilizar gestores para apoiar o desenvolvimento de metodologias para todas as etapas do planejamento. Além disso, revelou entre os maiores desafios, a necessidade de reconfigurar o processo interno do MS; integrar o processo de planejamento entre as diversas secretarias; e criar estratégias para superar a lógica tradicional que situa o MS, enquanto órgão responsável por promover a segmentação das ações, ao vinculando-a ao repasse de recursos financeiros sobre a forma de incentivos.

De qualquer modo, pode-se admitir, inicialmente, que os estudos empíricos produzidos sobre o PGS tem, em sua maioria, buscado enfatizar os desafios da prática e do processo de planejamento no âmbito municipal e/ou estadual, não sendo encontrados estudos

que revelem possíveis contribuições sobre o PGS no âmbito federal, especialmente sobre os documentos de PGS, formulados pelo MS, nos períodos de governo de 1985 a 2014.

Desse modo, a pergunta central a orientar a pesquisa é: **Como vem sendo produzidos os instrumentos de Planejamento Governamental em Saúde (PGS), no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014?** Diante do exposto, cabe ainda esquadrihar as **questões de investigação** que poderão contribuir para a sistematização e construção do objeto. São elas:

- Quais as condições político-institucionais para o desenvolvimento do Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014?
- Quais bases jurídico-normativas (*Leis, Decretos, Normas, Portarias, entre outras*) regulam/regularam o Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014?
- Quais foram os documentos de Planejamento Governamental em Saúde, formulados pelo Ministério da Saúde, nos períodos de governo de 1985 à 2014?

Desse modo, a presente investigação tem como **objetivo geral** analisar a produção dos instrumentos de Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 a 2014. Foram, também, definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar as condições político-institucionais nas quais se desenvolveu o Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014.
- Verificar as bases jurídico-normativas que regulam/regularam o Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014.
- Descrever os documentos de Planejamento Governamental em Saúde, formulados pelo Ministério da Saúde, nos períodos de governo de 1985 à 2014.

2 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Os problemas brasileiros de hoje, os fundamentais, pode-se dizer que já estavam definidos e postos em equação há 150 anos atrás. E é da solução de muitos deles, para que nem sempre atentamos devidamente, que depende a de outros em que hoje nos esforçamos inutilmente (PRADO JUNIOR, 2004, p.12)

Para a construção teórica do objeto de pesquisa, impõe-se, inicialmente, estimular o pensamento no sentido de apresentar os conceitos necessários ao desenvolvimento da investigação e, conseqüentemente a apreensão do fenômeno [Planejamento Governamental em Saúde (PGS)] que, enquanto prática social “histórico-concreta” (GIORDANI, 1979), se relaciona com outros fenômenos contribuindo para que seja possível traçar bases teóricas que favoreçam a investigação e fundamentem a análise e interpretação dos resultados.

O desenvolvimento social da humanidade mediado pelo fortalecimento da divisão do trabalho e ampliação da produção mercantil, produzindo acumulação de riqueza nas mãos da classe dominante, contribuiu para o surgimento do Estado enquanto uma forma de poder, tendo como uma de suas funções impedir conflitos abertos, permitindo a luta de classes apenas no campo econômico.

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é a “realidade da idéia moral”, nem “a imagem e a realidade da razão”, como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjugar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da “ordem”. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (ENGELS, 1984, p.191).

Além disso, o Estado é um artefato da sociedade “civilizada” e, nasceu da necessidade de conter as desordens de classes e mantê-la dentro do limite da ordem. Ocorre que, essa nova instituição por ser instrumento da classe mais abastada, da classe econômica e politicamente dominante, passou a gerar meios para controlar e explorar a classe dominada. Daí decorre que, o Estado, ao assumir o papel de provedor dos interesses privados, se posiciona neutralizando as forças contrárias, em favor dos interesses econômicos da classe dominante. Neste modelo de sociedade, o econômico dá a tônica no processo das relações entre as

classes, indicando dependência ao modo de produção da vida material. Desse modo, pode-se constatar:

Com o nascimento da propriedade individual nasce a divisão do trabalho, com a divisão do trabalho a sociedade civil se divide em classes, na classe dos proprietários e na classe dos que nada têm, *com a divisão da sociedade em classe nasce o poder político, o Estado, cuja função é essencialmente a de manter o domínio de uma classe sobre a outra* recorrendo inclusive à força, e assim a de impedir que a sociedade dividida em classes se transforme num estado de permanente anarquia (BOBBIO, 2011, p.74, itálico nosso).

A formação do Estado desde a sua gênese até os dias atuais, tende a sustentar os interesses privados que servem de instrumento para produção, acumulação de capital e centralização do poder na mão de uma minoria. E, por mais ampliado (consenso sobre a força) que ele seja, continua restrito (força sobre o consenso) aos desejos da classe dominante (COUTINHO, 1989).

O Estado, nesta perspectiva, pode ser reconhecido como uma organização política, como a própria sociedade organizada de forma soberana ou como “uma estrutura política compreensiva de mando do capital” (MÉSZÁROS, 2011, p.8). Essas concepções, estabelecem que o Estado moderno é inconcebível sem o capital – seu real fundamento –, e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário.

Gramsci²² (2000; 2014) buscou ampliar o conceito de Estado, no sentido de entendê-lo como o somatório da dimensão Sociedade política [expresso no ESTADO e no GOVERNO “jurídico”] com a dimensão Sociedade Civil [conjunto de organismos designados vulgarmente como PRIVADO]. Assim, a Sociedade Política, nos momentos que não consegue manter a sua ideologia dominante e hegemônica, abre espaços para uma contra-hegemonia estruturada e manifestada na pluralidade de interesses da “sociedade civil”²³.

²² Em Gramsci (2000), a distinção entre as dimensões sociedade política e sociedade civil, apresenta-se apenas metodologicamente, vez que essas dimensões que compõem o Estado se articulam dialeticamente.

²³ “É um conjunto complexo: seu campo é muito extenso, e sua vocação para dirigir todo o bloco histórico implica uma adaptação do seu conteúdo, segundo as categorias sociais que atinge. Assim, a sociedade civil pode ser considerada sob três aspectos complementares: (1) **como ideologia da classe dirigente**, ela abrange todos os ramos da ideologia, da arte à ciência, incluindo a economia, o direito, etc...; (2) **como concepção do mundo**, difundida em todas as camadas sociais para vinculá-las à classe dirigente, ela se adapta a todos os grupos; advém daí seus diferentes graus qualitativos; filosofia, religião, senso comum, folclore; (3) **como direção ideológica da sociedade**, articula-se em três níveis essenciais – a ideologia propriamente dita (a estrutura ideológica, isto é, as organizações que a criam e difundem), e o “material” ideológico, isto é, os instrumentos técnicos de difusão ideológica (sistemas escolares, mas mídia, bibliotecas etc)” (PORTELLI, 2002, p.21, **negrito nosso**).

Nesse caso, na concepção gramsciana Estado [sociedade política] e sociedade civil se relacionam de maneira dialética, de modo que seria um erro teórico pensar nestas duas esferas em arranjos separados. Então, quando o liberalismo “afirma que a atividade econômica é própria da sociedade civil e que o Estado não deve intervir em sua regulamentação” (GRAMSCI, 2000, p.47), em última análise também assegura a cisão orgânica entre as duas esferas, separadas tão somente, para fins metodológicos.

Ao se considerar o Estado Moderno “dotado de um poder próprio e independente de quaisquer outros poderes” (GRUPPI, 1996, p.8), assume-se três formas de ordenação da vida política, econômica, social e setorial das sociedades capitalistas, nelas incorporando a realidade da sociedade brasileira: 1) Estado Liberal; 2) Estado Regulador²⁴ e 3) Estado Neoliberal.

O Estado Liberal representa a expressão do triunfo político da burguesia (SILVA, 2010) e do capitalismo, tendo como característica evitar interferir na vida privada, de modo que o Estado possa ceder espaço para o livre mercado, a concorrência e a competitividade, não se ocupando da “regulação social e de provisão de bens públicos” (SOUZA, 2009, p.30). Assim, o Estado exclui “a possibilidade de formular políticas que incidam diretamente na economia” (COUTINHO, 1989, p.49), sendo erguido para salvaguardar os interesses da esfera privada em detrimento da esfera pública.

O Estado Regulador deu início a uma nova etapa no desenvolvimento do sistema capitalista ocidental, fundamentado na intervenção estatal nas esferas política, social e, especialmente econômica, como justificativa de proteger os indivíduos dos riscos impostos pelo mercado (SANTOS, 2009). Trata-se de um Estado francamente intervencionista que não admite a existência de um mercado autorregulador e encontra-se envolto as questões das esferas economia e social. Para tanto, credita ao planejamento governamental a responsabilidade para enfrentar as cíclicas crises econômicas e garantir o crescimento e do desenvolvimento das sociedades capitalistas²⁵.

²⁴ O *Keynesianismo* é a nomenclatura norte-americana, para indicar a ideologia de um Estado Regulador das atividades, enquanto que o *Welfare State*, quando analisado em seus aspectos de intervenção na economia, é a denominação utilizada na Europa para indicar Estado Intervencionista ou Regulador (SILVA; SOUZA, 2010). Já no Brasil e demais “países periféricos” essa nomenclatura pode ser qualificada como Estado planejador ou Estado desenvolvimentista (MATTOS, 2006).

²⁵ No Brasil, sua formação está vinculada à emergência em promover o processo de industrialização, que teve origem a partir dos anos 30, no primeiro governo de Getúlio Vargas.

Já o Estado Neoliberal²⁶, centraliza-se na defesa de uma reconquista do liberalismo clássico, portanto, apoia-se na concorrência do “mercado como motor da liberdade”, ou seja, um mercado livre e altamente competitivo (*Laissez-faire*); na “ação minimalista do Estado na questão social” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p.61-63) e no combate às ideias do Estado Regulador (*Keynesianismo, Welfare State, planejador ou desenvolvimentista*).

No Brasil, a característica mais marcante da formação do Estado capitalista é o “patrimonialismo” (HOLANDA, 1995; FAORO, 2001). Esses autores chamam a atenção para o papel centralizador e patrimonial incorporado do processo de colonização portuguesa, e que tende a afetar a formação social até os dias atuais.

Holanda (1995) apresenta os conceitos²⁷ de “patrimonialismo” e de “burocracia”, legados pelos colonizadores, para tentar compreender a formação social brasileira, e as características do “*homem cordial*”, que sai da esfera privada, influenciado pelas relações familiares e caráter patriarcal, e projeta-se na esfera pública, trazendo indevidamente para este espaço, as marcas da esfera privada.

O Estado não é uma ampliação do círculo familiar e, ainda menos, uma integração de certos agrupamentos, de certas vontades particularistas, de que a família é o melhor exemplo. Não existe, entre o círculo familiar e o Estado, uma gradação, *mas antes uma descontinuidade e até uma oposição (...)* Só pela transgressão da ordem doméstica e familiar é que nasce o Estado e que o simples indivíduo se faz cidadão, contribuinte, eleitor, elegível, recrutável e responsável, ante as leis da Cidade. *Há nesse fato um triunfo do geral sobre o particular, do intelectual sobre o material, do abstrato sobre o corpóreo (...)*. A ordem familiar, em sua forma pura, é abolida por uma transcendência (HOLANDA, 1995, p. 143, itálico nosso)

Faoro (2001) faz uma interpretação do desenvolvimento do Estado brasileiro através dos tempos, a partir da concepção do patrimonialismo enquanto produto da tradição ibérica e colonial. Dessa consideração, destaca-se o forte papel centralizador do patrimonialismo estamental brasileiro, que criaria as condições para a “modernização” do Estado, e também, seria apontado como “causa da ineficiência da burocracia governamental” (COSTA, 2009, p. 173)

O ESTAMENTO, quadro administrativo e estado-maior de domínio, configura o governo de uma minoria. Poucos dirigem, controlam e infundem seus padrões de

²⁶ Os maiores expoentes desta corrente teórica foram Frederich August Von Hayek (1889-1992) e Milton Friedman (1912-2006).

²⁷ Descritos por Antônio Candido, no prefácio do livro “Raízes do Brasil”. Ver: HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p.9-21.

conduta a muitos. O grupo dirigente não exerce o poder em nome da maioria, mediante delegação ou inspirado pela confiança que do povo, como entidade global, se irradia. E a própria soberania que se enquista, impenetrável e superior, numa camada restrita, ignorante do dogma do predomínio da maioria. Não há, entretanto, mesmo quando ainda não se consagram os princípios democráticos, o governo isolado, absolutamente alheio do povo: o recíproco influxo entre maioria e minoria, mesmo nas tiranias mais cruas, responde pela estabilidade dos regimes políticos (FAORO, 2001, p.107)

As descrições, anteriores, conferem ao Estado brasileiro as características “patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1821). Assim, como consequência deste processo, “o Estado passa a ser visto como propriedade de um grupo que tenta, a todo custo, manter privilégios e vantagens pessoais contra os interesses populares” (COSTA, 2009, p. 174).

Ao se considerar a formação do Estado capitalista brasileiro, Bresser-Pereira (2001) sugere que no plano político [regime político²⁸], o Estado oligárquico do início do século XX, deu passagem para o Estado Autoritário, e sequencialmente para o Estado democrático. No plano administrativo, o Estado patrimonial deu passagem para o Estado Burocrático, e sequencialmente para o Estado Gerencial.

Os tipos de modelos administrativos, apontados por Bresser-Pereira (2001), são descritos como Estado patrimonial, com ênfase nos critérios administrativos pessoais, sem haver uma preocupação com a eficiência da máquina estatal; Estado burocrático e as reformas de 1936²⁹ e 1967³⁰; e Estado gerencial, com a reforma instituída em 1995. Esse último modelo:

Enfrentará a natural resistência à mudança e o corporativismo dos velhos burocratas, os interesses eleitorais dos políticos, o interesse dos capitalistas em obter benefícios do Estado. O Estado patrimonial era um Estado por definição capturado pelos interesses de classe. O Estado Burocrático-Industrial e o Estado Gerencial são estados de transição de uma política das elites para uma democracia moderna, ou seja, em uma democracia na qual a sociedade civil e a opinião pública são cada vez mais importantes, e na qual a defesa dos direitos republicanos, ou seja, do direito de que cada cidadão tem de que o patrimônio público seja usado de forma pública, é cada vez mais possível e necessária (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 27)

²⁸ “Conjunto das instituições que regulam a luta pelo poder e o seu exercício, bem como a prática dos valores que animam tais instituições” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 1081).

²⁹ Em 1936 foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil, através da Lei n° 284, de 28 de outubro de 1936. Dois anos depois, o conselho seria extinto pelo Decreto-Lei n° 579/1938 que cria o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP).

³⁰ A reforma administrativa foi estabelecida com a publicação do Decreto n° 200, de 25/02/1967. Bresser-Pereira (2001) destaca que a reforma foi prejudicada por permitir a contratação de empregados sem concurso público, favorecendo as práticas clientelistas ou fisiológicas.

Na elaboração teórica do objeto em estudo, procura-se, ainda, explorar algumas definições que traduzam o significado de “governo”, mesmo compreendendo que tais conceitos estão longe de serem consensuais. No entanto, para efeito desta investigação, entende-se governo, em sentido amplo “como o conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma determinada sociedade” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p.555). Nesse sentido, no limite conceitual indicado, as reflexões são direcionadas para o poder político exercido pelo executivo e seus órgãos de cúpula³¹, expresso nas tomadas de decisões, necessárias à fixação de políticas públicas e a manutenção da possível coesão da sociedade.

Sobre este aspecto, estabelece-se aqui uma concordância com Ianni (1991) quando aponta que a característica mais marcante do Estado brasileiro, a partir da década de 1930, é a hegemonia do Poder Executivo³². Nesse processo de dominação do Executivo, que atua com suas “bases constitucionais, recursos financeiros, condições organizatórias e pessoal especializado” (IANNI, 1991, p.19), a organização e o desenvolvimento do capitalismo produziram, expandiram e reformularam as estruturas político-administrativas, segundo os interesses da classe dominante. Com isso, mais do que representar o crescimento da máquina estatal, a hegemonia do Poder Executivo, conduziu o crescimento da burocracia e da tecnocracia, da substituição do “princípio do clientelismo” para o “princípio do mérito” (IANNI, 1991).

No caso específico em que o objeto deste trabalho é o Planejamento Governamental em Saúde (PGS), pode-se admitir que, há alguns anos, tem se evidenciado esforços, de alguns pensadores de países da América Latina e do Brasil, na tentativa de desenvolver métodos de planejamento em saúde que possam colaborar com a prática de gestão.

Nesse sentido, pode-se admitir que, durante a década de 1950, nos países da América Latina, a ideia do planejamento emergia da ascensão desenvolvimentista resultante das intervenções do Estado na economia. Naquele período, o planejamento era concebido como estratégia necessária para fortalecer a economia e superação o subdesenvolvimento. Daí que, a construção daquele pensamento foi importante para que durante as duas décadas seguintes,

³¹ Entende-se, neste estudo, **executivo**, enquanto o governo federal, e **órgãos de cúpula**, os ministérios e os respectivos órgãos sob sua gestão, com destaque para o Ministério da Saúde (MS).

³² Segundo Ianni (1991), neste período, o Poder Executivo se confunde com o governo.

pudessem ser construídos, no campo das práticas sociais e de saúde, diversos estudos tendo como foco central o planejamento.

Então, pode-se notar que o planejamento setorial, com destaque para o planejamento do setor saúde passou a ganhar notoriedade a partir de 1965, a partir da publicação do documento intitulado “*Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*” (CENDES, 1965). Esse documento, elaborado pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, por solicitação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passou a nortear todo processo de planejamento em saúde dos países da América Latina, passando a ser denominado método CENDES-OPAS³³ ou planejamento normativo.

Entretanto, a constatação das limitações do planejamento com enfoque normativo, atrelado às influências do pensamento estratégico (TESTA, 1995), acabaria contribuindo para que, na década de 1980, o planejamento estratégico e situacional ganhasse força e fosse concretamente incorporado à construção metodológica do ato de planejar no setor saúde.

De fato, é possível considerar que, na evolução histórica e conceitual tradutoras do planejamento governamental como ferramenta a serviço da ação política, destacam-se o método de planejamento normativo e o de planejamento estratégico. Em razão disso, no setor saúde, a construção do método de planejamento conhecido como normativo, se deu com a manutenção de referências econômicas, constituindo-se de uma racionalidade instrumental e normativa que ignora a existência de múltiplos atores sociais, utiliza-se de rigidez temporal e desconsiderando as relações de poder (RIVERA, 1992; MERHY, 1995). No caso do Planejamento Estratégico Situacional (PES), o método foi idealizado (MATUS, 1993) a partir de análise dos limites e críticas das experiências de planejamento normativo. Sustentado pelas contribuições da Teoria da Ação/Teoria do Planejamento e Teoria da Produção Social (MATUS, 1993), este método teve originalmente um enfoque mais geral direcionado para o planejamento econômico e social, em sequência, passou a ser adaptado e utilizado como ferramenta de governo em diversos setores como, por exemplo, o setor saúde.

Desse modo, pode-se admitir que o processo de planejamento governamental, no âmbito federal, no período de 1985 à 2014, além de estar associado às sucessivas crises

³³ Esse método buscava aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico. Além disso, apesar das críticas e limitações alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje (TEIXEIRA, 2010).

econômicas e às tentativas de avançar no processo de desenvolvimento nacional, também encontra-se vinculado ao plano político e administrativo da formação do Estado brasileiro. Diante disso, enquanto “forma de orientação da ação humana, dirigida para o alcance de uma dada finalidade” (VILASBÔAS, 2006, p.19), a lógica do planejamento assumido neste estudo, leva em consideração o enfoque político institucional como possibilidade para explicar a evolução do PGS, como também a observância das possibilidades concretas de mudança social.

Nesse sentido, após um longo período em que as mudanças nas condições sociais, políticas e econômicas estavam vinculadas à crença de que o mercado era suficiente para promover o desenvolvimento, pode-se admitir que o PGS voltou ao centro do debate na agenda da saúde, passando a integrar uma rede complexa de interesses, cujas ações são influenciadas pela dinâmica política do pacto federativo³⁴, colocando sua prática, em cada nível de governo, como estratégia para implementar as diretrizes e os princípios do SUS.

Neste trabalho, não é o caso, buscar exaurir as inúmeras concepções sobre o planejamento, até porque essa escolha poderia alinhavar o entendimento conceitual no momento da discussão do fenômeno. Entretanto, em função dos “processos de produção de políticas (formulação), dos modelos de organização das práticas (programação) e das formas de gestão (operacionalização) de planos, programas e projetos de ação” (TELXEIRA, *et. al.*, 2014, p.589), faz-se necessário descrever sobre alguns aspectos conceituais que conferem o espectro indispensável para compreender o fenômeno na atualidade.

Diante disso, ao assumir o planejamento, no âmbito federal, a partir da sua dimensão política, parte-se da compreensão de que o Planejamento Governamental pode ser designado “como uma ação social” (WEBER, 1994); como “possibilidade de pensar o futuro e de intervenção social” (GIORDANI, 1986); como “ferramenta de lutas permanentes” (MATUS, 1993); ou ainda como “processo que começa e termina no âmbito das relações e estruturas de poder” (IANNI, 1991). Em qualquer perspectiva, por certo, tem-se a presença de atores

³⁴ A gênese do federalismo no Brasil foi a Constituição Federal de 1891, que definiu a nova ordem republicana e rompeu com a tradição unitária – formação de um poder central – do período anterior. A partir de então, a estrutura federativa passou por distintas fases até chegar a organização político-administrativa instituída pela CF/88, criando uma estrutura tripartite, formada pela União, pelos Estados e Distrito Federal e pelos municípios. Ver: ABRUCIO, Fernando. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciências Políticas, USP, 1998. p.31-57.

sociais, inseridos num determinado cenário, e que possuem capacidades de pensar/saber e intervir para “manutenção, mudança ou legitimação” (TESTA, 2004) da realidade instituída.

Para além destes aspectos, utiliza-se a concepção teórica proposta por Giordani (1986), a qual discute sobre a teoria **da** planificação e a teoria **na** planificação. A primeira adota uma posição idealista ao negar a existência de uma realidade, emergindo desse modo, a concepção da planificação como uma “metodologia neutra” capaz de servir a diferentes tipos de propósitos. A segunda adota uma posição histórica e, se consolida enquanto possibilidade da planificação se fundamentar em uma realidade concreta, que explique sua evolução como fenómeno social. Nesse caso, não há: privilégio de uma em detrimento da outra, afinal “ambos aspectos, lo concreto y lo abstracto, deben ser dialécticamente considerados al observar la planificación como um proceso social” (GIORDANI, 1986, p.41).

A partir destes elementos teóricos e conceituais, pode-se afirmar, provisoriamente, que apesar do discurso governamental destacar a importância do planeamento estratégico, participativo e ascendente, predomina no âmbito federal, o planeamento indicativo e normativo elaborado no sentido de cumprir exigências legais e burocráticas. Supõe-se ainda que, enquanto ação política da classe dirigente, o Planeamento Governamental em Saúde (PGS), ao longo dos períodos de 1985 à 2014, apesar de ter se torando mais participativo e tecnicamente mais elaborado, esbarra em uma realidade política que frequentemente desconsidera a elaboração de estratégias voltadas para mudança da situação sanitária.

3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

O problema é uma questão não resolvida, é algo para o qual se vai buscar resposta, via pesquisa. Uma questão não resolvida pode estar referida a alguma lacuna epistemológica ou metodológica percebida, a alguma dúvida quanto à sustentação de uma afirmação geralmente aceita, a alguma necessidade de pôr a prova uma suposição, a interesses práticos, à vontade de compreender e explicar uma situação do cotidiano ou outras situações (VERGARA, 2007, p. 21).

Levando-se em consideração a definição do “esquema de pesquisa” (TRIVINOS, 2009), capaz de oferecer as melhores condições para responder à pergunta central do estudo, a partir de fontes documentais necessárias para descrever o Planejamento Governamental em Saúde (PGS), decidiu-se por uma estratégia metodológica de natureza qualitativa. Entende-se que nas pesquisas qualitativas, há uma predominância de análises mais dissertativas, permitindo (neste estudo), a descrição dos acontecimentos de cada período de governo, tentando compreender e interpretar os documentos de PGS, formulados pelo MS, cotejando com as condições político-institucionais e com as bases jurídico-normativas.

Vale ressaltar que, existem várias taxonomias de tipos de pesquisa, divididas basicamente quanto aos fins e quanto aos meios (GIL, 2008; VERGARA, 2007). Nesse sentido, quanto aos fins, o presente estudo é descritivo, uma vez que permite descrever os fatos e fenômenos sobre o PGS a partir da exposição das principais características referentes aos documentos de planejamento em saúde, no âmbito federal, entre 1985 e 2014.

Por oportuno, aponta-se que esse tipo de estudo, para além da simples identificação dos documentos de planejamento, possibilita uma proximidade com novas visões sobre o fenômeno. Desse modo, a opção pela realização do estudo descritivo, levou em consideração que esse tipo de estudo “não têm o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação” (VERGARA, 2007, p.47).

Quanto aos meios, o esse estudo é classificado como documental, já que recorrer-se como “fontes de primeira mão” (GIL, 2008), à documentos³⁵ oficiais, mais especificamente

³⁵ “É, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas (...) muito freqüentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2008, p.295).

documentos produzidos nos períodos de governo de 1985 à 2014, e relacionados ao planejamento, no âmbito federal.

Assim, na tentativa de compreender como vem sendo produzido os instrumentos de PGS, no âmbito federal, recorreu-se a descrição dos seguintes períodos de governo de 1985 a 2014: 1) 1985-1990: Período do governo José Sarney de Araújo Costa (SARNEY); 2) 1990-1994: Período do governo Fernando Afonso Collor de Mello (COLLOR) e Itamar Augusto Cautiero Franco (ITAMAR); 3) 1995-2002: Período do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC); 4) 2003-2010: Período do governo Luiz Inácio Lula da Silva (LULA) e 5) 2011-2014: Período do governo de Dilma Vana Rousseff (DILMA). Com isso, em cada um desses períodos, buscou-se identificar os aspectos político-institucionais, jurídico-normativos, e os documentos de PGS formulados MS, capazes de reunir informações que permitam o conhecimento da realidade em estudo. Vale ressaltar que, para a construção das “condições político-institucionais” de cada período de governo, utilizou-se de uma ampla revisão bibliográfica, tendo como fontes secundárias teses, dissertações e artigos que discutiram e analisaram o processo político em cada período de governo de 1985 à 2014.

Ressalte-se, por oportuno, que o estudo descritivo do tipo “análise documental” (TRIVIÑOS, 2009), foi realizado considerando o contexto político-institucional no qual foram produzidos os documentos, oportunizando esclarecer determinadas questões sobre o fenômeno que ainda eram carentes de aprofundamento. Neste caso, sinteticamente, é possível dizer que o *corpus*³⁶ documental dessa pesquisa se organiza da seguinte maneira:

- **Arcabouço-jurídico:** fontes documentais que incluem instrumentos jurídicos legais que estão diretamente relacionados ao processo de PGS, desde a Constituição Federal de 1988, passando pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), pelas Normas Operacionais (NO) e por um conjunto de decretos, leis portarias e resoluções, identificados como relevantes no decorrer da pesquisa.
- **Leis do PPA federal:** fontes documentais que incluem todas as Leis Ordinárias publicadas pelo Governo Federal e que dispõe sobre o Plano Plurianual (PPA), nos diversos períodos de governo, entre 1985 a 2014.

³⁶ *Corpus*: conjunto de documentos selecionados para serem submetidos à procedimento analítico.

- **Documentos de PGS do MS:** fontes documentais que incluem todos os Planos Nacionais de Saúde, bem como os documentos de planejamento governamental, no âmbito federal, produzidas pelo MS, no período selecionado para estudo.
- **Relatórios Finais das Conferências:** Também definidos enquanto fontes documentais, foram considerados importantes para a incorporação das discussões sobre o planejamento governamental.

Desse modo, os documentos selecionados para coleta, processamento, análise e interpretação, identificados nos documentos³⁷ do PGS formulados pelo MS, estão indicados a seguir:

1) Período de Governo Sarney [1985/1990]:

a) Documentos:

- Relatório Final da 8ª CNS (1986).

b) Arcabouço-jurídico:

- Constituição Federal 1988.

2) Período de Governo Collor/Itamar [1990/1994]:

a) Documentos:

- PPA 1991/1995: Instituído pela Lei nº 8.173, de 30/01/1991.
- Plano Quinquenal de Saúde (1990/1995) “A saúde do Brasil Novo”
- Relatório Final da 9ª CNS (1992).

b) Arcabouço-jurídico:

- LOS 8080/90; LOS 8142/90; NOB-SUS 01/91; NOB-SUS 01/92 e NOB-SUS 01/93.

3) Período de Governo FHC [1995/2002]:

a) Documentos:

- PPA 1996/1999: Instituído pela Lei nº 9.276, de 09/05/1996.
- PPA 2000/2003: Instituído pela Lei nº 9.989, de 21/07/2000.
- Plano de Ação do Ministério da Saúde (1995/1999)
- Planejamento Setorial da Saúde (2000/2003)
- Relatório Final da 10ª CNS (1996).
- Relatório Final da 11ª CNS (2000)

³⁷ Em cada período de governo esses documentos foram traduzidos em instrumentos com variações em suas nomenclaturas, sendo denominados de Plano Quinquenal; Plano de Ação; Planejamento Setorial; Programa Mais Saúde e Planejamento Estratégico.

b) Arcabouço-jurídico:

- NOB-SUS 01/96; NOAS-SUS 01/01; NOAS-SUS 01/02; Portaria nº 393/2001 e Portaria nº 548/2001.

4) Período de Governo Lula [2002/2010]:

a) Documentos:

- PPA 2004/2007: Instituído pela Lei nº 10.933, de 11/08/2004.
- PPA 2008/2011: Instituído pela Lei nº 11.653, de 07/04/2008.
- PNS 2004-2007.
- PNS 2008-2011.
- Programa Mais Saúde: direito de todos (2008/2011).
- Relatório Final da 12ª CNS (2003).
- Relatório Final da 13ª CNS (2007).

b) Arcabouço-jurídico:

- Pacto pela Saúde (2006); Portaria nº 699/2006; Portaria nº 1.097/2006; Portaria nº 3.085/2006; Portaria nº 3.332/2006; Portaria nº 204/2007; Portaria nº 376/2007; Portaria nº 1.229/2007; Portaria nº 1.510/2007; Portaria nº 1.885/2008; Portaria nº 3.176/2008; Portaria nº 2.327/2009; Portaria nº 2.751/2009; Portaria nº 1.964/2010.

5) Período de Governo Dilma [2010/2014]:

a) Documentos:

- PPA 2012/2015: Instituído pela Lei nº 12.593, de 18/01/2012.
- PNS 2012-2015.
- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2012/2015).
- Relatório Final da 14ª CNS (2011).

b) Arcabouço-jurídico:

- Decreto nº 7.508/2011; Portaria nº 1.580/2012 e Portaria nº 2.135/2013.

Para o propósito do trabalho, a pesquisa documental foi realizada utilizando-se, como fonte de evidência, as informações disponíveis em documentos governamentais produzidos pelo MS. Desse modo, com a finalidade de organizar as informações, a partir do contexto político-institucional do PGS, no âmbito federal, no período de 1985 a 2014, o processamento das informações, foi realizado a partir de Matrizes de Produção de Dados.

Ao total, foram elaboradas quatro matrizes para produção dos dados, a saber: 1 – Arcabouço jurídico-normativo; 2 – Leis de criação dos Planos Plurianuais (PPAs); 3 – Documentos de PGS, formulados pelo MS³⁸; e 4 – Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

A Matriz referente ao Arcabouço Jurídico-Normativo (APÊNDICE A), teve seus conteúdos divididos por período de governo [de 1985 à 2014], sendo os documentos organizados a partir dos seguintes registros: Ministro da Saúde, nome do documento, origem, data da publicação no Diário Oficial da União (DOU), situação, conteúdo central, objetivos e principais trechos referentes ao PGS.

Para este estudo, os instrumentos jurídico-normativos, que compõem o arcabouço jurídico do SUS, foram relacionados levando-se em consideração sua relação com os aspectos que tomam o planejamento em saúde como objeto de discussão. Dessa forma, dentre estes instrumentos destacam-se: a Constituição Federal de 1988 (sessão saúde); as Leis Orgânicas da Saúde (LOS nº 8080/90 e LOS nº 8142/90); as Normas Operacionais Básicas (NOBs); as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS); Decreto nº 7.508/2011; Lei Complementar nº 141/2012; e diversas portarias ministeriais.

Em relação às Leis de criação dos PPAs (APÊNDICE B), os documentos foram organizados a partir dos seguintes registros: Chefe de governo, ano, Lei que o instituiu, conteúdo central, características, conjuntura político institucional e principais trechos que fazem referência ao fenômeno em estudo.

Os instrumentos de PGS formulados pelo MS (APÊNDICE C), neles incluídos os Planos Nacionais de Saúde (PNS), foram organizados a partir dos seguintes registros: ano, tipo de documento, Chefe do governo, Ministro da Saúde, características e principais trechos que fazem referência ao PGS. Já os relatórios das CNS (APÊNDICE D) realizadas nos períodos contemplados pela investigação, foram organizados a partir dos seguintes registros: ano, número da conferência, Chefe de governo, Ministro da Saúde, tema e principais trechos que fazem referência ou estavam expressos nos PNS e/ou nos PPAs.

A análise dos dados pode ser compreendida como “o momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses,

³⁸ Nesta matriz, por questão de aproximação com a temática, foram incluídos os Planos Nacionais de Saúde (PNS) 2004/2007; 2008/2011 e 2011/2015.

confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” (CELLARD, 2008, p. 303). Assim sendo, a etapa de construção do plano de análise (APÊNDICE E) dos documentos é condição necessária para sintetizar e interpretar as informações, produzindo e elaborando conhecimentos sobre o fenômeno, de modo a criar novas formas de compreender o processo do PGS, no âmbito federal.

Os documentos foram estruturados em três momentos: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2010). No primeiro momento – pré-análise – os documentos selecionados foram organizados para serem submetidos ao procedimento analítico. Aqui, teve-se o contato inicial com o material identificado, realizando-se a leitura preliminar de todos os documentos para análise e que contribuíam para uma apreensão dos conteúdos. Dessa forma, realizou-se uma “leitura flutuante”³⁹ na tentativa de refinar os conteúdos lançados na matriz de produção dos dados, e em seguida, o material foi submetido aos procedimentos analíticos, observando sua adequação aos objetivos da investigação e aos elementos teórico conceituais.

No segundo momento – fase da exploração do material –, os documentos foram organizados por registros (específicos para cada tipo), apreendendo às “estruturas de relevância”⁴⁰ (MINAYO, 2010), conferindo significado à dimensão analítica.

Com base nas informações extraídas dos documentos, os resultados foram tratados e interpretados de modo a permitir analisar o PGS, no âmbito federal, como espaço de discussão política. Nesta última etapa – tratamento dos resultados e interpretação –, a construção do plano de análise foi feita a partir de três dimensões de análise, a saber: a) condições político-institucionais; b) bases jurídico-normativas; e c) documentos de PGS, formuladas pelo MS. Desse modo, com a organização do plano de análise foi possível estabelecer uma aproximação entre os objetivos do estudo, com os elementos e critérios para análise, o que contribuiu para a extração das “estruturas de relevância”, possibilitando a visualização das ideias centrais e a sistematização dos principais aspectos, através da síntese horizontal e da síntese vertical.

³⁹ **Leitura flutuante:** Exercício que permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tendem a transmitir e os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco (MINAYO, 2010).

⁴⁰ **Estrutura de relevância:** filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto (MINAYO, 2010).

A síntese horizontal permitiu a identificação das principais características de cada uma das dimensões (condições político institucionais, das bases jurídico-normativas e dos documentos de PGS, formulados pelo MS), durante todo período em análise, ou seja, entre 1985 e 2014. Já a síntese vertical, deu a ideia global dos objetivos do estudo, a partir dos diferentes períodos de governo, desde o período de governo Sarney (1985/1990) até o período de governo Dilma (2011/2014).

Por fim, os aspectos teórico-metodológicos que caracterizam o estudo, fazem referências apenas a análise documental. Nestas condições, ressalta-se que o estudo não precisou ser encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

4 PERÍODO DE GOVERNO SARNEY (1985-1990)

“Até nove meses atrás, em junho do ano passado, ele era o presidente do PDS, o partido de um governo e um regime que iam sendo varridos da vida nacional pelo desejo de renovação. Ainda depois disso, em agosto, evitou discursar na convenção do PMDB que o fizera vice-presidente na chapa de Tancredo Neves, com receio de ser vaiado por seus novos companheiros. Na manhã da última sexta-feira, porém, na mais espetacular surpresa a explodir na vida política brasileira desde a renúncia de Jânio Quadros em 1961, era ele mesmo, José Sarney, quem tomava posse na Presidência da República” (Revista Veja – Edição 863, de 20 de março de 1985, p.44).

A “manhã da última sexta-feira” era o dia 15 de março de 1985. Em meio à grandes expectativas, toda nação aguardava a instalação da chamada “Nova República”, com a posse de Tancredo de Almeida Neves, o primeiro presidente civil pós Regime Militar [1964-1985]. Tudo estava preparado para a “festa” que iria encerrar os longos 21 anos de ditadura; celebrar o advento de um novo período na história do Brasil e consolidar o processo de “substituição da institucionalidade autoritária pela institucionalidade democrático-liberal” (MACIEL, 2008). Contrariando todas as expectativas, a “festa” não estava completa, pois na véspera do dia da posse, o anfitrião tinha sido internado no Hospital Geral de Base em Brasília e, em meio às especulações médicas, foi submetido a uma cirurgia que o impossibilitou de se fazer presente à posse.

Após receber o poder pelo Legislativo, o presidente interino seguiu imediatamente para o Palácio do Planalto, com a finalidade de receber a faixa presidencial e empossar os novos ministros. Porém, restava ainda uma última insolência do regime ditatorial, promovida por João Figueiredo, “que se recusou a passar-lhe a faixa presidencial e saiu do Palácio do Planalto pela porta dos fundos para não se encontrar com o vice tornado presidente” (MACIEL, 2008, p.65). Mesmo nesse cenário, Sarney assumiu seu gabinete e deu posse aos novos Ministros, dentre os quais, o baiano Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna⁴¹, empossado Ministro da Saúde.

Após 38 dias internado, passando por sete cirurgias, sendo duas no Hospital Geral de Base, em Brasília e, mais cinco no Instituto do Coração, em São Paulo, “Tancredo de Almeida

⁴¹ Formado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1955, foi por duas vezes Ministro de Estado no governo José Sarney. A primeira, Ministro da Saúde no período de 15/03/1985 à 13/02/1986; a segunda, Ministro da Educação no período de 17/01/1989 à 15/03/1990.

Neves morre na noite de 21 de abril, vítima de infecção generalizada” (SILVA; NEVES; MARTINS, 2011, p. 59). Diante desta realidade, José Sarney passa a ocupar definitivamente o governo na condição de Presidente da República, dando início ao período da chamada “segunda transição”⁴² e, prometendo governar mantendo o programa elaborado por Tancredo.

4.1 Condições Político-Institucionais

O ponto de partida para análise desse período de governo, situa-se no ano de 1985, quando da ascensão definitiva, de José Sarney, ao poder executivo federal. Com seu caráter conservador, o político identificado como civil de confiança dos militares “manifestou uma postura ambígua e vacilante diante da perspectiva reformista de abolição rápida do arcabouço institucional herdado” (MACIEL, 2009, p.81), fato que demonstra um alto grau de comprometimento com a preservação da institucionalidade política, mesmo que tenha sido necessário fazer uso dos mecanismos⁴³ herdados do regime militar, como estratégia para frear as expressivas mudanças defendidas, especialmente, pelas classes subalternas.

O presidente decidiu manter nos ministérios, os ministros escolhidos por Tancredo Neves, baseado na “Aliança Democrática” que em uma inédita coalizão de forças incluía representantes do setor antiautocrático, em sua maioria, “esquerdistas” do PMDB – também denominados progressistas – e, representantes do setor autocrático – os conservadores – oriundos do regime militar e os da “ala moderada”/conservadora do PMDB. Na prática, considerando o conteúdo político, é notório que o governo compôs um ministério autocrático, conservador e, muito mais comprometido em preservar a institucionalidade política do regime militar do que promover um processo de mudança (VOLPON, 2003; MACIEL, 2008).

Nos aspectos econômicos da “Nova república”, a ênfase é dada a dívida externa “impagável”, herança herdada de sucessivos fracassos dos ajustes imprimidos pelos governos militares das décadas anteriores, somado a uma hiperinflação associada à grave crise fiscal do Estado que impedia a retomada dos investimentos públicos e privados, gerando graves problemas políticos e sociais. O novo governo se deparou com uma grave recessão, baixa taxa

⁴² Esse período vai de 1985 a 1990 e, configura a uma etapa decisiva da transição política, por demarcar o “processo final de substituição da institucionalidade autoritária por uma institucionalidade democrática nas condições de reforma do Estado autocrático-burguês” (MACIEL, 2008, p.35).

⁴³ Como exemplos, destacam-se: (1) o sistema fiscal altamente centralizado no nível federal; (2) A Lei de Segurança Nacional; (3) a lei anti-greve; (4) a atribuição constitucional dada às Forças Armadas como guardiãs da lei e da ordem; (5) o direito de censura sobre a imprensa e os meios de comunicação (MACIEL, 2009, p.82).

de crescimento do PIB, estagnação da renda per capita e elevado déficit público. Nesse conturbado cenário, a inflação endêmica e descontrolada se apresentou como o principal entrave para o desenvolvimento do país.

Para conflitar um pouco mais este cenário fraco e desacreditado, o então presidente teve que lidar internamente com as diversas divisões político-ideológicas, inseridas em seus ministérios, com destaque para o mais intenso conflito entre o Ministro do Desenvolvimento [João Sayad] e Ministro da Fazenda [Francisco Dornelles]⁴⁴ (VOLPON, 2003).

A partir de 1987, uma sequência de “reformas estruturais” foram implementadas na tentativa de conter a crise fiscal do Estado. Sobre o ajuste fiscal, Bresser-Pereira (1998) explica que somente a partir de 1987⁴⁵ a crise fiscal tornou-se aceita, sendo deste modo, compreendida como a responsável pela elevação da taxa de inflação e pela estagnação econômica. Naquele momento, o governo assumiria a existência de um elevado déficit crônico prejudicial à economia e, conseqüentemente, abandonaria a crença em um tipo de “keynesianismo ingênuo”.

Em 1987, durante a minha permanência no Ministério da Fazenda, procurei *alertar a sociedade brasileira sobre a gravidade da crise fiscal*. Com isso, buscava criar um clima favorável à adoção das medidas necessárias para o ajuste fiscal, sem o que — tinha plena consciência — não se conseguiria uma estabilização econômica duradoura. Entretanto, *não obtive o apoio político para a implantação dessas medidas*. Sem condições de levar adiante o ajuste fiscal, renunciei ao cargo de Ministro da Fazenda. Creio, entretanto, que, pelo menos, consegui fazer com que *a importância de resolver a crise fiscal do Estado se tornasse mais perceptível à sociedade brasileira*. Não obstante, o Governo nada fez para realizar o ajuste. E, assim, o déficit público, em 1989, foi o maior da década atingindo 6,9% do PIB (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 187, *italico nosso*).

Diante da situação emergente em se realizar o ajuste fiscal e, principalmente do fato de que o presidente optou por rejeitar o pacote de ajustes, o Ministro da Fazenda – Luiz Carlos Bresser Pereira – pede demissão⁴⁶ no dia 19 de dezembro de 1987 e, as medidas de ajuste fiscal para conter a crise só foram empreendidas no governo Collor. O governo Sarney, no

⁴⁴ Indicado para ministro da Fazenda tanto pelo fato de ser sobrinho de Tancredo Neves, quanto por ter trabalhado na Secretaria da Receita Federal no governo de João Figueiredo e por sua relação propositiva com os ex-ministros Delfim Netto e Mário Henrique Simonsen, Francisco Dornelles, apesar de não possuir vinculação partidária, fez parte do setor conservador, autocrático (MACIEL, 2008).

⁴⁵ Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira foi Ministro da Fazenda no período de 29/04/1987 à 21/12/1987. No pensamento do ministro, apesar da aceitação, a partir de 1987, da existência de uma crise fiscal a ser combatida, somente no governo Collor, o ajuste fiscal foi afinal empreendido (BRESSER-PEREIRA, 1998).

⁴⁶ Em substituição, Mailson Ferreira da Nóbrega, assume interinamente pelo período de 21/12/1987 à 06/01/1988, sendo efetivado sequencialmente e, permanecendo no cargo no período de 06/01/1988 à 15/03/1990. Para maiores informações, ver: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/jose-samey>.

momento em que passou a negociar com o Banco Mundial empréstimos bilionários para financiar as mudanças estruturais necessárias à liberalização comercial, iniciava a mais importante reforma estrutural ocorrida na economia brasileira desde a década de 1960. Acrescente-se à essa situação, o fato de que em meados da década de 1980, deu-se início o processo de privatização das empresas que se encontravam sob o controle do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998).

4.2 Quadro da saúde e do Planejamento Governamental

Fruto do “movimento sanitarista” articulado como diversos movimentos sociais e político-ideológicos, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴⁷ (CNS), demonstrou o quanto o setor saúde estava organizado para lutar pela reestruturação do sistema nacional de saúde e preparado para formalizar uma proposta de Reforma Sanitária, que estivesse para além de uma reforma setorial, administrativa ou financeira. No Relatório Final, aclara-se a perspectiva de ampla reforma social, ao definir a Reforma Sanitária:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e a sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p.10)

Após as deliberações da 8ª CNS, recomendou-se a criação de um Grupo Executivo para implementar a Reforma Sanitária. Devido as pressões do “movimento sanitário” junto aos Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) no dia 22 de agosto de 1986, a Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86 que criou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS),

⁴⁷ Convocada pelo então Ministro Carlos Santanna, através do Decreto n. 91.466, de 23/07/85, foi realizada sob a gestão do Ministro Roberto Figueira Santos, tendo Antônio Sérgio Arouca como presidente da Comissão Organizadora (BRASIL, 2009a).

composta por representantes de órgãos governamentais, do Congresso Nacional e da Sociedade Civil Organizada.

Em entrevista concedida no dia 16 de março de 2005, o sociólogo e sanitarista Arlindo Fábio Gómez de Souza⁴⁸, descreveu o espaço de representação da CNRS, como espaço político de disputa de poder em relação às questões da saúde:

[...] a CNRS é um *espaço político* onde o setor público vai se reencontrar com o setor privado, onde o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde vão voltar a dialogar com algum tipo de objetivo, e a comissão sai com uma portaria assinada pelos três ministros, como uma comissão nacional para dar andamento às resoluções da 8ª CNS. Então, na verdade, *não é uma instância burocrática, mas marcadamente política*, com a discussão de três áreas governamentais que, de alguma forma, estavam disputando espaço, *disputando poder* no que diz respeito às questões da saúde (FALEIROS *et. al.*, 2006, p. 86, *itálico nosso*)

Desse modo, mesmo reconhecendo que “a expectativa do movimento sanitário era a de criação de um grupo com maior poder deliberativo, executivo e maior perenidade, ao contrário do papel que foi atribuído à CNRS” (FALEIROS *et. al.*, 2006, p.87), não se pode desconsiderar que a criação desta comissão se constituiu no mais significativo desdobramento prático da 8ª CNS. A importância estratégica desta comissão levou à frente as proposições da “oitava”, por meio da elaboração de relatórios e documentos técnicos, tendo assim, um papel importante no processo constituinte para a elaboração da nova Constituição [1988] e, influenciando no executivo, para o processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)⁴⁹.

O resgate dos debates em torno da questão saúde, inseridos na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) contribuiria para incluir o debate sobre o PGS, no âmbito federal, na agenda das políticas de saúde e dos movimentos sociais. Essa seria uma tarefa complexa, porque significaria para o setor saúde, tentativas de superar modelos antigos, burocráticos e

⁴⁸ Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Relator Geral da 9ª CNS (1992); Presidente da Abrasco (1992-1994).

⁴⁹ O Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) foi Criado através do Decreto nº 94.657/87. No dia 20 de julho de 1987, por meio do Decreto do Executivo nº 94.657/87, seria criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde” (BRASIL, 1987). A transferência da rede de serviços do MPAS para estados e municípios, representaria a promoção da descentralização em direção à esfera estadual e o aprofundamento do processo de transferência de recursos por meio de convênios, conforme já vinham sendo adotados pelas AIS, através da POI. Desse modo, nos aspectos referentes ao planejamento e à gestão, o SUDS acabaria adotando a POI, enquanto “instrumento de planejamento que procurava integrar os orçamentos e ações dos órgãos federais, estaduais e municipais, e das instâncias colegiadas pluriinstitucionais” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

tecnocráticos que foram historicamente construídos no interior do sistema, com mais ênfase a partir de 1974.

De qualquer modo, em mais um daqueles acontecimentos, que ironicamente, ficará marcado nos anais da história do Brasil, coube ao então Presidente da República José Sarney, encaminhar ao Congresso a Proposta de Emenda à Constituição n° 43⁵⁰, de 28 de junho de 1985, destinada a Convocar a Assembléia Nacional Constituinte (ANC).

Ao encaminhar para o Congresso a Mensagem n° 330 propondo a Convocação da ANC, Sarney tornou-se o responsável por dar o primeiro passo para a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n° 26⁵¹, de 27 de novembro de 1985 (BACKES; AZEVEDO, 2008; BARBOSA, 2012). Com isso, ficou estabelecido que os deputados e senadores reunir-se-ão, unicameralmente, no dia 1° de fevereiro de 1987, na sede do Congresso Nacional e, em sessão presidida pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal (Art. 1° e 2°, EC n°26/1985), será instalado o processo constituinte e realizado a eleição do presidente⁵².

Para Lima (2009), o debate político antecedente ao processo constituinte, levou para a arena de discussões o confronto radical entre duas propostas. A primeira defendia a criação de uma Assembléia Nacional Constituinte “*exclusiva*”⁵³, ou seja, deveria ser convocada para elaborar o texto constitucional e, após a promulgação da Constituição, deveria ser dissolvida. A segunda defendia uma Assembléia Nacional Constituinte “*congressual*”⁵⁴, na qual os parlamentares, eleitos em 1986, teriam atribuições e poderes para elaborar a Constituição e, ao final dos trabalhos continuariam a exercer os respectivos mandatos parlamentares.

⁵⁰ Posterior à essa proposta foi apensada, ainda em 1985, duas Propostas de Emenda à Constituição, sendo as de n° 44 e de n° 52, ambas referentes à Convocação da Assembléia Nacional Constituinte.

⁵¹ A EC n° 26, foi promulgada durante a 375ª Sessão Conjunta, realizada no dia 27/11/1985.

⁵² A 2ª Sessão da Assembléia Nacional Constituinte (ANC) foi realizada no dia 2 de fevereiro de 1987, na presença 533 constituintes (conforme lista de presença). Presidida pelo Sr. José Carlos Moreira Alves (Ministro do Supremo Tribunal Federal), teve como objetivo proceder à eleição para escolha do Presidente da ANC. Ao final da eleição, o candidato Ulysses Guimarães obteve 425 votos; o candidato Lysâneas Maciel, obteve 69 votos e foram 28 votos em branco.

⁵³ Defendiam a proposta: “a maioria das entidades representativas – sindicatos (especialmente os ligados à CUT), associações de moradores, movimento de negros, movimento feminista, movimento indígena, Ordem dos Advogados do Brasil, Igreja Católica, setores “progressistas” das Igrejas Evangélicas, setores do empresariado, partidos de esquerda reconhecidos legalmente (PT e PDT), além de setores do PMDB” (LIMA, 2009, p. 58).

⁵⁴ Defendiam a proposta: “a maioria da burguesia, as Forças Armadas, setores do sindicalismo (especialmente os ligados à Conclat), o Governo Federal e a maioria parlamentar dos partidos que constituíam a sua base de sustentação” (LIMA, 2009, p. 58).

Desse modo, após “longa gestação do processo constituinte”⁵⁵, após as eleições parlamentares de 1986⁵⁶ e, principalmente, cumprindo a convocação da EC nº 26/1985, foi instaurada no dia estabelecido, a ANC congressual⁵⁷, composta por 559⁵⁸ parlamentares. Tendo funcionado por dezenove meses, até a promulgação da nova Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988, o processo constituinte marcou, uma “ruptura em nossa tradição constitucional” (BARBOSA, 2012). Em outras palavras, teve a participação efetiva da sociedade civil, de diversas instituições, de movimentos sociais, e dentre tantas conquistas, marcou a vitória do movimento pela democratização do Brasil.

Para tanto, foram criadas oito Comissões Integradas, cada uma composta por três Subcomissões temáticas e; uma Comissão de Sistematização. A consequência deste processo, para o setor saúde, foi a instalação da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente⁵⁹(SSSMA), integrante da Comissão da Ordem Social⁶⁰(COS). Reunida pela primeira vez no dia 07 de abril de 1987, no Anexo II do Senado Federal, sob a presidência eventual do constituinte Raimundo Rezende, a subcomissão foi instalada para proceder à eleição⁶¹ do Presidente e dos dois vice-presidentes da referida subcomissão.

Importante se faz reafirmar essa questão para compreender que a proposta apresentada na subcomissão é o resultado que “majoritariamente saiu de modo consensual”, apesar dos debates recheados de convergências e divergências que aconteceram dentro da Comissão

⁵⁵ Segundo Barbosa (2012), a ideia de convocar uma Assembléia Nacional Constituinte foi formalizada pela primeira vez, em 1971, por meio da “Carta do Recife” – documento aprovado em reunião do MDB. Controversa e considerada pela ala mais moderada do MDB, como “radical para a época”, somente a partir de 1977 é que o tema passou a ter prioridade na pauta emedebista. Para maiores detalhes ver: BARBOSA, Leonardo Augusto de Andrade. **História constitucional brasileira: mudança constitucional, autoritarismo e democracia no Brasil pós-1964**. Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2012. 420p. (Série colóquios de excelência; n. 2).

⁵⁶ Em eleições diretas, realizadas no dia 15 de novembro de 1986, 487 Deputados Federais e 49 Senadores, foram eleitos para o Congresso e, conseqüentemente, conquistaram o “poder” e a responsabilidade de elaborar a nova Constituição do Brasil.

⁵⁷ A ANC e o Congresso Nacional funcionariam simultaneamente. Nesse caso, as deliberações eram tomadas em sessão unicameral e os votos de Senadores e Deputados tinham o mesmo valor.

⁵⁸ Dos 559 parlamentares, 487 eram Deputados Federais e 72 Senadores. Para ter acesso à lista completa destes parlamentares, ver: Backes e Azevedo (2008, p. 184-222).

⁵⁹ Estiveram presentes nesta primeira reunião, os seguintes Constituintes: Adylson Motta; Alarico Abib; Carlos Mosconi; Eduardo Jorge; Eduardo Moreira; Fábio Feldmann; Floriceno Paixão; Francisco Rollemberg; Geraldo Alckmin; Joaquim Sucena; Jorge Uequet; José Elias Murad; Júlio Campos; Maria de Lourdes Abadia; Oswaldo Almeida; Raimundo Bezerra; Roberto Vital e Almir Gabriel. A íntegra de todas as atas da subcomissão da saúde, seguridade e do meio ambiente pode ser consultada no sítio do Senado Federal, disponível no seguinte endereço: http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp.

⁶⁰ A Comissão da Ordem Social é composta por três subcomissões, a saber: 1 – Subcomissão dos direitos dos trabalhadores e servidores públicos; 2 – Subcomissão da saúde, seguridade e do meio ambiente; 3 – Subcomissão dos negros, populações indígenas, pessoas deficientes e minorias.

⁶¹ Foram proclamados eleitos: Presidente – José Elias Murad (14 votos favoráveis e 2 votos em branco); 1º Vice-Presidente – Fábio Feldmann (13 votos favoráveis e 2 votos em branco) e 2º Vice-Presidente – Maria de Lourdes Abadia (13 votos favoráveis e 2 votos em branco).

Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Portanto, considerando a amplitude de representatividade, o Professor Arlindo Pablo Gómez de Souza, acrescentou:

essa Comissão [CNRS] é fruto de todo um movimento social no território nacional, de comissões e de trabalhos prévios à VIII Conferência, à realização da VIII Conferência, e, posteriormente, a um debate ao longo de 6 meses, para que pudéssemos chegar a essa proposta de forma tão sucinta (DANC, 22/04/1987a, p.49)

O movimento sanitário se fez presente no Congresso, para explicar ao parlamento e à sociedade sobre a atual situação de saúde do País e a necessidade de ampliar a concepção de saúde, tratando-a enquanto um direito assegurado pelo Estado. Dessa forma, em Audiência Pública⁶², o Dr. Antônio Sérgio Arouca (Presidente da Fiocruz), o Dr. Hésio Cordeiro (Presidente do INAMPS) e o Dr. Roberto Figueira Santos (Ministro da Saúde), realizaram exposição sobre o a necessidade de garantir a saúde enquanto um direito constitucional.

Durante exposição, o militante Sérgio Arouca fez questão de destacar que o movimento sanitário brasileiro acreditava no caráter democrático do processo constituinte, sendo este um dos motivos da sua satisfação em poder “discutir de forma bastante objetiva, com poder legítimo, a conotação do problema de saúde no texto constitucional” (DANC, 30/04/1987b, p.145).

Aclarando sobre a garantia da saúde enquanto um direito de cidadania e a necessidade de uma profunda Reforma Sanitária, Arouca chegava a seguinte conclusão:

(...) essa reforma sanitária não pode ser uma reforma sanitária cosmética. A grande tentação é recobrir o fato por um discurso novo, colocando simplesmente sobre ele uma maquiagem, que o transforma na mesma coisa, sem mudar absolutamente nada (...) É nesta linha que enfoco, aqui, de início, esta proposta de reforma sanitária. *Esta reforma deve ser integral, não pode ser cosmética, tem de ser corajosa, tem de ser baseada em prioridades, ela tem de enfrentar, de forma serena, mas também sem vacilações, os problemas que são fundamentais no equacionamento da saúde da população brasileira* (ATA SSSMA, 30/04/1987a, p. 145-146, itálico nosso).

Neste momento, estão bem diagnosticadas no Brasil, as profundas crises políticas e sociais; o inegável agravamento da crise econômica, com cortes nos gastos públicos e tentativa de conter a inflação; e toda crise do sistema de saúde, especialmente sua ineficiência no atendimento aos cidadãos. Estes fatos revelam quanto, no período de governo Sarney,

⁶² A audiência pública foi realizada no dia 30/04/1987, durante a 12ª Reunião da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.

houve um agravamento da crise e o quanto o setor saúde sofreu [e ainda sofre] por conta das políticas econômica e social equivocadas.

Esse jogo de interesses resultou no pacto político firmado por Sarney, em que os cargos do alto escalão eram compostos majoritariamente por setores autocráticos⁶³, comprometidos em preservar ao máximo a antiga institucionalidade (MACIEL, 2008).

Quanto aos aspectos referentes ao planejamento governamental em saúde, inseridos nos debates do processo constituinte, as contribuições para esse tema foram escassas. A evolução da dimensão política, no setor saúde, e a possibilidade concreta de validar as propostas reformistas, são elementos que ajudam a entender essa situação.

Com a enorme visibilidade do “movimento sanitário” todos os esforços foram direcionados para a aprovação da proposta reformista, até porque, a reforma sanitária abriria espaços para redefinir os caminhos do PGS. Se institucionalmente o planejamento encontrava-se estagnado, consequência da política centralizadora e do acentuado caráter normativo; acadêmica e politicamente investigações⁶⁴ e experiências estavam sendo realizadas numa perspectiva do desenvolvimento do planejamento e da programação com enfoque estratégico-situacional⁶⁵.

Quanto a inclusão do debate sobre o planejamento durante as reuniões da SSSMA, há que ser observado três episódios. O primeiro faz alusão ao planejamento vinculado à questão orçamentária; o segundo, sobre o planejamento enquanto garantia do controle social. Para além desses dois aspectos, destaca-se o terceiro, referente ao posicionamento frontalmente contra o projeto reformista e o planejamento na área da saúde, assumidos pelas entidades empresariais, dentre elas a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (ABRAMGE).

⁶³ De acordo com Maciel (2008, p.51), “do total de 33 cargos de primeiro escalão, incluindo a presidência e a vicepresidência da República, todos os ministérios e as lideranças do governo no parlamento, os setores autocráticos ocupavam nada menos que 27 cargos, cabendo aos setores antiautocráticos apenas seis”

⁶⁴ Estudos realizados por pesquisadores da ENSP em interlocução com pesquisadores da USP, UNICAMP e UFBA, cooperaram para o processo de planejamento e programação de saúde durante a década de 1980 (TEIXEIRA, 2010)

⁶⁵ Carlos Matus, economista chileno, contribuiu para que o processo de planejamento pudesse ser desenvolvido tomando como base a vertente estratégica-situacional e, suas contribuições foram fontes de reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo (MATUS, 1993).

No primeiro episódio, o Dr. Raphael de Almeida Magalhães⁶⁶ (à época, Ministro da Previdência e Assistência Social), compareceu ao congresso com uma clara intenção de defender “a descentralização dos recursos da Previdência para Estados e Municípios, com o risco inclusive de desaparecimento do INAMPS” (RODRIGUES NETO, 1997, p. 73), desde que se evitasse a unificação do sistema de saúde no nível federal, especialmente em relação aos aspectos orçamentários que deveriam continuar sob a administração do MPAS. Além disso, em sua alocução, merece destaque o comentário em relação ao planejamento unificado na área da saúde:

Acredito que, na área da saúde, esse processo de planejamento, de sistema de saúde unificado, a idéia de planejamento unificado, respeitando as características, as autonomias e liberdades de cada ente público envolvido na operação, segue a idéia de que haja um orçamento unificado. Mas um orçamento unificado quase que trabalhado voluntariamente pelas três instâncias de Governo. Parece-me que a integração de recursos teria que ser buscada numa concepção nova de Federação para o caso específico da saúde. Porque é muito importante que haja um somatório de gastos – o Município gaste, o Estado gaste e o Poder Federal gaste (ATA SSSMA, 22/04/1987b, p. 72, itálico nosso).

Sobre esse posicionamento, no qual a ideia central é um programa e orçamento único da saúde, Dr. Hésio Cordeiro⁶⁷ (à época, presidente do INAMPS) considerava a necessidade de aprofundar o debate referente ao Fundo de Saúde, definido a partir de um “planejamento participativo” que qualificasse o processo de unificação e assim garantisse:

(...) a definição de um programa, de um orçamento único em nível do Estado, do Município e da União, com a identificação das fontes de custeio, de investimentos e com a amarração da aplicação desses recursos a esse programa e a esses Orçamentos únicos, geridos em nível central pelo Ministério da Saúde, a nível estadual pela Secretaria Estadual de Saúde, e a nível municipal pela Secretaria Municipal de Saúde (ATA SSSMA, 30/04/1987f, p. 155).

No segundo episódio, durante a 11ª Reunião⁶⁸, o Dr. Eleutério Rodrigues, representante da, então, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), afirma que a Associação endossa a proposta da CNRS. Com isso, apresenta

⁶⁶ 8ª Reunião da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente realizada no dia 22 de abril de 1987.

⁶⁷ Posicionamento do presidente do INAMPS, durante a 12ª Reunião da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, realizada no dia 30 de abril de 1987.

⁶⁸ Realizada no dia 29 de abril de 1987, destinou-se a Audiência Pública com os representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Associação Paulista de Saúde Pública; Conselho Federal de Farmácia; Conselho Federal de Medicina; Central de Medicamentos (Ceme); Associação Médica Brasileira; Associação Brasileira de Enfermagem; Confederação das Misericórdias do Brasil; Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac) e; Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal.

toda uma abordagem centrada na questão do conceito ampliado da saúde, reiterando a necessidade de romper com a ideia que simplifica a saúde ao conceito de assistência médica; reforça a importância de assegurar, na carta constitucional, o direito à saúde e o dever do Estado; explica sobre a organização do sistema que deve ser racional e garantir algumas diretrizes essenciais, como integração, integralidade, descentralização e Participação. Sobre essa última diretriz, surge o processo de planejamento e controle da execução das políticas em todas as esferas do governo, enquanto garantia do controle social, através da participação da população.

Uma quarta diretriz, que me parece a mais fundamental de todas, que acho que é uma diretriz que deve estar presente na Constituição, não é uma questão particular da saúde, mas na saúde ela se coloca de uma forma crítica, é a questão da participação. Entendemos que nada disso, nem a descentralização, nem a integração podem ter efetividade, podem funcionar se não tiverem um controle social sobre a sua execução. Entendemos que a participação da população organizada em entidades, em instituições democraticamente constituídas e organizadas, essas entidades devem ter o direito e devem ter a garantia do canal de acesso para participar do processo de planejamento e controle da execução das políticas a nível local, a nível estadual, a nível regional, e a nível nacional (ATA SSSMA, 29/04/1987c, p. 115, itálico nosso).

No terceiro episódio, devido à emergente crise do modelo previdenciário, as entidades empresariais de saúde envidavam esforços para garantir uma participação efetiva no debate sobre os rumos da saúde, especialmente sobre o planejamento e regulação estatal, proposto pelo movimento sanitário (RODRIGUEZ NETO, 2007). Apenas para ilustrar essa participação, com vista a garantir seus interesses na aprovação da proposta de um novo sistema de saúde, o representante⁶⁹ da FENAESS comenta em reunião da SSSMA, sobre a “estatização **versus** a privatização” e, considera que ser esse o grande debate da área social. Sobre esse assunto faz a seguinte afirmação:

Acreditamos que o estado democrático social pelo qual ansiamos e estamos procurando implantar neste País, deve se preocupar, primeiro em estabelecer um sistema de poder que impeça qualquer risco de totalitarismo de qualquer espécie. A estatização de qualquer setor de atividade econômica nos parece uma forma de totalitarismo condenável (ATA SSSMA, 23/04/1987d, p. 91).

⁶⁹ Dentre tantas funções exercidas pelo Dr. Franciso Ubiratan Dellape, destacamos três para este estudo: 1) presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP) por quatro mandatos (1968-1981); 2) presidente da FENAESS (1983-2000) e 3) co-fundador da FBH. Além disso, foi um dos grandes representantes dos interesses da iniciativa privada durante a audiência pública com as entidades patronais.

Logo em seguida ao dizer que “sem liberdade econômica não há liberdade política”, reitera que os limites da atuação do Estado na economia deve preservar o primado da iniciativa privada. Mantendo seu discurso privatizante, defensor da livre iniciativa da economia no mercado, assim comenta:

Logo, quando se cogita de sistema único de saúde, municipalização, gestão colegiada, integração institucional, etc., é razoável que se pense que essas coisas só dizem respeito ao aparelhamento estatal. Não pode haver planejamento coercitivo para o setor não-governamental de saúde, ainda porque inócuo. *Qualquer forma de planificação que inclui área privada, somente atua quando tem caráter meramente indutivo, respeitando-se os limites de uma liberdade de iniciativa, sem o qual o setor privado não funciona* (ATA SSSMA, 23/04/1987e, p. 92).

Tais posições apontam para o conflito existente, na arena do processo constituinte, entre os que se colocavam favoráveis a uma ampla Reforma Sanitária e os adversários do projeto reformista. Estes últimos conservadores, contrários à universalização do direito à saúde e, opositores de qualquer perspectiva de planejamento indicativo na área da saúde, fizeram todo tipo de articulação para evitar a aprovação do projeto na COS. Tanta foram as manobras que ao final de todo processo, na Constituição Federal de 1988, “foi assegurado a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado” (FALEIROS, *et.al.*, 2006, p. 53).

Todo esse enfrentamento entre as entidades empresariais e os militantes do movimento sanitário já se estendia desde antes do processo constituinte. A ausência da FBH, FENAESS e da ABRAMGE, na 8ª CNS, justificada pela inexpressiva participação a que teriam direito – apenas 2% dos votos caberiam à iniciativa privada – e, a organização e realização do 1º Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não-Governamentais, evento paralelo à 8ª CNS, que contou com participação dos vários segmentos da atividade médico-hospitalar com o objetivo de debater “estratégias para a parceria governo-livre iniciativa no campo da saúde” (CZAPSKI; MEDICI, 2011, p. 220), são alguns dos eventos que constatarem essa polarização.

As divergências relacionadas ao caráter transformador da reforma e os conflitos desencadeados pelas disputas entre os defensores da estatização da saúde [movimento sanitário] e os defensores da privatização da saúde [iniciativa privada], foram suficientes para que, ao final dos trabalhos da SSSMA, o anteprojeto fosse aprovado introduziu algumas questões novas, em relação à proposta original da CNRS e, remetendo as questões do

financiamento para a COS, devido às dificuldades em se chegar a um acordo. Referente à insuficiência do projeto, o constituinte Eduardo Jorge, em reunião⁷⁰ da COS, assim comentou:

a questão do financiamento (...) é uma das insuficiências do projeto e nós temos que admitir e reconhecer francamente que não conseguimos na Subcomissão chegar a uma definição melhor do que esta. E deixamos, depois de muito debate, para definir isto na Comissão (ATA COS, 28/05/1987, p. 65).

Numa visão geral referente às temáticas debatidas na COS, é possível observar que, em decorrência do projeto final apresentado pela SSSMA, não houve inclusão de discussões explícitas sobre o planejamento governamental em saúde. Porém, tal qual ocorrera durante todo o período de realização das reuniões da SSSMA, as discussões sobre o planejamento apareceram esparsamente. Assim, uma vez incluído no texto constitucional as reivindicações e propostas apresentadas pelos militantes do movimento sanitário e derivadas da 8ª conferência, seria possível, abrir caminhos para a introdução do planejamento no setor saúde.

Há que se ressaltar, ainda, na análise deste contexto, que em relação a área da saúde, foram protocoladas junto a Comissão de Sistematização (CS), um total de sete (07) emendas populares, das quais três (03) foram rejeitadas por não atenderem às exigências regimentais. Dentre essas, a Emenda Popular (EP) da Saúde (PE-050), protocolada na CS no dia 12 de agosto de 1987, assinada por 58.615 pessoas e apoiada por cento e sessenta entidades. Apesar do número aquém da magnitude da proposta, o texto incorporou as principais reivindicações e desejos do movimento sanitarista, situação que não minimiza a crítica em relação a falta de articulação da coordenação do processo em integrar e complementar as propostas da área da saúde em um única propositura, constatando dessa forma, “a fragilidade da trincheira sócio-comunitária da construção da Reforma Sanitária” (PAIM, 2008, p.143).

De todo modo, no dia 24 de novembro de 1987, aconteceu a reunião solene de entrega do projeto de constituição elaborado pela Comissão de Sistematização. Entre vitórias e derrotas, o texto final acabou inserindo a saúde como uma seção do Capítulo da Seguridade Social e, na extensão de suas proposições contemplou o ideário de um sistema de saúde unificado, descentralizado e que garanta atendimento universal. Numa afirmação bastante sugestiva para o momento, o constituinte Bernardo Cabral, relator da comissão, expôs seus

⁷⁰ 7ª Reunião da Comissão da Ordem Social, realizada no dia 25 de maio de 1987.

anseios quanto aos rumos do plenário, direcionando sua fala para o Presidente da ANC e dizendo:

O que eu sei é que agora, a partir de hoje, com a presença do nosso eminente e querido amigo Ulysses Guimarães à frente dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, ele haverá de lembrar o outro, o da odisséia de Homero, que, segundo a lenda, pôs cera nos ouvidos para não escutar o canto das sereias. Mas, segundo outros, amarrou-se ao mastro da embarcação e conseguiu ouvir todos os cantos da sereia, sem rebentar as cordas, e prosseguir a sua trajetória. Espero que os cantos das sereias, que andam por aí tentando modificar o nosso trabalho, não sejam ouvidos por V. Exª (ATA CS, 24/11/1987, p.3)

E, assim se construiu uma importante página da história do país, tendo com mais expressivo resultado a promulgação, no dia 05 de outubro de 1988, da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), que ao definir o Estado Democrático de Direito, assegura à toda população brasileira o pleno exercício dos direitos individuais e sociais, tais como liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça (BRASIL, 2013a [1988]).

Em que pese o planejamento governamental no Brasil, é possível observar, nas experiências anteriores⁷¹ à Constituição Federal (CF) de 1988, uma prática estritamente vinculada aos aspectos econômicos, num sentido de promover intervenções capazes de expandir a presença do Estado na economia, sem uma prévia associação entre gastos previstos nos planos lançados pelo governo e as receitas necessárias para a sua realização. Acrescenta-se à esse fenômeno, o fato de que no final da década de 1980, em meio ao descontrole inflacionário, às restrições imposta pela acentuada dívida externa e, às conturbadas, desastrosas e desarticuladas tentativas de conter os desequilíbrios econômicos, por meio de planos de estabilização⁷², toda a classe política brasileira concentrou suas energias na elaboração da Constituição Federal de 1988 (CF/88), também conhecida como a Constituição “cidadã”.

⁷¹ Dentre tantas experiências, destaca-se: o Plano Salte (1949-1951); o Plano de Metas (1956-1960); o Plano Trienal (1961-1964); o Plano de Ação Econômica do Governo – PAEG (1964-1967); o Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico (1967-1976); o Plano Estratégico de Desenvolvimento – PED (1968-1970); o Programa de Metas e Bases para a Ação do Governo (1970-1973); o I, II e III Plano Nacional de Desenvolvimento – PNDs (1972-1974; 1974-1979 e 1979-1985) e o Plano Nacional de Desenvolvimento da “Nova República” (1986-1989).

⁷² Os planos de estabilização econômica que marcaram a década de 1980 e antecederam a promulgação da CF/88 foram: o Plano Cruzado (fevereiro de 1986); o Plano Cruzado II (novembro de 1986) e o Plano Bresser (junho de 1987).

A redação final deste documento encarnava um conjunto significativo de desejos de uma sociedade que ainda apresentava marcas do período autoritário militar. Sobre os aspectos do planejamento, a CF/88 estabelecerá o Plano Plurianual (PPA), as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais como âncora para a criação de um novo sistema de planejamento governamental. Ainda referente à esse aspecto, encontra-se registrado no Art. 174 da CF/88, que “como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e **planejamento**, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado” (BRASIL, 2013a [1988], p.108, negrito nosso).

Esse novo sistema de planejamento, proposto pela CF/88, estabeleceu, no título VI – da Tributação e do Orçamento; Capítulo II – das finanças públicas, seção II – dos orçamentos, as Leis de iniciativa do Poder Executivo que se configuram como os principais instrumentos de planejamento governamental: o Plano Plurianual (PPA), as Diretrizes Orçamentárias (LDO) e os orçamentos anuais (LOA). Esse conjunto de instrumentos explicitam as intenções de se pensar o PPA integrado às estruturas orçamentárias (LDO e LOA) de modo que as “diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas do capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada” (BRASIL, 2013a [1988], p. 29), sejam aplicadas de forma regionalizada. Assim, a “tríade PPA/LDO/LOA forma a base de um sistema integrado de planejamento e orçamento” (PARES; VALLE, 2006, p. 231) orientados para conduzir a elaboração de planos de governo compatíveis com os recursos disponíveis para sua execução.

Deve-se recordar, entretanto, que os principais instrumentos do planejamento governamental, inscritos na CF/88, derivam da Lei nº 4.320/64⁷³ de 17 de março de 1964, mais especificamente do Capítulo II – da elaboração da proposta orçamentária, Seção Primeira – Das Previsões Plurianuais. Da mesma forma, derivam da Lei Complementar nº 3⁷⁴, de 17 de dezembro de 1967, que “dispõe sobre os Orçamentos Plurianuais de Investimentos” (OPI) e o Ato Complementar nº 43 de 29 de janeiro de 1969, que “fixa as normas para elaboração de planos nacionais de desenvolvimento e vincula sua execução ao Orçamento Plurianual de Investimento” (BRASIL, 1967; 1969).

⁷³ Essa Lei “Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanço da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal” (BRASIL, 1964).

⁷⁴ Revogada pelo Ato Complementar nº 43/69.

Nesse sentido, não é estranho que o Orçamento Plurianual de Investimento (OPI), instituído pela Lei nº 4.320/64, guarde estrita conformidade com a política econômica e financeira do governo. E, ao se levar em consideração tal aspecto, é possível entender “a concepção normativa e reducionista do planejamento governamental herdada dos militares e de seus tecnocratas” (GARCIA, 2012, p.434), enquanto elementos presentes na conformação do PPA inscrito na CF/88. Assim, o fato da Lei nº 4.320/64 permanecer vigente, demonstra de certo modo, as influências do enfoque economicista que ao vincular a execução do planejamento aos aspectos orçamentários, com controle de despesas governamentais e predomínio da lógica financeira, apresenta-se como entrave para o desenvolvimento do processo de planejamento para além de um “mero” instrumento de gestão.

Desse modo, não diferente do contexto global, a análise do planejamento governamental no período de 1985 à 2014, no âmbito da saúde, aponta para a elaboração do Plano Plurianual (PPA), das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e das Leis Orçamentárias Anuais (LOA), como requisito obrigatório no intuito de responder às exigências constitucionais e legais, dirigidas para atender aos aspectos orçamentários. Sem desprezar a importância do cumprimento de tais exigências, há que se pensar/fazer planejamento tomando como base o direito dos indivíduos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde. Desse modo,

o planejamento setorial deveria se ajustar às características do SUS, sistema descentralizado, assumindo o caráter de um processo ascendente, em que a elaboração dos planos de saúde das instâncias estadual e nacional deveria ocorrer considerando os diagnósticos, as diretrizes e as metas contidas nos planos dos municípios e dos estados, respectivamente (BARROS, 2012, p.15).

Em relação ao planejamento governamental, no âmbito federal, há um entendimento de que este representa um conjunto de ações coordenadas e direcionadas para os aspectos orçamentários com suas características administrativas e burocráticas.

Portanto, ao analisar os aspectos referentes ao planejamento governamental, constatou-se que não houve acréscimos significativos em relação a sua inclusão na CF/88, vez que, os principais aspectos inscritos na Lei nº 4.320/64 mantiveram-se preservados, o que de uma forma geral, demonstra limitações no “processo de construção de um projeto coletivo capaz de implementar as transformações necessárias na realidade que levam ao futuro desejado” (BUARQUE, 1999, p.36).

5 PERÍODO DE GOVERNO COLLOR/ITAMAR (1990-1994)

Na política, subsiste a guerra de movimento até quando se trate de conquistar posições não decisivas, não sendo, pois, mobilizados todos os recursos da hegemonia do Estado. Mas, quando por uma razão ou por outra, essas posições perderam o seu valor e apenas as posições decisivas têm importância, passa-se à guerra de assédio, comprimida, difícil, em que se exige qualidade excepcional de paciência e de espírito inventivo. Na política, o assédio é recíproco, apesar de todas as aparências, e apenas o fato de que o dominador deva fazer uso de todas as suas reservas demonstra qual seja o cálculo que ele faz acerca do adversário (GRAMSCI, 2000, p.255, v.3).

5.1 Quadro internacional: a consolidação do neoliberalismo

No quadro político internacional, o ano de 1989 foi um final de década marcante para a história mundial. A queda do Muro de Berlim, prenunciando o colapso do comunismo soviético; a expansão do sistema econômico capitalista e a inflexão da Guerra Fria⁷⁵ representaram sinais de mudança no “conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes” (FALEIROS *et al*, 2006, p.111).

Não seria exequível, dentro da perspectiva deste estudo, pormenorizar sobre o pensamento neoliberal. No entanto, no espaço temporal em análise, a receita do modelo neoliberal se espalhou de maneira avassaladora, invadindo a América Latina, via Consenso de Washington e, o Brasil via presidente Collor que, em seus discursos e suas práticas, deixava claro seu posicionamento favorável à ideologia reformista como caminho para a modernização da economia e do Estado. Esse cenário em franca expansão, por si só, já aponta a importância de se buscar o entendimento dos principais aspectos desta doutrina, dos caminhos percorridos até a sua inserção na sociedade brasileira e, das ameaças de retrocesso às conquistas sociais consagradas na CF/88, nelas incluídas a área da saúde.

⁷⁵ Em 1991, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) é oficialmente dissolvida, dividindo-se em quinze estados soberanos independentes. Esse acontecimento além de marcar o fim da maior ameaça ao capitalismo e consequentemente aos Estados Unidos da América (EUA), também marca o fim da Guerra Fria.

No Brasil, a cartilha neoliberal sofreria resistências de grupos que não acolheram com entusiasmo e de forma sistemática os projetos já incorporados por outros países latino-americanos. Dentre os fatores antineoliberais que cooperaram para procrastinar a instalação da “doutrina neoliberal” é possível enumerar pelo menos, três: 1) a posição contrária do “empresariado industrial” e dos “ideólogos desenvolvimentistas”; 2) a posição contrária dos grupos de esquerda popular e democrática e; 3) a promulgação da Constituição Federal de 1988 (FILGUERIAS, 2006; CUNHA, 2014).

No primeiro caso, o “empresariado industrial” preocupava-se com o capital financeiro especulativo, enquanto que os “ideólogos desenvolvimentistas” alegavam conflitos entre a mudança do Modelo de Substituição das Importações (MSI) e o pensamento de construir uma nova proposta capaz de favorecer a indústria nacional, por meio da intervenção do Estado. No segundo caso, “o grupo da esquerda” se organizava em torno do Partido dos Trabalhadores (PT), com seu discurso prol direitos sociais e contrário aos interesses da burguesia. Já no terceiro caso, a Constituição (1988) com seu caráter amplamente progressista e defensor dos direitos civis, sociais e políticos, se transformaria em um instrumento de enfrentamento à política neoliberal (CUNHA, 2014).

5.2 Condições Político-Institucionais

Na condição político institucional, o ano de 1989 seria marcado pela primeira eleição direta para presidente da República. As eleições, em concordância com a nova Constituição [1988] ocorreram em dois turnos, sendo o primeiro no dia 15 de novembro de 1989 e o segundo no dia 17 de dezembro de 1989. No primeiro turno, nenhum dos vinte e dois (22) candidatos⁷⁶ obteve a maioria absoluta dos votos necessários para ser eleito. No entanto, há

⁷⁶ A eleição presidencial de 1989, ao garantir passagem para o segundo turno aos candidatos Fernando Afonso Collor de Mello – PRN/PSC (1º lugar) e Luiz Inácio Lula da Silva – PT/PSB/PCdoB (2º lugar), marca a história da política brasileira, pois deixa de fora da disputa políticos consagrados como Leonel de Moura Brizola – PDT (3º lugar); Mário Covas Junior – PSDB (4º lugar); Paulo Salim Maluf – PDS (5º lugar); Guilherme Afif Domingos – PL/PDC (6º lugar) e Ulysses Guimarães – PMDB (7º lugar), dentre outros.

que se destacar o resultado inesperado do candidato Fernando Afonso Collor de Mello⁷⁷ (PRN / PSC), que venceu o primeiro turno após obter mais de vinte milhões de votos e, o resultado não menos surpreendente do candidato Luiz Inácio Lula da Silva (PT / PSB / PC do B), que em uma disputa apertadíssima conquistou sua vaga para o segundo turno ao vencer o então candidato Leonel de Moura Brizola (PDT).

Este resultado do primeiro turno, colocaria frente à frente, não apenas a disputa entre dois candidatos, mas também e, principalmente, a rivalidade de dois projetos diferentes. De um lado, o projeto mais liberal, que previa abertura ao capital estrangeiro, privatizações de estatais e combate aos direitos sociais, defendidas pelo “burguês” Fernando Collor e, do outro lado, as propostas mais estatizantes, alinhadas aos interesses da sociedade organizada e, defendidas pelo operário sindicalista “Lula da Silva”. E foi neste contexto que em 17 de dezembro de 1989, numa das mais disputadas⁷⁸ eleição da história da República, Collor venceria as eleições e se tornaria o 41º presidente do Brasil, sendo também o mais jovem⁷⁹ eleito em toda história republicana, fatos que o transformaria em um fenômeno nacional.

A vitória de Collor também introduziria uma “orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento” (FALEIROS *et al*, 2006, p. 111). No campo político, com a posse do presidente no dia 15 de março de 1990, chegou ao topo o projeto de reconstrução nacional sob o signo do liberalismo. No campo econômico as crises dos planos de estabilização se tornaram cada vez mais intensas, demonstrando uma forte tendência à continuidade das políticas econômicas do governo anterior. Já no campo social, não diferente do projeto de reconstrução nacional, o que se viu foi uma forte política seletiva e focalizada no ideário neoliberal.

Desse modo, Collor iniciou sua gestão promovendo um campo de tensão entre a lógica do projeto de redemocratização, consubstanciadas na garantia constitucional dos direitos sociais, políticos e civis versus o avanço indiscriminado do projeto de rearticulação das forças conservadoras centrados na lógica neoliberal. Isso demonstra as intenções de desmontagem dos direitos constitucionais.

⁷⁷ A partir deste momento, faremos uso em toda construção textual, do nome “Collor” para designar Fernando Afonso Collor de Mello.

⁷⁸ Collor obteve 51,5% dos votos válidos contra 48,5% de Lula (BUENO, 2012, p. 449).

⁷⁹ Collor é eleito presidente com 40 anos de idade.

os princípios que orientam o contra-reformismo neoliberal na questão social eram antagônicos aos da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo "Estado Mínimo"; a seguridade social, pelo seguro social; a universalização, pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais, pelo "Estado Regulador" e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização (FAGNANI, 2005, p. 570).

Nesse ambiente “absolutamente hostil”, o governo passou a executar um conjunto de ações que apontaram para a possibilidade de uma retomada das políticas centradas nas propostas de privatização, corte de gastos públicos e desmonte do Estado, promovendo desta maneira, o processo de acumulação capitalista e a derrocada do projeto reformista progressista que se vinha desenhando no Brasil (FAGNANI, 2005; FALEIROS *et al*, 2006).

No período em análise, o cenário econômico brasileiro era inseguro, reflexo da sequência de fracassos na adoção dos sucessivos planos de estabilização, ocasionando a estagnação econômica e riscos elevados de hiperinflação. Embora os fatores de ordem socioeconômicas desfavoráveis sejam entraves ao governo Collor, não há qualquer dúvida que os ideais liberais em expansão no mundo cada vez mais globalizado economicamente, tenham contribuído para acelerar a lógica neoliberal e privatizante, promovendo uma redução da presença do Estado na condução das políticas sociais.

Em uma tentativa de combater a crise econômica e promover uma estabilização monetária, Collor lançaria “um programa ortodoxo, embora com aparência heterodoxa” (BRESSER-PEREIRA, 1998) de combate à inflação. O “Plano Collor I” (demonstrava a inabilidade política do presidente), tendo sido responsável pelos cortes nos gastos públicos, justificados pela necessidade de combate a inflação descontrolada; retorno do cruzeiro como moeda oficial; congelamento dos preços; confisco da poupança; entre outras medidas. Apesar destas ações, acrescenta-se o fato de que todas foram tomadas por meio de edições de Medidas Provisórias (MP), ignorando a correlação de forças existentes no Congresso Nacional e, provocando animosidade dos congressistas e, baixa de prestígio e isolamento político do presidente (ALMEIDA, 2010; SALLUM JUNIOR; CASARÕES, 2011).

O fracasso do “Plano Collor I” levou o governo a executar o “Plano Collor II”, marcado pela indexação da economia, congelamento dos preços e salários, aumento nas tarifas de serviços públicos, fim da correção monetária, entre outras (ALMEIDA, 2010).

Enquanto o governo ainda experienciava o desgaste com os efeitos das medidas adotadas no plano anterior, a tentativa de conter a crise não lograva êxito e rapidamente o plano revelou sua fragilidade.

O ano de 1992 reservaria para o cenário político brasileiro o *impeachment* de Collor. No mês de maio daquele ano, o presidente e seu ex-tesoureiro de campanha eleitoral [Paulo César Farias] foram acusados⁸⁰ publicamente de participação em esquema de corrupção. A partir daquele momento, instalou-se uma Comissão Parlamentar de Inquéritos (CPI), seguido da abertura de processo de *impeachment*⁸¹ pela Câmara dos Deputados⁸² (CD) e aprovação do *impeachment*⁸³ pelo Senado Federal (SF) no dia 29 de dezembro de 1992.

Qualquer que tenham sido as motivações para as opções políticas de Collor, quando ele teve condições políticas de superar a “fragmentação partidária” para sustentar-se, não o fez e, ao revés, quando desejou fazê-lo, já não dispunha de poder para tanto. Não aproveitou o prestígio político dos primeiros tempos e nem mesmo o que ainda lhe restava depois de um ano de mandato para negociar uma coalizão de governo com os partidos com que tinha afinidade política e aspiravam por recursos do Executivo. Isso lhe teria permitido avançar mais em seu programa de reformas e poderia ter ajudado a sustenta-lo nos momentos de desprestígio (SALLUM JUNIOR; CASARÕES, 2011, p. 183).

Em substituição à Fernando Collor e, em um momento de alto grau de instabilidade política e econômica, assume o cargo, o vice-presidente Itamar Franco. Ao escolher o seu ministério, novo presidente, convidou Fernando Henrique Cardoso (FHC) inicialmente para assumir o Ministério das Relações Exteriores e pouco tempo depois [23/05/1993] para assumir o Ministério da Fazenda, função essa na qual FHC teve como primeira atribuição, anunciar o Plano de Ação Imediata (PAI).

Com o apoio de uma equipe econômica de muito prestígio político e intelectual, FHC iniciou reforma monetária e cambial que se tornaria um marco na política econômica brasileira. O Plano de Estabilização Econômica (PEE) ou como ficou conhecido “Plano

⁸⁰ Acusação feita pelo irmão do Presidente da República, o Srº Pedro Collor.

⁸¹ Collor renunciou ao mandato no dia da votação no Senado Federal, o que não impediu que ele sofresse o *impeachment* e tivesse seus direitos políticos cassados por oito anos.

⁸² Aprovado no dia 29 de setembro de 1992, com 441 votos favoráveis; 38 votos contrários; 1 abstenção e 23 ausências.

⁸³ No ano de 2014, a Corte do Supremo Tribunal Federal (STF), proferiu 67 decisões em Ações Penais (AP) e 77 em inquéritos. Dentre estas decisões, no dia 24 de abril de 2014, a AP nº 465 proposta pelo Ministério Público Federal (MPF), contra o ex-presidente da República, Fernando Afonso Collor de Mello, foi julgada improcedente, tendo sido o réu **absolvido** das acusações de **falsidade ideológica**, **corrupção passiva** e **peculato**. Maiores informações sobre a AP nº 465 e o parecer do STF encontram-se disponível no seguinte site: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=265412&caixaBusca=N>.

Real”, de certo, devido à sua estratégia bem sucedida de combate à inflação foi determinante para que FHC saísse vitorioso nas eleições presidenciais de 1994.

5.3 Quadro da saúde: ameaças de retrocesso às conquistas democráticas

As políticas sociais e nelas incluindo as políticas de saúde, experimentaram ameaças de retrocesso, com o encadeamento de medidas contrárias ao ideário dos movimentos sociais, incluindo nestes o Movimento da Reforma Sanitária. A redução dos gastos em saúde; a implementação de políticas residuais compensatórias; o veto parcial da LOS nº 8080/90 e o veto total da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), entre outras medidas, podem ser destacadas como tentativas concretas de promover mudanças na contramão das conquistas democráticas inseridas na CF/88.

Ironicamente sancionada pelo presidente Collor, no dia 19 de setembro de 1990⁸⁴, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90 (LOS nº 8080/90), em cumprimento aos preceitos constitucionais, passou a regular as ações e serviços de saúde; definir a saúde como direito fundamental do ser humano e instituiu que o Estado tem o dever de garantir a saúde, mediante a reformulação e execução das políticas econômicas e sociais e assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde Para tal, a LOS nº8080/90, colocava em vigor, dentre os objetivos do SUS, “**a formulação de políticas de saúde** destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais” a observância do dever do Estado (BRASIL, 1990a, Ar. 5º, inciso II).

No aspecto concernente ao Planejamento Governamental em Saúde (PGS), incluso na seção II – da competência, Art. 16, inciso VIII, evidencia-se que a direção nacional ficaria responsável por “**elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS** em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990a). Mesmo trazendo essa pequena descrição sobre o planejamento governamental no âmbito nacional, é

⁸⁴ A partir desta data ficou revogada a **Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954**, que dispõe sobre as “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde” e a **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**, que dispõe sobre “a organização do Sistema Nacional de Saúde”.

possível reconhecer que não há uma descrição objetiva sobre o planejamento no âmbito Estadual. Já em relação ao âmbito municipal, a referida Lei instaura em seu Art. 18, inciso I como competência da direção municipal “**planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde** e gerir e executar os serviços públicos de saúde” e, em seu inciso II “**participar do planejamento, programação e organização** da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de saúde – SUS, **em articulação com sua direção estadual**” (BRASIL, 1990a).

De modo inaugural e, de acordo com a nova estrutura orçamentária definida pela CF/88, a LOS nº 8080/90, estabelece em seu Art. 31 que “o orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaboradas pela sua direção nacional, com participação dos órgãos da previdência social e da assistência social, **tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias**” (BRASIL, 1990a).

Quanto a gestão financeira a LOS nº 8080/90 fixa os critérios para transferência de recursos da União para Estados, Municípios e Distrito federal. Dentre estes critérios, baseado em análise técnica, fica determinado a “**previsão do plano quinquenal de investimentos da rede**” (Art. 35, inciso VI, LOS 8080/90). Além disso, destina um capítulo para o “planejamento e orçamento”, estabelecendo um processo ascendente, do nível local ao nível federal, para o processo de planejamento e orçamento.

Acrescenta-se à essa questão, a necessidade de vinculação da política de saúde à disponibilidade de recursos financeiros estabelecidos em planos de saúde. Assim, os planos de saúde, enquanto base das atividades e programações do SUS, devem ter o seu financiamento previstos na proposta orçamentária, tendo ainda, o Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade de colocar em vigor as diretrizes a serem observadas na elaboração destes.

No mesmo período e, em consequência dos vetos do presidente Collor a alguns artigos da LOS nº8080/90, decorreu a necessidade de ser elaborada uma segunda Lei Orgânica da Saúde (LOS). Desse modo, no dia 28 de dezembro de 1990, após aproximadamente três meses de intensa mobilização social, acrescido de lutas políticas e jurídicas, foi sancionada por Collor a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8142/90, que dispõe sobre a terceira diretriz do SUS exposta na CF/88 e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros

na área da saúde. Dentre as prerrogativas legais, essa Lei garante a criação de duas instâncias colegiadas – Conselhos e Conferências – enquanto espaços privilegiados de participação da comunidade na fiscalização, controle, avaliação e proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

Em relação às transferências intergovernamentais, define que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como “investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde” (Art. 2º, inciso III, LOS 8141/90). Para tanto, a transferência de recursos da União para as demais esferas de governo ficará condicionada ao cumprimento de critérios como a elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de gestão, dentre outros⁸⁵.

Tomando como referências as normatizações inscritas na CF/88 e nas LOS 8080/90 e 8142/90, o MS através do seu ministro [Alceni Guerra], publicaria a Portaria nº 2.290⁸⁶ (BRASIL, 1991a), no dia 13 de dezembro de 1991, com o objetivo de “instituir os procedimentos e mecanismos para regulamentar a sistemática do planejamento para o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1991a, Art. 1). A partir deste documento ficaram instituído as orientações para elaboração dos Planos de Saúde nas três esferas de governo, bem como o roteiro para elaboração da Programação e Orçamentação da Saúde (PROS), que além de conter o Plano de Aplicação do Fundo de Saúde, deveria passar por aprovação dos respectivos Conselhos de saúde em cada esfera de governo.

Portanto, no tocante ao processo de planejamento e orçamento da saúde, estabelecidos pelas LOS (8080/90 e 8142/90), a inovação ficou por conta da proposta de substituição do planejamento centralizado, normativo pelo planejamento descentralizado, estratégico e participativo. Neste caso, o planejamento passaria a ser ascendente, ouvindo as instâncias colegiadas de controle social e, principalmente, orientado pelo Conselho Nacional de Saúde que ainda teria a responsabilidade de estabelecer suas diretrizes.

É inegável que o tripé de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pela Constituição Federal (1988), pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080 (1990) e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8142 (1990). Entretanto, um imenso arcabouço jurídico foi sendo construído com a finalidade de contemplar as perspectivas de crescimento e

⁸⁵ Dentre os outros critérios para receber os recursos financeiros, cada esfera de governo, deve contar com: Fundo de Saúde; Conselhos de Saúde; Contrapartida de recursos para a saúde nos respectivos orçamentos e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS (BRASIL, 1990b)

⁸⁶ Publicada no Diário Oficial da União no dia 16 de dezembro de 1991.

consolidação do SUS enquanto política social de saúde capaz de atender às necessidades da população brasileira. Dentre este universo legislativo, destacam-se enquanto instrumentos complementares ao tripé, as Normas Operacionais (NO).

A partir de 07 de janeiro de 1991⁸⁷, instante em que foi editada pela Presidência do INAMPS⁸⁸ a Resolução nº 258/91 (BRASIL, 1991b) e logo em seguida (17/07/1991) reeditada pela Resolução nº 273/91 (BRASIL, 1991c), a legislação da saúde passaria a contar com as Normas Operacionais (NO), um novo instrumento jurídico destinado a regular o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e a normatizar os procedimentos a serem cumpridos pelos Estados e Municípios interessados em receber recursos financeiros transferidos da esfera federal. Na prática as NOs se apresentaram muito mais como retórica do que propriamente instrumentos necessário à estruturação do planejamento governamental.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/91⁸⁹, com o objetivo de definir a nova política de financiamento do sistema de saúde, destacou-se por ser o primeiro instrumento regulador do repasse de recursos. No entanto, negando aos aspectos legais contidos na Constituição (1988) e nas LOS (0808/90 e 8141/92), a NOB-SUS 01/91 definiria que a transferência de recursos seria realizada por meio de convênio firmado entre os entes federativos, tendo o INAMPS como condutor, controlador e avaliador deste processo. Ainda com base no convênio, essa NOB estabeleceria “**a política e as diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde**” (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 38).

Esse conjunto de medidas sofreria críticas, devido dentre outras questões ao fato de:

- a) não aplicar os critérios do artigo 35 da Lei nº 8080/90 no repasse de recursos; b) estar o INAMPS na condução do SUS; c) utilizar os convênios para transferência de recursos; d) fragmentar os recursos da saúde; e) centralizar o sistema de informação e gerenciamento; f) mudar o critério de remuneração, sobretudo no atendimento ambulatorial; g) manter o critério de produção de serviços; h) desconsiderar as ações e serviços da vigilância epidemiológica e sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 40).

⁸⁷ Aprovada pelo então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), por meio da Resolução nº 258/91, representa o resultado de um conjunto de portarias editadas pelo Ministério da Saúde.

⁸⁸ O INAMPS, autarquia criada pelo art. 3º da Lei nº 6439 de 01 de setembro de 1977, passou a vincular-se ao Ministério da Saúde através do Decreto nº 99.060 de 07 de março de 1990.

⁸⁹ A NOB-SUS 01/91 inicialmente editada pela Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991, sofreu alterações e foi reeditada pela Resolução nº 273 de 17 de julho de 1991.

Em que pese às considerações anteriores, esse instrumento jurídico normativo, estimulou à municipalização do SUS e as ações de saúde. Neste caso, passaram a ser considerados “municipalizados”, os municípios que atendiam aos requisitos básicos para transferência direta de recursos, conforme determina a Lei nº 8142/90, a saber:

a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária; b) criação de Fundo Municipal de Saúde; c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendados pela autoridade do Poder Executivo; d) *Programação e Orçamento da Saúde (PROS), com detalhamento do Plano de Saúde*; e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro); f) contrapartida de recursos para a saúde, do seu orçamento e; g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação (NOB-SUS 01/91 – BRASIL, 1991c).

A Programação e Orçamento da Saúde (PROS), prevista nos requisitos básicos para transferência de recursos financeiros, foi “elaborada para um período anual, enquanto componente de um processo plurianual de planejamento, expresso nos respectivos Planos de Saúde” (BRASIL, 1991c). Desse modo, na elaboração das PROS pelos Estados⁹⁰, Distrito Federal e Municípios, exigiu-se contemplar os seguintes tópicos: a) caracterização e abrangência de programação; b) diagnóstico de situação e levantamento de necessidades; c) prioridades, objetivos e metas; d) estratégias que levam à obtenção dos objetivos propostos e; e) estimativa de gastos e composição do financiamento para o ano, compatibilizando as atividades previstas com a disponibilidade de recursos (BRASIL, 1991c).

Ainda que se tenha a compreensão da NOB-SUS 01/91 enquanto marco dos instrumentos normativos que conduziram ao desenvolvimento do SUS, instituindo a PROS, como um componente no processo plurianual de planejamento, é possível inferir que sua publicação demonstra a continuidade de um modelo de gestão centralizador e burocrático que mantém os Estados e os Municípios em uma posição de prestadores de serviço do governo Federal.

Na sequência dos acontecimentos, há que se reconhecer que, no início do período de governo Collor/Itamar, seria elaborado o “*Plano Quinquenal de Saúde (1990/1995) – A saúde*

⁹⁰ Destaca-se que a elaboração da PROS dos Estados, deverá ser o resultado da consolidação e compatibilização das PROS dos municípios (BRASIL, 1991c).

do Brasil Novo” (BRASIL, 1991d). Esse documento, produzido pelo Ministério da Saúde⁹¹ (MS) e apresentado à sociedade pelo Ministro Alcení Ângelo Guerra⁹², além de “dar forma, corpo e consistência às propostas de campanha do Brasil Novo” (BRASIL, 1991d, p.5), apresenta as aspirações setoriais indicadas para mudar a realidade da saúde.

Nesse aspecto, é válido lembrar que o Ministro da Saúde [Alcení Guerra] concluiria a apresentação do “Plano Quinquenal de Saúde (1990/1995) – A saúde do Brasil Novo” afirmando:

Tivemos – todos que participaram desta construção – a coragem de nos comprometer com o futuro da saúde de nosso país, quantificando metas absolutamente mensuráveis, para que toda a sociedade cobre resultados das autoridades de saúde. O DISCURSO SATUROU, VAMOS A PRÁTICA (BRASIL, 1991, p.7).

Com base neste plano, elaborado pelo MS, o planejamento governamental em saúde, no âmbito federal, no período em análise, pautou suas ações em 15 diretrizes políticas, a saber: 1 – Respeito à cidadania universal; 2 – Novo modelo de atenção à saúde; 3 – Organização e administração do sistema; 4 – Descentralização; 5 – Desenvolvimento de recursos humanos; 6 – Informação em saúde; 7 – Participação social; 8 – Relações entre os setores público e privado; 9 - Intercomplementaridade setorial; 10 – Tecnologia de alta complexidade; 11 – Financiamento setorial; 12 – Ciência e tecnologia em saúde (medicamentos; soros e imunobiológicos; sangue e hemoderivados; pesquisa e biotecnologia e equipamentos biomédicos); 13 - Condições ambientais e sanitárias; 14 – Cooperação técnica; e 15 – Comunicação social.

Nesse aspecto, a análise do documento aponta que das 15 diretrizes políticas estabelecidas no plano quinquenal, nenhuma foi contemplada em sua totalidade no PPA (1991/1995), o que reflete a ausência de relação entre os instrumentos do planejamento governamental de responsabilidade do MS com o planejamento governamental federal. Para fins de aproximação, é possível considerar que duas diretrizes foram contempladas parcialmente no PPA (1991/1995). 1) Ciência e tecnologia em saúde (medicamentos; soros e

⁹¹ No período de vigência do Plano Quinquenal de Saúde 1990/95, o Ministério da Saúde tinha como missão “coordenar e liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades, prolongando e melhorando a qualidade de vida de todo o povo brasileiro e contribuindo para o desenvolvimento nacional” (BRASIL, 1991d, p.7)

⁹² Assumiu o cargo de Ministro da Saúde no início do governo Collor (15/03/1990), permanecendo na função até o dia 24/01/1992.

imunobiológicos; sangue e hemoderivados; pesquisa e biotecnologia e equipamentos biomédicos), contemplado parcialmente no subprograma “produtos profiláticos e terapêuticos”; e 2) Condições ambientais e sanitárias, contemplado parcialmente no subprograma “Vigilância Sanitária”.

Por fim, como parte integrante do plano quinquenal, foram estabelecidos três grandes componentes para serem trabalhados como estratégia central na obtenção dos resultados enunciados nas diretrizes políticas. O primeiro é o componente jurídico, referente a situação dos marcos-estruturais jurídicos-legais; o segundo é o componente institucional, referente à implantação da nova estrutura para garantir os princípios da descentralização; e o terceiro é o componente operacional, ao qual refere-se a reorganização dos serviços de saúde, na lógica do atendimento às necessidades da população em todos os níveis de atenção.

Desse modo, é possível concluir que o Plano quinquenal de saúde, foi apresentado oficialmente, pelo Ministério da Saúde, a partir de um discurso totalmente voltado para a defesa da ampla reforma sanitária e da garantia dos princípios constitucionais que conduziram o processo de implantação do SUS. Entretanto, contrário à esse discurso, a “forma autocrática de governo” (SALLUM, 2003) na condução das políticas de saúde seriam lembradas por dificultar o processo de implantação do SUS.

Na prática política, houve uma explícita tentativa de bloqueio às conquistas dos direitos sociais, neles o direito à saúde, inscrito na CF/88. Se por um lado havia uma determinação constitucional centrada na construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime; por outro lado, o que se constatava em cada decisão do governo federal era o fortalecimento das ideias neoliberais voltados para a construção de um Estado mínimo. Daí o porquê não ser possível apontar comprometimento do governo com as demandas do movimento sanitário e com a implementação do projeto social da saúde.

No contexto das bases jurídicas normativas, seria editada pela Portaria nº 234, em 07 de fevereiro de 1992, a NOB-SUS 01/92, que no conjunto do seu conteúdo, apresentaria alguns avanços em relação a NOB-SUS anterior, o que não significa dizer que houve inovações substanciais. Dentre os avanços, destacou-se a questão dos recursos⁹³ financeiros que passaram a compor as receitas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e a criação de dois

⁹³ A NOB-SUS 01/91 além de criar o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), estabeleceu que os recursos para custeio da máquina administrativa seriam alocados centralmente no INAMPS, com o objetivo de financiar programas especiais e investimentos.

fatores de estímulos⁹⁴ financeiros: o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE).

Para Santos e Andrade (2007), ao incorporar em sua regulamentação as ações de promoção, proteção e recuperação, enquanto caminhos para a garantia da integralidade da atenção à saúde, a NOB-SUS 01/92 apresentava avanços conceituais na questão da **gestão** e do **planejamento**, mas o grande problema é que ela não chegou a sair do papel. Importante dizer que o planejamento descrito na NOB-SUS 01/92, desenhado para ser desenvolvido através de uma metodologia participativa, foi proposto como um processo ascendente, permanente e dinâmico, de competência das três esferas de governo, constituindo-se em uma base para execução, acompanhamento, avaliação, controle e gerência dos sistemas de saúde.

Além deste aspecto, em um momento político definidor para reafirmação do modelo da reforma sanitária, no ápice das acusações de corrupção contra o presidente Collor, merece destaque a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), entre os dias 9 à 14 de agosto de 1992. Convocada pelo Ministro da Saúde Adib Jatene, a conferência, sob o tema “*Saúde: municipalização é o caminho*” representou um processo de intensa participação da sociedade na luta para que os caminhos livres e democráticos do direito à saúde pudessem ser garantidos.

Em editorial publicado na revista *Cadernos de Saúde Pública*, Paulo Marchiori Buss⁹⁵, assim descreveu sobre a conferência:

Chegamos, assim, à conjuntura da IX Conferência Nacional de Saúde com uma série de indagações a respeito do processo vivido e vindouro. Trata-se de um momento de inflexão de todo processo social e político dos últimos anos, batizado de Reforma Sanitária e que terá um momento muito importante na IX Conferência. Essa conferência tem a tarefa de tomar os parâmetros já definidos por todo processo da Reforma – incluindo os textos legais – e apontar políticas e medidas concretas destinadas à superação das questões de saúde que fazem parte do dia-a-dia do cidadão, que hoje está saturado dos discursos e de conquistas de leis que não mudam de fato a sua qualidade de vida (BUSS, 1991, p.299)

Esse era o sentimento apontado por muitos daqueles que lutavam para reafirmar as conquistas sociais consagradas na CF/88. E, foi neste clima de coletividade, mesmo em

⁹⁴ Tanto o FEM quanto o FEGE não saíram do papel.

⁹⁵ Médico formado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 1972. Desde 2005, ocupa uma cadeira como Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. Na época em que escreveu o editorial era Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), cargo que ocupou por duas vezes (1989-1992 e 1998-2000).

contexto adverso, que a 9ª CNS conseguiria formular e aprovar propostas coletivas centradas nas demandas sociais. Além disso, a conferência em seu relatório final, após viabilizar negociações em torno das questões polêmicas, apontaria três grandes vertentes: 1) Reafirmação do texto constitucional, frente às ameaças de retrocesso às conquistas sociais; 2) Reafirmação do Sistema Único de Saúde (financiamento, recursos humanos e controle social), com urgência na implementação da LOS, especialmente em relação ao controle social; ao repasse de recursos financeiros e a descentralização; 3) Debate intenso sobre as crises do Estado e do Governo, responsáveis pela ingovernabilidade (RF 9ª CNS, BRASIL, 1992, p.7).

Mesmo nesse contexto de crise ética, política e econômica, a 9ª CNS conseguiria produzir um Relatório Final indicando o caminho a ser seguido pela sociedade brasileira. Nesse sentido, as recomendações foram traduzidas em três pontos centrais: 1) uma defesa: GARANTA-SE A CONSTITUIÇÃO; 2) uma certeza: CUMPRA-SE A LEI E IMPLANTE-SE O SUS e; 3) um desabafo indignado: CARTA DA IX CNS À SOCIEDADE BRASILEIRA, intitulada “**em defesa da vida e da ética: FORA COLLOR!**” (RF 9ª CNS, BRASIL, 1992). Portanto, a 9ª CNS “simbolizou a aglutinação de um movimento diverso e heterogêneo em torno de objetivos comuns de uma sociedade eticamente estruturada e socialmente justa e equânime” (FALEIROS, *et.al.*, 2006, p.212).

Seguindo os caminhos apontados pela 9ª CNS, a análise sobre a implantação dos instrumentos normativos e reguladores que conduziram ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde ganhou um novo olhar a partir do momento em que o, então, Ministro da Saúde [Jamil Haddad], por meio da Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993, editou a NOB-SUS 01/93. Símbolo das respostas às pressões desencadeadas pelo movimento municipalista em defesa dos direitos sociais, e em específico dos direitos à saúde, esse instrumento destacou-se, entre outros motivos, por ter sido o primeiro a ser editado pelo MS sem a participação do INAMPS e, por estabelecer os parâmetros que garantiriam a descentralização dos sistemas de saúde, dando condições para que os inúmeros conflitos intergovernamentais pudessem ser conduzidos para uma possível superação.

As descrições apresentadas até o momento, apontam que na análise da importância dos vários instrumentos normativos editados no período de governo Collor/Itamar, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde contou com uma forte e decisiva indução estratégica da União, com a intenção de construir bases para uma descentralização alicerçada centralmente no governo federal e atrelada aos mecanismos de financiamento.

Diante disso, infere-se que com a extinção do INAMPS, o MS torna-se a única autoridade sanitária no nível federal. Com isso, a lógica do financiamento da saúde, que inicialmente estava baseada na capacidade instalada dos serviços e, sequencialmente no estabelecimento de novos mecanismos de transferência de recursos, começou a concentrar-se no processo de descentralização administrativa, desenvolvendo-se e criando possibilidades de transferência regular e automática “Fundo à Fundo” para municípios que de forma gradativa e mediados por instrumentos de transição e habilitação começassem a assumir a “Gestão Plena do Sistema”.

Como se pode observar, com exceção da NOB 01/92, que na prática não foi implementada oficialmente, todos os demais instrumentos normativos reguladores dos sistemas de saúde, se eximiram da responsabilidade de incorporar conteúdos sobre o Planejamento Governamental em Saúde.

5.4 O Plano Plurianual (1991-1995)

O presidente Collor sancionou através da Lei nº8.173 de 30 de janeiro de 1991 (BRASIL, 1991e), o primeiro Plano Plurianual (PPA), elaborado após a promulgação da Constituição (1988). Instituído para o quinquênio de 1991 à 1995, o PPA em seu Art. 1º, **“estabelece, para o período, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas”**⁹⁶ da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada” (BRASIL, 1991e).

Esse plano, elaborado com o fim precípuo de realizar as determinações constitucionais previstas no Art. 165, aduziu na forma de anexo à lei, as diretrizes e os objetivos gerais; as diretrizes e metas setoriais; a relação de projetos prioritários e os quadros das despesas (BRASIL, 1991e). Desse modo, apesar do caráter pioneiro que lhe conferiu marco institucional e de seu caráter legal, decorrente do cumprimento dos preceitos contidos na Constituição, o PPA não passou de uma limitada “carta de intenção”, regida pela lógica de um Planejamento Normativo Tradicional, apresentando um caráter genérico do **“orçamento**

⁹⁶ Fica estabelecido para cumprimento das disposições constitucionais, as seguintes concepções: DIRETRIZES – conjunto de critérios de ação e de decisão que deve disciplinar e orientar os diversos aspectos envolvidos no processo de planejamento; OBJETIVOS – resultados que se pretende alcançar com a realização das ações governamentais; METAS – especificação e quantificação física dos objetivos estabelecidos (BRASIL, 1991e).

plurianual de investimentos e das demais despesas exigidas, sem nenhum nexos com as intenções anunciadas” (GARCIA, 2012, p. 436).

Conforme o PPA 1991-1995, a meta dos componentes da política social era a satisfação das necessidades pela via do mercado.

(...) a meta prioritária no que toca ao social: dar condições aos indivíduos para que, graças à melhor qualificação, possam desenvolver seu potencial produtivo, garantindo, dessa forma, emprego e remuneração condignos. Políticas sociais de cunho assistencialista são indispensáveis em determinadas situações; no entanto **o que se busca é a crescente satisfação das necessidades sociais por via de mercado. Nesse sentido mais amplo, o grande instrumento de política social assenta-se na retomada do dinamismo econômico** (PPA 1991-1995, BRASIL, 1991e, p.29, itálico nosso)

Nos aspectos referentes à saúde, setor afetado pelas crises econômicas persistentes, a situação apresenta-se bastante insatisfatória. Nesse sentido, o PPA 1991-1995 se propôs a buscar melhorias na prestação de serviços, tratando como meta prioritária a consolidação do SUS. Assim, divididos entre diretrizes, objetivos e metas, foram definidos os seguintes subprogramas, conforme Brasil (1991):

- Pesquisa Fundamental: Apoio ao desenvolvimento de pesquisa e aprimoramento de centros especializados.
- Pesquisa Aplicada: Promoção do desenvolvimento de processos e insumos básicos.
- Informação Científica e Tecnológica: Difusão do conhecimento técnico-científico
- Alimentação e Nutrição: Promoção de ações visando reduzir a desnutrição e as carências nutricionais em gestantes, nutrízes e crianças de até 36 meses.
- Assistência Médica e Sanitária: Aperfeiçoamento e ampliação do atendimento médico e hospitalar: promoção da autossuficiência no suprimento de sangue e derivados; fortalecimento da infraestrutura para prestação de serviços.
- Controle de Doenças Transmissíveis: Fortalecimento das ações de controle e erradicação de doenças transmissíveis.
- Vigilância Sanitária: Aperfeiçoamento e consolidação dos sistemas de controle de qualidade de medicamentos e correlatos, alimentos, sementes, cosméticos e da vigilância toxicológica.
- Produtos Profiláticos e Terapêuticos: Suprimento de medicamentos essenciais para o SUS; Promoção da autossuficiência na produção de imunobiológicos; e Divulgação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

- Abastecimento de Água: Promoção de sistemas públicos de abastecimento de água em localidades rurais.
- Saneamento Geral: Promoção de sistemas públicos de saneamento geral em localidades rurais.
- Sistema de Esgoto: Promoção de sistemas públicos de esgotamento sanitário em localidades rurais

Conforme descrito anteriormente, essas diretrizes não contemplavam as diretrizes políticas estabelecidas pelo Plano Quinquenal da Saúde 1991/1996 – “A saúde do Brasil novo”. Só esse aspecto é suficiente para demonstrar a falta de integração entre os órgãos do governo no momento da construção do Plano Plurianual para o período em estudo.

Em síntese, na análise do período de governo Collor/Itamar, observa-se que apesar dos avanços jurídicos institucionais, especialmente com a criação das LOS nº 8080/90 e nº 8141/90, houve um processo de ameaças às conquistas sociais inscritas na CF/88.

Quanto ao planejamento governamental, no âmbito federal, os documentos formulados pelo Ministério da Saúde, acabaram se concentrando no Plano Quinquenal de Saúde, que no geral se resumiria a um documento contraditório, sem expressividade e elaborado, exclusivamente, para cumprir as determinações constitucionais. O fato de ter sido o primeiro plano elaborado pelo Ministério da Saúde, após a promulgação da CF/88, não foi suficiente para identificar em seu conteúdo, elementos capazes de apontar os caminhos para conduzir do processo de implantação do SUS. As contradições entre o discurso e a prática do planejamento governamental foi uma característica marcante do plano, que não conseguiu dar conta de garantir a participação integral da população brasileira; de alterar a rotina obsoleta do funcionamento dos serviços de saúde; de defender ações preventivas; de reconhecer as limitações dos recursos financeiros; e de construir um modelo gerencial capaz de nortear a gestão do Ministério da Saúde.

Para além desses aspectos, as informações em relação ao quadro da saúde, identificadas nos documentos analisados, demonstram que a política econômica recessiva e privatizante acabou conduzindo às políticas de saúde para uma vertente focalizadora. Neste caso, as decisões implementadas, em conformidade com a lógica neoliberal, conduziram o país para a instalação de um conjunto de mudanças institucionais, na contramão das conquistas sociais.

O clima de instabilidade passaria a ser uma constante no sistema de saúde, notoriamente evidenciado nas mudanças institucionais que vincularam o INAMPS com toda sua burocracia estatal ao MS, sob o princípio do comando único. Além disso, a análise dos primeiros instrumentos jurídicos [NOB-SUS 01/91 e NOB-SUS 01/93] apontam que as NO, eram apresentadas como instrumentos para operacionalização do SUS, atrelada à transferência de recursos financeiros, ou seja, existiam obstáculos a serem vencidos para a garantia dos direitos constitucionais.

Portanto, as descrições até aqui apresentados tendem a confirmar que a proposta de PGS, no âmbito federal, inscritas no Plano quinquenal de saúde e na Lei do PPA (1991/1995) seguiram o mesmo caminho do Planejamento governamental Federal, ou seja, não passaram de “planos”, únicos e exclusivos, para atender às determinações constitucionais. Na realidade, pode-se dizer que “as mudanças conceituais e organizacionais introduzidas em 1990 fizeram o planejamento governamental voltar aos anos 60” (GARCIA, 2000, p.10).

6 PERÍODO DE GOVERNO FHC (1995-2002)

A decisão de PLANEJAR é POLÍTICA, no sentido de que por intermédio da definição dos planos se alocam “valores” e objetivos junto com os “recursos” e se redefinem as formas pelas quais estes valores e objetivos são propostos e distribuídos. Assim, passa-se de um modo “tradicional” de definição de prioridades e distribuição de recursos, baseado, por exemplo, na esfera de influência (entre os Estados, os Partidos e a Administração) e nas continuidades do sistema político através do sistema eleitoral, para um modo “racional” de proceder, graças ao qual se diagnosticam as carências, se escolhem os objetivos e se definem os meios a serem empregados, segundo regras e procedimentos aceitos como razoáveis por um conjunto de técnicos (embora sirvam, obviamente, para a reorganização do sistema do poder em benefício de uns partidos, grupos e líderes contra outros) (CARDOSO, 2010, p.170).

6.1 Condições Político-Institucionais

Nas eleições gerais de 1994, em meio “a confusão popular frente à candidatura de FHC e suas relações sinérgicas com o Plano Real⁹⁷”, o ex-Ministro da Fazenda atingiu, já no primeiro turno, 54% dos votos válidos e vencendo o candidato da oposição [Luiz Inácio Lula da Silva] (FIORI, 1998, p.14). E, além disso, assumiu a função de concluir o projeto iniciado no governo anterior, demonstrando posição favorável à consolidação político-ideológica do projeto neoliberal. Nessa situação, FHC não apenas deixava de lado todo histórico de “idealismo reformista” construído enquanto intelectual acadêmico e político, mas principalmente acolhia para o País, a estratégia do Consenso de Washington⁹⁸, ajustada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), contribuindo assim, para um aprofundamento dos níveis de desigualdade e exclusão social (FIORI, 1998).

⁹⁷ “O Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilizar política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial” (FIORI, 1998, p.14).

⁹⁸ Expressão criada pelo economista britânico John Williamson. No entanto, após a reunião realizada em Washington, em novembro de 1989, com a presença de funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais (FMI, Banco Mundial e BID), convencionou-se denominar de Consenso de Washington “o programa de estabilização e reforma econômica” (FIORI, 1998, p.12).

Por isso, não surpreende, que antes mesmo de ser empossado Presidente, em pronunciamento de despedida⁹⁹ do Senado Federal, na sessão realizada no dia 14 de dezembro de 1994, FHC apresentava as estratégias do futuro governo, destacando como pontos fundamentais a opção por estratégias dirigidas para estabilidade macroeconômica, com a continuidade do Plano Real; abertura da economia ao mercado interno e externo; nova relação Estado-Mercado; avanço das privatizações das empresas estatais; agenda constitucional; reformas necessárias (do Estado, tributária e da previdência); capital estrangeiro; entre outros pontos.

É possível perceber em seu pronunciamento, a intenção de implantar um novo ciclo de desenvolvimento, inspirado nos modelos internacionais, preconizados pelo Consenso de Washington.

(...) mas a hora não é de congratulação apenas. É de pensar o futuro. De projetar, com a régua e o compasso da democracia, o tipo de país que queremos construir para nossos filhos e netos. E de colocar mãos à obra para vencer a distância entre o sonho e a realidade. Acontece que o caminho para o futuro desejado ainda passa, a meu ver, por um acerto de contas com o passado. Acredito firmemente que o autoritarismo é uma página virada na história do Brasil. Resta, contudo, um pedaço do nosso passado político que ainda atravanca o presente e retarda o avanço da sociedade. Refiro-me ao legado da Era Vargas, ao seu modelo de desenvolvimento autárquico e ao seu Estado intervencionista (...) E que a abertura de um novo ciclo de desenvolvimento colocaria necessariamente na ordem do dia os temas da reforma do Estado e de um novo modelo de inserção do País na economia internacional (DCN, seção II, 15/12/1994, p.9187, *itálico nosso*)

Aproximadamente quinze dias depois, FHC assumiria seu primeiro mandato, e em seu Discurso de Posse (DP), reafirmaria as intenções e perspectivas para os próximos anos, especialmente na questão do afinamento do discurso com base nas mudanças internacionais.

No mundo pós-Guerra Fria, a importância de países como o Brasil não depende somente de fatores militares e estratégicos, mas sobretudo da estabilidade política interna, do nível geral de bem-estar, dos sinais vitais da economia – capacidade de crescer e gerar empregos, a base tecnológica, a participação no comércio internacional – e, também, de propostas diplomáticas claras, objetivas e viáveis. Por isso mesmo, a realização de um projeto nacional consistente de desenvolvimento deve nos fortalecer crescentemente no cenário internacional. O momento é favorável para que o Brasil busque uma participação mais ativa neste contexto (...) É tempo, portanto, de atualizar nosso discurso e nossa ação externa, levando em conta as

⁹⁹ O pronunciamento de despedida da sessão realizada no dia 14/12/1994, foi publicado no Diário do Congresso Nacional (Seção II) do dia 15/12/1994.

mudanças no sistema internacional e o novo consenso interno em relação aos nossos objetivos¹⁰⁰ (FHC 01/01/1995 – CARDOSO, 1995a, *itálico nosso*).

Os arranjos políticos de sustentação do projeto neoliberal, estabelecidos pelo governo FHC, garantiriam apoio do Congresso Nacional (CN) e formação de coalizões no governo (1995-2002) apontando para duas situações distintas. No primeiro mandato¹⁰¹, o presidente conseguiria ampliar a base aliada e conquistar maioria absoluta no CN, de tal modo que, nesse período, houve crescimento de 56,4%, em 1995, para 76,6%, em 1998, do apoio dos congressistas. Já no segundo mandato, a lógica foi inversa e, ano após ano, o governo diminuía sua base aliada, perdendo apoio dos congressistas, de 74,6%, em 1999, caiu para 45,1% em 2002 (MENEGUELLO, 2010).

O primeiro mandato de FHC (1995-1998) ficaria marcado não apenas pela consolidação do “Plano Real”, mas também pela ampla base de apoio no Congresso Nacional, oportunidade essencial para o governo promovesse as mudanças pautadas na receita neoliberal, desdobradas em um conjunto de reformas políticas e econômicas, na modernização do Estado, na “abertura comercial aos investimentos estrangeiros, a privatização, a terceirização, a implementação de parcerias com organismos da sociedade, a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado” (FALEIROS et.al.,2006, p.158).

Neste cenário, aponta-se que, as transformações operadas pelo governo além de privilegiar a lógica do capital internacional, promoveu o desmonte das políticas de garantia dos direitos sociais, produzindo resultados contrários ao pacto construído pela CF/88. Desse modo, nota-se que as ações do governo FHC, acompanharam a tendência mundial de transformação do papel do Estado. Tal quadro, entretanto, compreendido a partir do pensamento de Antunes (2004, p.46), pode ser assim descrito:

O país da Era FHC é hoje um país socialmente devastado. Desindustrializado, submisso ao sistema financeiro internacional, paraíso produtivo das transnacionais que frequentemente se apoderam dos recursos públicos dos estados, com exceção

¹⁰⁰ Discurso de Posse no Congresso Nacional, proferido pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) no dia 1 de janeiro de 1995. Disponível no site: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/discursos-de-posse/discurso-de-posse-lo-mandato/view>.

¹⁰¹ Meneguello (2010) aponta as seguintes coligações do governo federal, no primeiro mandato (1995-1998) de FHC: 1995 (PSDB – PFL – PTB – PMDB = 56,4%); 1996 (PSDB – PFL – PMDB – PPB = 77,0%); 1997 (PSDB – PFL – PMDB – PPB = 78,0%); 1998 (PSDB – PFL – PMDB – PPB – PPS – PTB = 76,6%). Já no segundo mandato (1999-2002), foram estabelecidas as seguintes coligações: 1999 (PSDB – PFL – PMDB – PPB – PPS – PTB = 74,3%); 2000 (PSDB – PFL – PMDB – PPB – PPS = 68,2%); 2001 (PSDB – PFL – PMDB – PPB = 62,0%); 2002 (PSDB – PMDB – PPB = 45,1%).

corajosa e louvável do Rio Grande do Sul de Olívio Dutra. Um país cujos índices de criminalidade nos insere em uma guerra civil despolitizada, conduzida pela criminalidade e pelo narcotráfico (...) FHC continua implementando uma pragmática profundamente destrutiva, cuja racionalidade econômica tem como resultante uma irracionalidade social completa (...)

Na busca pela adoção de um conjunto de reformas capazes de viabilizar a redução do Estado e ampliar as forças vinculadas do mercado, FHC criava em 1995, o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), responsável pela elaboração do Plano Diretor para a Reforma do Estado (PDRE)¹⁰². Esse plano pode ser compreendido como instrumento para descrever o papel do Estado, apresentando como escopo aumentar a governabilidade; consolidar a estabilidade econômica frente aos perigos da hiperinflação e assegurar o crescimento sustentado da economia (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Nesse sentido, o PDRE orientado pela proposta básica de estruturar uma administração pública gerencial em substituição a administração pública burocrática, procurou contemplar três aspectos: 1) ajuste fiscal; 2) programa de privatizações e 3) programa de publicização. No primeiro, o governo federal, se propôs a gastar menos do que arrecada [ajuste fiscal], e com isso, devolveu ao Estado a capacidade de definir e implementar políticas públicas. Para tanto, apostou na liberalização do comércio, abandonando as estratégias protecionistas de substituição das importações. No segundo aspecto, o governo federal transferiria para a iniciativa privada as atividades que poderiam ser controladas pelo mercado. Já no terceiro aspecto, transformaria as atuais fundações públicas em Organizações Sociais (OS)¹⁰³ e, com isso, transferem para o setor público não-estatal a execução dos serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas seriam subsidiados pelo Estado, a exemplo dos serviços de saúde (BRASIL, 1995a; BRESSER-PEREIRA, 1996).

No condição político-institucional, algumas medidas foram tomadas pelo governo, no sentido de promover melhorias do Estado brasileiro, são elas: 1) medidas de natureza macroeconômica; 2) medidas para redução do “Custo Brasil”; 3) programas e ações do “Brasil em Ação” (PPA 1996-1999); 4) plano de investimento do Avança Brasil no âmbito do

¹⁰² O Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida foi submetido ao Presidente da República para aprovação.

¹⁰³ “Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária” (BRASIL, 1995a, p.46).

Plano Plurianual de Investimentos e; 5) medidas relacionadas à Política Industrial (MOTTA, 2000).

Referente às medidas de natureza macroeconômica, as “reformas estruturais” fizeram parte da estratégia governamental, tendo sido implantadas de maneira parcial e sujeitas à questionamentos quanto à sua eficácia (MOTTA, 2000). O mesmo autor comenta que, a reforma na ordem econômica; a reforma tributária; a reforma da previdência; a reforma administrativa e a reforma patrimonial, tomaram grande parte da agenda legislativa durante o período de governo FHC. Já o “Brasil em Ação” foi um programa de investimento elaborado pelo Ministério do Planejamento com a finalidade de nortear as ações governamentais em diversas áreas. No caso da dimensão social, área da saúde, foram definidos investimentos para o Projeto Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e o projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)¹⁰⁴.

No período de governo analisado, as decisões sobre as políticas sociais (incluindo a saúde) e sobre a política de estabilização econômica, encontram-se de tal maneira vinculadas que, a segunda condiciona a primeira, ou seja,

dizendo-o claramente: a política social não foi concebida e apresentada, a crer nos documentos e informações, como substitutiva ou mesmo capaz de suprir todas as necessidades sociais, dramaticamente aumentadas pelo crescimento da pobreza, pelo desemprego e pela queda da renda. Ao contrário (...) sem qualquer ingenuidade, diga-se de passagem, a retomada do crescimento econômico foi definida como condição necessária da viabilidade e do sucesso do programa social, exatamente pela sua capacidade de gerar empregos e melhorar a renda das famílias. Em outros termos, a política social não foi entendida como capaz de, por si só, reverter as tendências socialmente negativas do ajustamento fiscal (DRAIBE, 2003, p.89, *itálico nosso*)

Desse modo, as políticas sociais propostas pelo governo FHC foram elaboradas e introduzidas em cumprimento aos contratos firmados com as agências internacionais como o FMI e o Banco Mundial, com restrições e/ou perdas dos direitos sociais, bem como através do racionamento dos gastos, focalização das ações pontuais e compensatórias, privatizações e

¹⁰⁴ “Iniciado em 1996, contou com cerca de 600 milhões de dólares disponibilizados, pelo governo federal e pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), para recuperação da rede física dos hospitais públicos e privados que prestam serviços ao SUS. Esses recursos possibilitaram que tais estabelecimentos de saúde comprassem equipamentos médico hospitalares, unidades móveis e realizassem obras de reforma, ampliação e conclusão de suas instalações. Parte desse montante também foi aplicado em projetos para a adequação da gestão desses estabelecimentos aos padrões gerenciais” (BRAGA, 2012, p.84).

redução da responsabilidade do Estado enquanto provedor dos direitos sociais (DRAIBE, 2003; BOITO JUNIOR, 1999).

Essa avaliação reforça a posição de que apesar dos avanços dos direitos mínimos, vitais à reprodução social, e de natureza jurídico-legal inscritos na CF/88, a implementação das políticas sociais estiveram condicionadas à combinação de fatores macroeconômicos e políticos, orientados em sua maioria, por políticas focalizadoras. Portanto, a agenda do governo FHC, no campo das políticas sociais, especificamente na área da saúde, apresentava um conjunto de restrições¹⁰⁵ geradas pela instituição da política macroeconômica.

6.2 Quadro da saúde e do planejamento governamental

Ainda enquanto candidato à presidência, nas eleições de 1994, em sua proposta de governo “Mãos à obra Brasil”, FHC apresentou um projeto de desenvolvimento da nação, propondo:

um modelo economicamente sustentado, em que o Brasil encontre formas próprias de manter, a longo prazo, o seu processo de desenvolvimento; **um modelo ambientalmente sustentável**, em que as preocupações com a ecologia estejam efetivamente presentes em todas as decisões; **um modelo de participação ativa na vida internacional**, de abertura para o mundo, que conduza o Brasil a procurar no sistema internacional oportunidades para a realização dos interesses nacionais e, fundamentalmente, **um modelo de justiça social onde o direito à vida com dignidade seja garantido** (CARDOSO, 2008, p.4)

Em relação ao setor saúde, o referido documento aponta que,

o compromisso do Governo Fernando Henrique é o de *criar as condições necessárias para a implantação e consolidação do SUS*, removendo os obstáculos que têm prejudicado o seu desenvolvimento. Isso significa reiterar *fidelidade aos mandamentos constitucionais da saúde como integrante da seguridade social*; da saúde como direito de todos e dever do Estado; da relevância pública das ações e dos serviços de saúde. E, ainda, *consolidar os princípios de organização do SUS*: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (CARDOSO, 2008, p.67, itálico nosso)

¹⁰⁵ Um exemplo é a questão do financiamento da saúde. “Esse problema foi apenas parcialmente equacionado com a criação da CPMF, em 1997, e, de modo mais consistente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em 2000”. No entanto, a demora da regulamentação da EC-29 gerou uma série de questões de interpretações que acabou por prejudicar sua implementação (IPEA, 2007, p.15).

Nesse quadro, pode-se observar que, o governo FHC ao mesmo tempo em que discursava defendendo a saúde e priorizando criar condições necessárias para implantação e consolidação do SUS, passou a promover ações no intuito de diminuir a presença do Estado no setor saúde, em conformidade com as recomendações do Banco Mundial, contidas no documento “Investir em Saúde” (1993) e da OPAS/CEPAL, contidas no documento “Saúde na Transformação Produtiva com Equidade” (1994). Observa-se que, apesar do cenário da saúde ter passado por algumas mudanças institucionais e gerenciais, o traço de continuidade das ações e políticas propostas pelo governo federal mantiveram-se preservados, especialmente porque FHC adotou as recomendações elaboradas pelas agências internacionais.

Nos limites deste estudo, referente ao setor saúde e ao processo de Planejamento Governamental em Saúde (PGS), no âmbito federal, aponta-se como acontecimentos¹⁰⁶ mais significativos do primeiro mandato (1995-1998) de FHC, a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a edição da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96). Já em relação ao segundo mandato (1999-2002), os acontecimentos mais significativos a serem destacados foram a realização da 11ª CNS, as edições da Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), bem como às publicações das Portarias nº 393/2001 (BRASIL, 2001a), nº 548/2001 (BRASIL, 2001f) e nº 373/2002 (BRASIL, 2002c).

No dia 04 de dezembro de 1995, o então presidente da República, convocava a 10ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰⁷ (CNS), por meio do decreto nº 1.727/1995 (BRASIL, 1995d). Com base no decreto, a conferência seria realizada no período de 12 à 16 de agosto de

¹⁰⁶ Destaca-se, no período de governo de FHC (1º e 2º mandatos), o crescimento do número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que passou de 724, em 1995, para 3.147, em 1998, elevando-se para 16.698, em 2002 (FALEIROS *et al*, 2006). É importante apontar que em 18 de dezembro de 1997, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria MS/GM nº 1.886 que “*aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)*”. Esta portaria foi revogada pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Em 21 de outubro de 2011, o Ministro da Saúde – Alexandre Rocha Santos Padilha – publica a **Portaria MS/GM nº 2.488**, revogando um conjunto de portarias, dentre as quais a portaria nº 648 e, “*aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*” (BRASIL, 2011a).

¹⁰⁷ A plenária da 10ª CNS, contou com a participação paritária de 1.260 delegado, eleitos na etapa Estadual, mais 351 convidados e 1.341 observadores. Durante sua realização, os participantes tiveram a oportunidade de discutir e deliberar sobre seis grandes temas: 1) “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”; 2) “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”; 3) “Controle Social na Saúde”; 4) “Financiamento da Saúde”; 5) “Recursos Humanos para a Saúde”; e 6) “Atenção Integral à Saúde” (BRASIL, 1996c).

1996, tendo como tema central “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. No entanto, o período de realização da conferência foi alterado para 2 à 6 de setembro de 1996, conforme publicação do decreto nº 1.841 de 21 de março de 1996.

É interessante assinalar que no dia 02/09/1996, ou seja, no dia da abertura oficial da 10ª CNS, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Portaria nº 1.742/96¹⁰⁸ (BRASIL, 1996a), em que o Ministério da Saúde (MS) aprovaria preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB-SUS), na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população. Essa iniciativa do MS, não foi bem acolhida pelos participantes da conferência pelo fato de seu conteúdo não ter sido discutido previamente, com isso, houve uma manifestação que culminou com o registro de uma carta com conteúdo incisivo em relação à imediata revisão textual. O resultado final desse impasse foi a publicação de uma segunda versão da NOB-SUS 01/96, conforme definido na Portaria nº 2.203/1996 (BRASIL, 1996b), publicada na véspera da exoneração do Ministro Adib Jatene, no dia 06/11/1996 e, que trouxe na sua apresentação a informação de que a NOB-SUS 01/96 foi o “resultado de amplo e participativo processo de discussão” (BRASIL, 1996b, p.5).

Editada pelo Ministério da Saúde (MS) e instituída pela Portaria nº 2.203¹⁰⁹ de 05 de novembro de 1996, a NOB-SUS 01/96 redefine o modelo de gestão do SUS, trazendo como tema central “Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. A nova configuração da gestão e da organização dos sistemas de saúde voltou-se para a definição de estratégias e movimentos táticos que passam a orientar a operacionalidade do SUS, com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício do poder na função de gestor da atenção à saúde. Além disso, essa norma operacional, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹¹⁰, como um novo elemento do processo de planejamento em saúde.

Percebe-se, em relação a habilitação da gestão estadual e municipal, inscritas na NOB-SUS, algumas contribuições para o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde e, à transferência de recursos por programas federais, a partir da definição dos critérios de repasse definidos em regras explícitas. Com isso, é possível identificar uma centralização

¹⁰⁸ Portaria assinada no dia 30 de agosto de 1996, ou seja, três dias antes da abertura da 10ª CNS.

¹⁰⁹ Publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 216 do dia 06 de novembro de 1996, seção I, p.22932-22940.

¹¹⁰ “é o instrumento de gestão por meio do qual, com base no Plano Diretor de Regionalização, se programam as ações que serão realizadas, uma vez que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas quando da elaboração dos Planos de Saúde” (BRASIL, 2002b, p.19).

decisória do MS, demonstrando que o governo federal, passou a assumir um papel de destaque no processo de descentralização, posicionando-se como indutor das políticas de saúde no interior dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a partir da definição de regras para descentralizar com base em mecanismos e incentivos financeiros.

Nesse contexto, foi realizado em Brasília, de 15 à 19 de dezembro de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), contando com a participação ativa de aproximadamente 2.500 delegados, que coletivamente discutiram em grupos de trabalho o tema “*Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*”. A expectativa que se criou com a realização da 11ª CNS, demonstrou que a aprovação do Relatório Final representou a inclusão de mais um instrumento na luta pelos avanços da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado, das pessoas, das famílias, das comunidades, das empresas, enfim de toda a sociedade brasileira.

A carta da 11ª CNS reafirmou o desafio de avançar na “transição de um Sistema desintegrado e centralizado para um outro, com comando único em cada esfera de governo” (RF 11ªCNS – BRASIL, 2001b). Destacou, ainda, a emergência em fortalecer o movimento contra-hegemônico ao modelo político-econômico predominantemente excludente do governo FHC que insistia em privilegiar a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais, agravando cada vez mais a falta de qualidade de vida e de saúde na população brasileira. Nesse aspecto, a Carta demonstrava o posicionamento contrário às políticas adotadas pelo governo de FHC:

Nosso País está submetido a um *conjunto de medidas do rigoroso programa de ajuste fiscal*, dentre as quais destacamos: a) a redução e reorientação dos gastos públicos em prejuízo das demandas sociais, buscando cumprir orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI); b) *redução do Estado, com privatização de empresas e serviços públicos*; c) *diminuição da proteção social por meio da precarização das relações de trabalho* (RF 11ªCNS – BRASIL, 2001b, p.12, itálico nosso).

Nos aspectos referentes ao PGS, os participantes da 11ª CNS exigiram que todos os níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal – apresentassem, como estratégia para efetivação do SUS, o Plano Anual de Saúde, a ser apreciado e deliberado pelos respectivos Conselhos de Saúde, com a participação da sociedade nas discussões. Acrescente-se à essa questão o fato de que os participantes da conferência aprovaram “propostas que visam a *inclusão dos Conselhos no processo de planejamento e execução orçamentária* da esfera de

governo ao qual estão vinculados, reafirmando o caráter deliberativo de suas funções” (RF 11ªCNS – BRASIL, 2001b, p.69, *itálico nosso*).

Um dos aspectos da falta de rumo das políticas de saúde, apontados no Relatório Final da 11ª CNS, refere-se a não existência de um Plano Nacional de Saúde (PNS). E, ainda, a excessiva dependência dos Estados e Municípios à União, induzidos pelos mecanismos de financiamento demonstra uma postura normativa, verticalizada e centralizadora do Ministério da Saúde em relação aos demais entes federativos.

Com relação ao controle social e sua responsabilidade perante o PGS, as indicações propostas para a próxima conferência [12ªCNS] apontaram para a utilização de documentos preliminares de políticas, a exemplo dos Planos de Saúde, como instrumentos que pudessem contribuir com a ampliação e a qualidade dos debates. Dentre as propostas mais específicas, destacaram-se:

(...) Fazer cumprir as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde que definem a formação de conselhos gestores (...) *Recomenda-se que, para a próxima Conferência Nacional de Saúde, seja disponibilizado para discussão o Plano Nacional de Saúde* (...) Garantir que a Conferência Nacional de Saúde *construa e aprove as diretrizes de um Plano Nacional de Saúde, que estabeleça estratégias e metas em Saúde para o País* (...) Resgatar as propostas das Conferências de Saúde já realizadas (...) Estabelecer, em relação à 11ª CNS, a criação de uma comissão para monitoramento do cumprimento de suas deliberações, *assim como a inclusão das mesmas nos Planos de Saúde*, e a sua devida divulgação, para estimular a participação das comunidades em relação aos projetos que as beneficiem (RF 11ªCNS – BRASIL, 2001b, p.75, *itálico nosso*).

Desse modo, os participantes da 11ª CNS apontaram um conjunto de recomendações necessárias para o processo de construção do SUS, especialmente no que se refere ao planejamento em saúde. Sobre essa questão, a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) foi indicada para orientar as ações de todas as áreas, alicerçado nos princípios do SUS e redigido em linguagem acessível para qualquer cidadão. Tais características sinalizam para a importância do processo de planejamento no fortalecimento das capacidades gestoras do SUS e na condução das ações e dos serviços de saúde nas três esferas de gestão.

O Ministro da Saúde [José Serra] por meio da Portaria nº 95¹¹¹ de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001c), aprovaria a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS

¹¹¹ Publicada no Diário Oficial da União nº 20-E, Seção 1, de 29 de janeiro de 2001.

01/2001)¹¹². Aproximadamente um ano após a publicação deste instrumento jurídico normativo, o Ministro interino da Saúde [Barjas Negri] cessou os efeitos da Portaria n° 95/2001 e aprovou, em seu lugar, no dia 27 de fevereiro de 2002, a Portaria n° 373/2002 (BRASIL, 2002c), que dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002¹¹³.

Com base neste documento, observa-se uma necessidade em fortalecer o processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; em ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; em criar mecanismos para ampliar e fortalecer a capacidade de gestão do SUS; e em proceder à atualização dos critérios de habilitação dos Estados e Municípios (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2002c).

A regionalização, com ênfase no planejamento territorial, assumiu um papel de destaque como estratégia assistencial em busca de maior equidade. Nesse caso, esse processo deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, de modo a garantir o acesso dos “cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2002c). Para tal, a NOAS-SUS destacou três grupos de estratégias: 1) Elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR); 2) Fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e; 3) Atualização dos critérios de habilitação e criação dos critérios de desabilitação (BRASIL, 2002c).

Em relação ao primeiro grupo de estratégias, elaborou-se o PDR, que enquanto um instrumento de planejamento regional, procurou ordenar o processo de regionalização da assistência à saúde, em cada Estado e no Distrito Federal. Assim, O PDR deveria expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e, otimização de recursos (BRASIL, 2009b).

¹¹² A construção deste instrumento normativo, contou com a participação do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde. Uma vez que a NOAS-SUS 01/2001 foi substituída pela NOAS-SUS 01/2002, antes mesmo de avançar no seu processo de implantação, optou-se para esse estudo, a utilização da terminologia NOAS-SUS.

¹¹³ A NOAS-SUS 01/2002 foi **alterada** pela Portaria GM/MS n° 385/2003, publicada no DOU do dia 07/04/2003 e pela Portaria GM/MS n° 321/2007, publicada no DOU do dia 09/02/2007. Além disso, foi **revogada parcialmente** pela Portaria GM/MS n° 1.734/2004, publicada no DOU do dia 23/08/2004 e **REVOGADA TOTALMENTE** pela Portaria GM/MS n° 1.580/2012, publicada no DOU do dia 20/07/2012.

Já o fortalecimento da capacidade gestora do SUS, compreendeu um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores (BRASIL, 2001d, p.15).

Quanto aos critérios de habilitação, a NOAS-SUS atualizaria as condições de gestão, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores Estaduais e Municipais. Nesse caso, ficariam definidas duas modalidades de habilitação para os Municípios, sendo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e, duas modalidades para os Estados, sendo a Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). Ao habilitar-se, os Estados e Municípios assumiram compromissos perante outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002c). Destaca-se ainda, a possibilidade dos entes federativos serem desabilitados, caso ficasse comprovado o descumprimento das responsabilidades assumidas e/ou das exigências mínimas impostas pela NOAS-SUS, para cada forma de gestão.

Ao dar continuidade ao processo de descentralização, com ênfase na regionalização, e pretendendo reformular e aprimorar os instrumentos de gestão¹¹⁴ do SUS ligados ao planejamento, o MS instituiu, no dia 29 de março de 2001, por meio da Portaria nº 393/2001 (BRASIL, 2001e), a Agenda Nacional de Saúde¹¹⁵, a qual determina seis eixos prioritários de intervenção para o ano de 2001, a saber: 1) redução da mortalidade infantil e materna; 2) controle de doenças e agravos prioritários; 3) reorientação do modelo assistencial e descentralização; 4) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; 5) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e 6) qualificação do controle social (BRASIL, 2001d).

A agenda de saúde constituiria a etapa inicial do processo de planejamento da gestão em saúde, sendo elaborada destacando os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da política de saúde. Desse modo, anexo à Portaria nº

¹¹⁴ São mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todas as suas esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal. Dentre os principais instrumentos ligados ao planejamento em saúde, destacam-se: agenda de saúde; plano de saúde; quadro de metas; relatório de gestão; Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2002c).

¹¹⁵ São instrumentos fundamentais para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil, definindo os eixos prioritários no processo de planejamento em saúde (BRASIL, 2002c).

393/2001, foram estabelecidos um conjunto de objetivos e indicadores para o acompanhamento dos referidos eixos prioritários de intervenção.

Tendo em vista a divisão de responsabilidades produzidas pela NOAS-SUS, juntamente com outros dispositivos normativos, a exemplo da Emenda Constitucional¹¹⁶ (EC) nº 29 e da Lei de Responsabilidade Fiscal¹¹⁷ (LRF), tornou-se necessário a elaboração de novos instrumentos de gestão para o SUS. Assim, em 12 de abril de 2001, o Ministro interino da saúde [Barjas Negri], publicou a Portaria nº 548/2001 (BRASIL, 2001f), aprovando o documento “*orientações gerais para elaboração e aplicação da Agenda de Saúde; do Plano de Saúde; do Quadro de Metas; e do Relatório de Gestão, como instrumentos de gestão do SUS*”.

A despeito da Portaria nº 548/2001, evidencia-se que seu objetivo fundamental seria potencializar o uso dos instrumentos ligados ao planejamento, como ferramenta efetiva de gestão do SUS. Conforme registrado, já em sua introdução:

É preciso desenvolver rotinas de monitoramento e de avaliação de desempenho das atividades previstas na PPI e nos planos de saúde. Dessa forma, pode-se obter um diagnóstico analítico para desenvolver estratégias e iniciativas de tomada de decisões, fortalecendo as capacidades de planejamento e de organização de sistemas estaduais, regionais e municipais sem perder de vista a desejável flexibilidade e o incentivo à criatividade na gestão do sistema (Pt nº548/01, BRASIL, 2001f, p.2)

A leitura e análise deste documento, apontaria os instrumentos de gestão como racionalizadores do processo de planejamento em saúde em todas as esferas de governo. Nesse sentido, os referidos instrumentos seriam balizados por alguns princípios¹¹⁸, dos quais merece destaque, para fins deste estudo, o princípio da sintonia com o Plano Plurianual (PPA), ilustrado no fragmento a seguir:

¹¹⁶ Editada em 13 de dezembro de 2000, a Ec-29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF/88. Com o objetivo fundamental de garantir recursos financeiros mínimos para as ações e os serviços de saúde realizados no âmbito do SUS, teve suas diretrizes aprovadas pela Resolução nº 316, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 4 de abril de 2002 (BRASIL, 2000a).

¹¹⁷ Em vigor desde 5 de maio de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), é uma Lei Complementar (nº 101/2000) que, regulamentando o artigo 163 da Constituição Federal, estabelece as normas orientadoras das finanças públicas no País. Objetiva aprimorar a responsabilidade na gestão fiscal dos recursos públicos, por meio de ação planejada e transparente que possibilite prevenir riscos e corrigir desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas (KHAIR, 2000).

¹¹⁸ Conforme a Portaria nº548/2001, os princípios são: a) Normatização; b) Objetividade; c) Sintonia com o Plano Plurianual para o quadriênio 2000-2003; d) Definição de Indicadores de Saúde e; e) Alcance e Adequação aos Sistemas de Informação em Saúde (BRASIL, 2001f).

(...) Sintonia com o Plano Plurianual para o quadriênio 2000-2003: os novos instrumentos de planejamento, de programação e de prestação de contas e seus conteúdos estão sintonizados com as metas mais gerais do Governo Brasileiro, traduzidas e difundidas amplamente através do Plano Plurianual 2000-2003 PPA (Pt nº 548/2001, BRASIL, 2001f, p. 3)

Seguindo a lógica da construção do PGS dirigido para o cumprimento das exigências legais vinculadas ao recebimento de recursos financeiros, é possível sinalizar que no processo de elaboração dos instrumentos de gestão, ficou evidente sua “vinculação com o processo de elaboração das propostas orçamentárias (...) de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais” (BRASIL, 2001f, p.3).

6.3 Os PPAs no governo FHC: PPA 1996-1999 e PPA 2000-2003

A experiência de construção do PPA (1991/1995), elaborado com o objetivo de cumprir as determinações legais inscritas na CF/88, reinseriu a imagem do planejamento governamental no rol dos instrumentos que representavam apenas documentos formais, minimizando a importância da construção do plano enquanto elemento estratégico no estabelecimento das ações governamentais. Nessa circunstância, era evidente a ineficácia do plano, muito mais centrado na teoria e em nomes “pomposos e sem substância” (GARCIA, 2000), do que na indicação prática de como seriam realizadas suas intenções.

Observa-se neste período que a vitória de FHC nas eleições para Presidente da República, e a nomeação de José Serra¹¹⁹ para Ministro do Planejamento, poderiam representar a possibilidade de construção do PPA (1996/1999) diferente do anterior. No entanto, a análise apontou que apesar de apresentar uma construção textual bem elaborada, há uma nítida continuidade dos planos anteriores, muito próxima dos Orçamentos Plurianuais de Investimentos (OPI) descritos na Lei nº 4.320/64, constituindo-se como um planejamento orçamentário. Na prática, apesar do discurso ambicioso inserido no PPA (1996/1999),

¹¹⁹ Economista e político brasileiro, José Serra, por três oportunidades teve seu nome cogitado para assumir o Ministério da Fazenda, tendo sido preterido todas as vezes, respectivamente, por Dílson Funaro, em 1985; por Luís Carlos Bresser Pereira, em 1987; e por Pedro Malan, em 1995. Já em 1991, foi convidado pelo Presidente Fernando Collor para assumir o Ministério da Fazenda, mas recusou ao convite. Em 1995, indicado pelo presidente FHC, aceitou assumir o Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), tendo sido responsável, dentre outras ações, por desenvolver e implantar o programa “Brasil em Ação”.

observa-se sua limitação à qualidade de documento formal, elaborado para atender às exigências constitucionais, tendo sua importância reduzida, em obediência ao receituário hegemônico neoliberal presentes no período em análise.

É possível, ainda, sinalizar que o plano foi marcado pela priorização do processo de estabilização econômica. Essa lógica ao integrar o planejamento das políticas sociais (nelas incluídas as políticas da saúde), às Leis Orçamentárias, dificultou a toma de decisão do gestor, tendo em vista que os aspectos financeiros tornam-se prioritários em relação à garantia dos direitos sociais. Em síntese, essa situação indica, quando nada, o caráter economicista e normativo do PPA (1996/1999).

O discurso¹²⁰ do presidente FHC, no dia 05 de setembro de 1995, durante a apresentação do PPA que estava sendo encaminhado ao Congresso, registrou as intenções do governo:

(...) estamos empenhados, por um lado, na manutenção da meta de estabilização econômica, do controle da inflação. Isso é fundamental e hoje é consensual no Brasil. Mesmo as pessoas que no início do programa de estabilização fizeram um diagnóstico errado, imaginando que estaríamos simplesmente fazendo um programa de muito curto fôlego, que traria recessão, desemprego e concentração de renda, já perceberam que não foi assim, que o nosso programa de estabilização produziu a maior distribuição de renda já havida na história do Brasil (...) Todo conjunto de propostas apresentadas no Plano Plurianual está partindo do pressuposto de que nós vamos manter a estabilização, quer dizer, a economia crescendo com a inflação controlada (FHC, 05/09/1995 – CARDOSO, 1995e, itálico nosso)

Esse fragmento do discurso remete a dimensão econômica do PPA (1996/1999), bem como a preocupação do governo ao apresentar um conjunto de propostas para manter a estabilização do Plano Real. Além disso, destacam-se as intenções do governo para a área social e, neste caso, o foco sobre a área de saúde pode ser ilustrado com as próprias palavras do presidente:

(...) Na área da saúde, por exemplo, nós estamos fazendo um grande esforço desde já, duplo. Primeiro, o de, sem recursos, financiar a saúde. Nós dobramos o financiamento da saúde nos últimos três anos. As metas que eu queria atingir, como candidato, na distribuição per capita dos recursos, vão ser superadas de longe pelo Ministro Jatene. Já começaram a ser superadas. Nós estamos fazendo um grande esforço em termos de recursos, e o Congresso sabe que ainda assim é insuficiente e que estamos precisando de mais recurso. Agora, recursos para quê? Não é só para a medicina curativa, é para a preventiva. E, nessa área, temos programas bem claros

¹²⁰ Discurso proferido pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) no dia 5 de setembro de 1995, durante a apresentação do Plano Plurianual 1996/1999. Disponível no site: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/discursos-1/1o-mandato>.

(...) que dizem respeito, primeiro aos agentes comunitários de saúde, ao médico de família, à questão das endemias, que têm de ser combatidas com mais vigor (FHC, 05/09/1995 – CARDOSO, 1995e, *itálico nosso*).

Em 9 de maio de 1996, FHC sancionou a Lei nº 9.276 (BRASIL, 1996d), instituindo o PPA¹²¹ para o quadriênio 1996/1999. O conteúdo da Lei estabeleceu as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital. Previstas no plano, as Diretrizes da Ação Governamental (DAG) foram organizadas em três estratégias: 1) construção de um Estado Moderno e eficiente; 2) redução dos desequilíbrios espaciais e sociais; e 3) modernização produtiva da economia brasileira (BRASIL, 1996d).

Devido à sua amplitude, as DAG se apresentavam como prioridades socioeconômicas a serem atingidas pelo governo, demonstrando “ser mais um conjunto de necessidades associado à vontade de superá-las” (GUIMARÃES FILHO, 1999). Para tanto, a função indicativa do planejamento, que se mostra contrário à perspectiva da construção de um plano que não se esgotaria em sua elaboração, deveria contribuir para garantia do aporte financeiro.

O PPA 1996/1999 sofreu as consequências da falta de comprometimento da equipe dirigente, uma vez que após a criação do programa “Brasil em Ação”, foram selecionados alguns projetos prioritários, considerados de maior impacto no desenvolvimento econômico e social, passando a serem executados segundo um novo modelo de gerenciamento (GARCIA, 2000).

Há de se destacar que a elaboração do PPA (1996/1999)¹²², teve como pressuposto a concepção do Estado “catalizador e estimulador do desenvolvimento, forte na regulação e fiscalização e ativo em seu papel de construir um país socialmente mais justo e especialmente mais equilibrado” (RODRIGUES, 1996, p. 4). O mesmo autor aponta que na elaboração do plano, tentou-se trabalhar com uma metodologia, organizada a partir de discussões entre

¹²¹ Por meio da Mensagem Presidencial nº410, de 1995, o projeto foi encaminhado para apreciação do Legislativo. No Congresso Nacional, formalizou-se como Projeto de Lei nº36, em 1995, tendo como relator o Deputado Osvaldo Coelho (GUIMARÃES FILHO, 1999). No dia 09 de maio de 1996 o projeto foi aprovado e instituído pelo Congresso Nacional através da Lei nº 9.276/96.

¹²² Nesse processo, a participação do legislativo se deu de maneira muito tímida, sendo que as proposições apresentadas em plenário voltaram-se centralmente para as questões orçamentárias, demonstrando uma preocupação do legislativo em “assegurar a compatibilidade do PPA com o plano orçamentário, ou seja, como se aquele fosse um plano de dotações orçamentárias” (GUIMARÃES FILHO, 1999).

diversos atores sociais¹²³. Nesse caso, a tentativa de trabalhar com bases no planejamento estratégico ficou limitada à elaboração do plano, já que na sua implementação, as diretrizes da ação governamental, passaram a orientar e definir as ações e os projetos setoriais, sendo que o governo federal desempenhava papel cada vez mais normativo e centralizador (RODRIGUES, 1996).

Foram definidos¹²⁴ que a aplicação dos recursos, na área social, seria direcionada para as regiões mais carentes do país. Assim, as ações do PPA (1996/1999) para a área social, demonstram o compromisso do governo federal apenas com as políticas direcionadas ao oferecimento de serviços públicos essenciais. Desse modo, com uma atuação governamental orientada para a redução das desigualdades sociais e uma preocupação com a seguridade social, as ações na área da saúde foram elaboradas com base nos seguintes objetivos:

(...) descentralização do SUS, incorporando pelo menos 10% dos municípios à condição de gestão semi-plena e 60% à condição de gestão parcial, recuperando a rede pública de serviços, reforçando a capacidade gerencial e estimulando novos modelos de gestão e de organização; aprimoramento da regulação das ações e serviços de saúde com o objetivo de incrementar a qualidade e proteger os usuários; diminuição em 50% da taxa de mortalidade infantil, segundo a estratégia definida pelo Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, compreendendo: promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança; promoção da vacinação de, no mínimo, 90% da população menor de 5 anos com vacina tríplice, BCG, antipoliomielite e anti-sarampo; redução da desnutrição, causa básica ou associada à grande parte dos casos de morte na infância, mediante o atendimento da população alvo (crianças desnutridas e gestantes em risco); implementação de ações de saneamento, visando proteger e melhorar as condições de vida e saúde, tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais mais carentes; reforço e modernização da área de vigilância sanitária; redução da incidência e prevalência de doenças transmissíveis, particularmente as endêmicas (BRASIL, 1996d, p.12)

Além disso, o PPA (1996/1999), em seu recorte da saúde, estabeleceu os objetivos e as metas regionalizadas para as seguintes ações: a) Informática; b) treinamento de recursos humanos; c) alimentação e nutrição; d) assistência médica e sanitária; d) vigilância sanitária; e) produtos profiláticos e terapêuticos; e f) saneamento geral (BRASIL, 1996d).

Nesse contexto, e considerando as discussões sobre os documentos de PGS, no âmbito federal, formulados pelo Ministério da Saúde (MS), destaca-se a publicação e divulgação do

¹²³ São representantes das Secretarias e Assessoria Econômica do MPO, da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE), da Casa Civil, do IPEA, do BNDES e do IBGE, cuja característica comum é a de terem por força do ofício, uma visão global da ação do governo e/ou da economia (RODRIGUES, 1996)

¹²⁴ Definições orientadas pelo diagnóstico inscrito no documento “O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar” (IPEA, 1993) e no relatório referente ao desequilíbrio econômico inter-regional, elaborado pela Comissão Mista do Congresso Nacional.

Plano de Ação do MS para o período de 1995/1999. Esse plano, além de ser um documento elaborado na perspectiva de garantir a visibilidade das intenções do MS, também procurou apresentar um elenco de orientações e medidas para nortear as ações do governo federal, no setor saúde para o período estabelecido.

A análise do documento permitiu identificar que as orientações e medias foram traduzidas em diretrizes políticas, representando um detalhamento do plano de governo de FHC, para o setor saúde; permitiu ainda, perceber que o plano de ação foi apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), durante as reuniões dos meses de maio, junho e julho do ano de 1995, tendo recebido, neste espaço coletivo, sugestões e recomendações que foram incorporadas ao projeto final.

Por fim, vale destacar que esse documento é formado por um conjunto de Planos de Ação dos Órgãos e Entidades vinculadas do Ministério da Saúde, com destaque para a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN); a Central de Medicamentos (CEME); a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS); a Fundação Nacional de Saúde (FNS); a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e a Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH).

Em decorrência da fragilidade do PPA, enquanto instrumento de planejamento governamental, limitado às concepções econômico-orçamentárias, é possível inferir que durante o período de governo FHC, o governo federal demonstrou certo conformismo frente a responsabilidade de alterar o modelo conceitual e metodológico para elaboração do PPA, bem como sobre a possibilidade de inclusão da sociedade civil no processo de elaboração do planejamento federal.

A confirmação da reeleição¹²⁵ de FHC não mudou o possível conformismo do governo em relação a inclusão da sociedade civil nos debates para elaboração do PPA. No entanto, o governo federal introduziria algumas alterações no modelo conceitual e metodológico para elaboração e execução do Plano Plurianual (PPA) e dos orçamentos da União.

No primeiro caso, a tentativa de equilibrar os aspectos econômicos, sociais e ambientais, fundamentados nos princípios do desenvolvimento sustentável, e a

¹²⁵ FHC (coligação: PSDB – PFL – PSD – PPB – PTB), foi reeleito Presidente do Brasil, no dia 04 de outubro de 1998, após vencer as eleições em primeiro turno, com 53,064% (35.936.382) dos votos válidos. Nesta eleição, da mesma forma que aconteceu nas eleições de 1994 e 1989, o candidato Luís Inácio Lula da Silva, ficou em segundo lugar, obtendo 31,711% (21.475.211) dos votos válidos.

compatibilização entre Plano e Orçamento, são algumas das inovações conceituais inscritas no PPA 2000/2003. Nos aspectos metodológicos, destacou-se a publicação do Decreto nº 2.829¹²⁶ (BRASIL, 1998b), de 29 de outubro de 1998, que estabeleceu as normas para elaboração e execução do Plano e dos Orçamentos. Neste caso, podem ser descritos como novidades: a organização das ações do governo federal; a estruturação de programas orientados por resultados; a integração das intervenções; a adoção de um modelo de gerenciamento¹²⁷; a avaliação física e financeira dos programas, projetos e atividades; a promoção, sempre que possível, da descentralização; entre outras (BRASIL, 1998a; GARTENKRAUT, 2002; ALMEIDA; AIHARA; BARROS, 2004).

Com base neste Decreto, “toda ação finalística¹²⁸ do Governo Federal deveria ser estruturada em programas orientados para a consecução dos objetivos estratégicos definidos para o período do plano” (BRASIL, 1998b). Dentro desta nova perspectiva, a atuação do governo federal, tomou como ponto de referência a identificação dos problemas a serem enfrentados, dando origem a um programa constituído predominantemente de ações continuadas contendo metas de qualidade e de produtividade a serem atingidas em um prazo definido (BRASIL, 1998b).

O Decreto também apontava que o programa passa a ser a unidade basilar da organização do PPA, devendo ser formulado contendo os seguintes itens: objetivos; órgão responsável; valor global; prazo de conclusão; fonte de financiamento; indicador que quantifique a situação que o programa tenha por fim modificar; metas correspondentes aos bens e serviços necessários para atingir o objetivo; ações não integrantes do Orçamento Geral da União (OGU) necessárias à consecução do objetivo; e regionalização das metas por Estado (BRASIL, 1998b).

A partir da formulação destas mudanças, o Ministro de Estado do Planejamento e Orçamento [Paulo Paiva], publicou em 12 de novembro de 1998, a Portaria nº 117/1998¹²⁹, na qual constam as orientações básicas e estabelecia os conceitos de função, entendido como

¹²⁶ Esse decreto “Estabelece normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União” (BRASIL, 1998b).

¹²⁷ Com base no Decreto nº 2.829/98, esse modelo compreende: “I – definição da unidade responsável pelo planejamento (...); II – controle de prazos e custos; III – sistema informatizado de apoio ao planejamento” (BRASIL, 1998b).

¹²⁸ “Aquela que proporciona bem ou serviço para atendimento direto a demandas da sociedade” (BRASIL, 1998b).

¹²⁹ Em 14 de abril de 1999, o Ministro de Estado do Orçamento e Gestão [Pedro Parente] publicou a Portaria nº 42/1999, contendo os mesmos conteúdos da Portaria nº 117/1998.

maior nível de agregação das diversas áreas que competem ao setor público; e de subfunção, uma parte da função, visando a agregar determinado subconjunto do setor público (Pt nº 117/1998, BRASIL, 1998a). Além disso, o entendimento de programas, projetos, atividades e operações especiais, são estabelecidos conforme descrito:

a) Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurados por metas estabelecidas no plano plurianual; b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do Governo; c) Atividade, um instrumento de programação para alcançar um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação do Governo; d) Operações Especiais, as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação sob a forma de bem ou serviço, representando, basicamente, o detalhamento da função “Encargos Especiais” (Pt nº 117/1998, BRASIL, 1998a).

No dia 31 de agosto de 1999, no Palácio do Planalto, FHC pronunciou seu discurso na cerimônia de apresentação do PPA 2000-2003 “Avança Brasil”, momento em que enfatizou:

Hoje, aqui, estamos diante de uma construção que não é um projeto de desenvolvimento no sentido simples, não é um plano de ação. É dar continuidade a um projeto de nação. Não se trata, obviamente, de imaginar que um projeto de nação se esgote num plano plurianual de investimentos ou com o título de Avança Brasil. Um projeto de nação é algo mais amplo do que isso. A nação é maior que o Estado. A nação é maior do que as atividades que o Estado pode desencadear. A nação é maior do que um orçamento ou do que muitos orçamentos. A nação é um sentimento que se concretiza no dia-a-dia, no cotidiano das pessoas; é uma visão que essas pessoas têm dentro de si, dos seus corações e das suas mentes, de imaginar um futuro para este país (FHC, 31/08/1999 – CARDOSO, 1999a, p.177).

A defesa do PPA 2000-2003 “Avança Brasil” concentrou-se na continuidade de um “projeto nação” e na ideia de que esse projeto representasse as respostas dadas pelo governo aos anseios de toda a sociedade brasileira, na busca pela construção do desenvolvimento da nação. Para tanto, apostou-se nos “programas” como nova forma de apresentar o orçamento, de modo que, ao estabelecer uma relação entre o desenho no plano e os respectivos orçamentos, seria possível reorganizar o processo de planejamento governamental à nível federal.

Na fala do presidente, os programas tem viabilidade concreta nos seus aspectos financeiros:

Serão programas gerenciados dentro do Estado com responsabilidades pessoais e específicas, como fizemos com o Brasil em Ação. Programas cujos recursos estão definidos, já se considerando a estabilidade como um valor necessário e essencial e, que, portanto já contém, na sua programação, a necessidade de um superávit primário para garantir que possamos continuar baixando as taxas de juros para abrir um horizonte de crescimento mais sustentado (FHC, 31/08/1999 – CARDOSO, 1999a, p. 178).

Nessa perspectiva, é possível assinalar que as modificações indicadas pelo governo permaneceram concentradas nos aspectos orçamentários e na busca pela reforma do Estado. O primeiro transformado em “peça” que garante a explicitação dos resultados perseguidos pelo governo, enquanto que o segundo, pautado no imaginário gerencialista, procurou transformar o Estado investidor direto na economia, em Estado regulador, promotor da ordem privada em detrimento dos interesses da sociedade.

Essas reflexões remetem, necessariamente, à compreensão do contexto em que foi implementado o PPA 2000-2003 “Avança Brasil”, sugerindo que a base estruturante do plano teve sua origem no âmbito do PDRE, conseqüentemente caracteriza-se enquanto “um plano gerencial típico, com metas bastantes claras” (BRESSAN, 2002, p. 390).

Nesse sentido, o Congresso Nacional (CN) decretou e o Presidente da República sancionou, no dia 21 de julho de 2000, o PPA para o período de 2000 à 2003, instituído pela Lei nº 9.989/2000¹³⁰. Esse plano diferenciou-se dos anteriores por apresentar avanço no processo evolutivo do planejamento governamental, ao inaugurar no cenário da administração federal, inovações conceitual, gerencial, estrutural e organizacional. Dentre estas inovações, destaca-se uma nova concepção de planejamento apoiada nos princípios do Desenvolvimento Sustentável, no qual procura equilibrar aspectos econômicos, sociais e ambientais; e da Gestão Empreendedora, enfatizando a obtenção eficaz e eficiente de resultados, além de focalizando a atenção no atendimento do cidadão (GARTENKRAUT, 2002).

No campo da saúde, o modelo de planejamento governamental, instituído com o Plano Plurianual 2000-2003 “Avança Brasil”, influenciaria (naquele período) o MS no processo de

¹³⁰ Durante o período de vigência, os anexos da Lei nº 9.989/2000 passaram por uma série de alterações, através das seguintes Leis e Decretos: Lei nº 10.178 (12/01/2001); Lei nº 10.265 (19/07/2001); Lei nº 10.297 (16/10/2001); Lei nº 10.390 (28/12/2001); Lei nº 10.547 (12/11/2002); Lei nº 10.598 (11/12/2002); Decreto nº 4.055 (14/12/2001) e Decreto nº 4.322 (05/08/2002). Ver, respectivamente, as referências: Brasil (2000b; 2001g; 2001h; 2001i; 2001j; 2001k; 2002d; 2002e).

adequação da sua estrutura organizacional¹³¹, bem como da adaptação à “uma nova realidade da operacionalização das ações, a partir de uma ótica de Gestão por Programa” (BRASIL, 2001h).

Cabe aqui, uma breve análise em relação ao compromisso assumido pelo Ministro da Saúde com a Agenda Nacional¹³² do governo. Neste aspecto, a reunião conjunta, no início do segundo mandato de FHC, entre o Ministro da Saúde [José Serra] e os Secretários de Saúde dos 26 Estados e do Distrito Federal, ocorrida em 02 de março de 1999, resultou no documento “Declaração conjunta do Ministro da saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde”. A perspectiva de aproximar a administração federal e as estaduais do setor saúde, alinhando as estratégias para formulação e coordenação das políticas de saúde, representaria uma clara intenção de definir o compromisso solidário dos gestores com a Agenda Nacional.

Desse modo, no conjunto dos vinte e dois (22) pontos assumidos solidariamente, podem ser listadas os seguintes compromissos: consolidar e fortalecer o SUS; estabelecer padrões estáveis e crescentes para o financiamento da saúde; reorganizar o modelo de atenção; intensificar a municipalização da gestão dos serviços de saúde; criar e implementar o sistema de regulação e controle da assistência prestada; entre outros. No aspecto do planejamento governamental em saúde, os gestores assumiram o seguinte compromisso:

Elaborar de forma pactuada entre os gestores e integrada entre as esferas de governo, o Plano Nacional e os Planos Estaduais de Saúde, plurianuais, tendo como base operativa a elaboração de Programação Pactuada e Integrada – PPI, anual, com metas claramente definidas¹³³

Seguindo as orientações estratégicas inseridas na Agenda Nacional e priorizando os compromissos solidários estabelecidos entre o gestor federal de saúde em conjunto com os gestores estaduais, o Ministério da Saúde iniciou o processo de estruturação do PPA

¹³¹ A estrutura organizacional do Ministério da Saúde no período em questão, foi aprovada pelo Presidente FHC, por meio do Decreto nº 3.496/2000 (BRASIL, 2000c), publicado no DOU do dia 02/06/2000, que “aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde”. Atualmente a estrutura organizacional está definida pelo Decreto nº 6.860/2009, de 27/05/2009.

¹³² As diretrizes estratégicas da Presidência da República, inscritas na Agenda Nacional do governo, foram elaboradas “destinadas a consolidar a estabilidade econômica com crescimento sustentado; a promover o desenvolvimento, gerando emprego e oportunidade de renda; a combater a marginalização social e a pobreza; a consolidar a democracia e a defender os direitos humanos” (BRASIL, 2001l, p. 6).

¹³³ Referente ao 6º ponto da Declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde, aprovada em reunião conjunta realizada no dia 02 de março de 1999, em Brasília-DF.

2000/2003 do setor saúde, atendendo às novas exigências do paradigma centrado na Gestão por Programas, contemplando a integração entre Planejamento-Orçamento.

A elaboração do PPA 2000/2003 da saúde seria compreendida, conforme Brasil (2001, p.11), a partir das suas cinco fases de desenvolvimento:

1ª Fase (03/11/1998 à 30/11/1999): **Inserção do MS nas Orientações Estratégicas da Presidência da República.**

2ª Fase (01/12/1998 à 26/12/1999): **Previsão de Recursos da União.** A previsão de recursos da União, por área de atuação do governo foi elaborada com base em projeções de receitas e despesas fundamentadas no cenário macroeconômico, com a finalidade de favorecer a seletividade na alocação dos recursos da União e orientar a formulação dos programas.

3ª Fase (01/12/1998 à 22/02/1999): **Inventário dos Programas.** O inventário de Programas teve como principal finalidade converter as atuais ações de governo para a nova conceituação de programa, visando antecipar os trabalhos relativos ao redesenho de toda a atuação governamental, dadas as múltiplas tarefas desenvolvidas pela Administração Federal.

4ª Fase (01/12/1998 à 15/06/1999): **Recadastramento dos Projetos e Atividades.** O Recadastramento dos Projetos e Atividades foi feito consubstanciado na Portaria SOF/MPO nº 51, publicada no DOU em 17/11/1998, visando aprimorar o processo decisório de alocação dos recursos públicos e dar maior transparência às ações programadas no orçamento, bem como a necessidade de realizar um inventário das ações de governo em curso, incluídas no Orçamento da União.

5ª Fase (16/04/1999 à 15/06/1999): **Elaboração dos Programas, Projetos e Atividades do Ministério da Saúde.** Com o mapeamento dos Projetos/Atividades, o Inventário dos Programas e a Contextualização do MS nas Orientações Estratégicas da Presidência da República, foi proposto um novo reordenamento da estrutura dos seus programas para reger o orçamento da saúde. Nessa fase o processo participativo de todas as unidades do MS foi preponderante para a definição da sua estrutura programática.

Desse modo, o desenho final do PPA 2000/2003 para o setor saúde, elaborado pelo MS apresentou uma composição de: 10 Macroobjetivos; 03 Funções (Previdência, Saúde e Gestão Ambiental); 27 Subfunções e 41 Programas (30 Finalístico, gerenciado pelo MS; 04 Finalístico Interministeriais, gerenciado por outros Ministérios; e 07 Gestão de Políticas Públicas, Apoio Administrativo e outros, com gerências diversas) (BRASIL, 2001).

No caso do PPA 2000/2003 “Avança Brasil”, a análise das condições político-institucionais, possibilitou inferir que o documento foi lançado em um momento político e econômico apinhado de incertezas. Mesmo neste clima, suas proposições concentraram-se na continuidade do “projeto nação”, idealizado pelo governo FHC. A novidade, porém, ficaria por conta da criação dos “programas” para apresentar o orçamento, estabelecendo uma possibilidade de integração plano/orçamento, como tentativa de reorganizar o processo de planejamento governamental.

Na área da saúde, essa proposta acabaria por induzir o Ministério da Saúde a promover uma readequação da estrutura organizacional, bem como assumir o compromisso com a Agenda Nacional federal, de consolidar a estabilidade econômica. Esses compromissos revelariam para o setor saúde a tentativa de se implantar um novo modelo gerencial.

Agregando-se à essas mudanças, ainda no âmbito do Ministério da Saúde (MS), esse período de governo compatibilizaria alguns avanços na organização administrativa, com melhorias no sistema de informação; aperfeiçoamento de pessoal; e criação das agências reguladoras¹³⁴, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (ABRUCIO, 2005).

Portanto, a tentativa de se implantar um novo modelo gerencial, voltado para a obtenção de resultados concretos, penetrou os espaços do planejamento setorial, sendo característica do PPA 2000/2003 da saúde, na busca pela recuperação do planejamento governamental como instrumento de gestão.

¹³⁴ Também foram fundadas agências reguladoras nas áreas de energia elétrica – Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), petróleo – Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustível (ANP) e telecomunicações – Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) (METTENHEIM, 2002).

7 PERÍODO DE GOVERNO LULA (2003-2010)

Vamos mudar, sim. Mudar com coragem e cuidado, humildade e ousadia, mudar tendo consciência de que a mudança é um progresso gradativo e continuado, não um simples ato de vontade, não um arroubo voluntarista. Mudança por meio do diálogo e da negociação, sem atropelos ou precipitações, para que o resultado seja consistente e duradouro (LULA, discurso de posse, 01/01/2003 – SILVA, 2003a)

7.1 Condições Político-Institucionais

A disputa eleitoral para Presidência da República, em 2002, colocaria frente à frente, pela terceira vez consecutiva, o confronto entre as propostas divergentes de um candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e um candidato do Partido dos Trabalhadores (PT). De um lado, estava José Serra (economista e ex-ministro da saúde), escolhido para ser candidato pelo PSDB, e do outro, Luiz Inácio “Lula” da Silva¹³⁵ (sindicalista), candidato do PT, tentava pela quarta vez seguida se eleger Presidente.

As incertezas que pairavam sobre o governo FHC, consequências da instabilidade econômica, provocaram o descontentamento da população e críticas de grupos que, quatro anos antes, optaram por uma configuração partidária¹³⁶ de apoio ao governo. Dentre os partidos que romperam com a coligação, destacou-se o Partido da Frente Liberal (PFL) que nas eleições de 1994 e 1998 apresentava-se como maior aliado político do PSDB e, em 2002 romperia¹³⁷, a já quase certa, coligação com o governo.

Neste clima, de tensões e articulações políticas, aconteceriam as eleições em primeiro turno, no dia 06 de outubro de 2002. Os 39.455.233 votos válidos (46,44%), alcançados pelo candidato do PT, contra 19.705.455 (23,19%) do candidato do PSDB, não foram suficientes para garantir a vitória do sindicalista em primeiro turno. Com isso, realizou-se em 27 de outubro de 2002, o segundo turno das eleições, consolidando a vitória de Lula com

¹³⁵ Perdeu as eleições presidenciais de 1989, 1994 e 1998.

¹³⁶ Nas eleições de 1998, o PSDB conquistou o apoio político do PFL, PMDB, PPB, PPS e PTB, para eleger FHC. Já nas eleições de 2002, o PSDB perdeu apoio político e formou uma coligação apenas com o PMDB

¹³⁷ À época, Roseana Sarney despontava como o grande “fenômeno eleitoral” (CARVALHO, 2004). Era a esperança do PFL que apostaria todas as fichas na pré-candidata, apontada nas pesquisas, com altos índices de intenção de votos. No entanto, no dia 01 de março de 2002, suspeitas de irregularidades na extinta SUDAM acabariam contribuindo para a renúncia da pré-candidata. No período, o PFL apontava o PSDB como responsável pela ação da Polícia Federal com a intenção de desestruturar a campanha de Roseana (CARVALHO, 2004).

52.793.364 (61,27%) dos votos válidos, contra os 33.370.739 (38,73%) votos válidos do candidato José Serra (PSDB).

Para Chaia (2004), todas as eleições diretas para Presidente da República, após a redemocratização, tiveram como estratégia política da situação, para combater a candidatura de Lula, a criação do clima de “medo”. Porém, nas eleições de 2002, essa estratégia não surtiria efeito desejado e, diferente das três eleições anteriores, “desta vez, o medo não foi assimilado pelo eleitorado” (CHAIA, 2004. p.43), finalmente, “a esperança venceu o medo” (HENRIQUE, 2013, p.304).

Mesmo em clima de “euforia”, estava nítido que o período de governo de Lula não seria fácil, até porque a desconfiança das elites e da mídia, às diversas disputas e contradições na arena política e a herança herdada do governo anterior, eram desafios a serem superados com diálogos, negociações e alianças, ou seja, estratégias indispensáveis para promoção das mudanças prometidas.

No discurso de posse, realizado no dia 01 de janeiro de 2003, Lula colocava em questão a possibilidade de mudança, a partir da construção de um “projeto de desenvolvimento nacional e de um planejamento, de fato, estratégico” (SILVA, 2003a, p.2). Já no início do seu discurso, destacaria:

“Mudança”: esta é a palavra-chave, esta foi a grande mensagem da sociedade brasileira nas eleições de outubro. A esperança, finalmente, venceu o medo e a sociedade brasileira decidiu que estava na hora de trilhar novos caminhos. Diante do esgotamento de um modelo que, em vez de gerar crescimento, produziu estagnação, desemprego e fome; *diante do fracasso de uma cultura do individualismo, do egoísmo, da indiferença perante o próximo*, da desintegração das famílias e das comunidades, diante das ameaças à soberania nacional, da precariedade avassaladora da segurança pública, *do desrespeito aos mais velhos e do desalento dos mais jovens*; diante do impasse econômico, social e moral do país, a sociedade brasileira escolheu mudar e começou, ela mesma, a promover a mudança necessária (LULA, 01/01/2003 – SILVA, 2003a, itálico nosso)

As mudanças prometidas no discurso de posse, foram perseguidas no decorrer dos dois períodos de governo [2003/2010], e os resultados em termos de desenvolvimento econômico e, principalmente social, revelariam os contornos de um projeto que, em muitos momentos, mostrava-se contraditório, distante de produzir as mudanças prometidas, necessárias para realizar as transformações no interior do bloco no poder e, especialmente na sociedade.

Nesse sentido, é possível indicar que a vitória de Lula, demonstrava a insatisfação da sociedade com o modelo de desenvolvimento econômico empreendido pelo governo FHC, marcado centralmente pelo neoliberalismo com a primazia do mercado em detrimento do Estado, expresso na subordinação das políticas sociais às políticas econômicas, tendo entre as consequências, o processo de desconstrução dos direitos sociais em prol do ajuste fiscal. Contudo, o que se observaria nos períodos de governo Lula, seria uma política de continuidade aos ajustes macroeconômicos promovidos no período de governo anterior.

Vale lembrar que, semelhante à 2002, as eleições de 2006 também foram disputadas em dois turnos. No primeiro¹³⁸, realizado no dia 1º de outubro de 2006, sete candidatos estiveram na disputa. Lula (PT), com 46.662.365 (48,61%) dos votos válidos e Geraldo José Rodrigues Alckmin Filho – Geraldo Alckmin (PSDB), com 39.968.369 (41,63%) dos votos válidos foram eleitos para disputar do segundo turno. Realizada no dia 29 de outubro de 2006, foi confirmada a vitória do candidato do PT, com 58.295.042 (60,83%), contra o candidato do PSDB, com 37.543.178 (39,17%) dos votos válidos.

É importante sinalizar, que entre os acontecimentos que antecederam as eleições presidenciais de 2006, destacou-se tanto o auge de escândalo de corrupção política, conhecido como “Mensalão”¹³⁹, quanto a queda nos índices de popularidade do presidente Lula, ou seja, fatos que indicavam risco iminente de uma derrota eleitoral do PT. Nem tudo havida sido realizado, nem todas as mudanças prometidas haviam sido cumpridas, no entanto, para combater os ataques dos adversários, Lula contra-atacava com uma campanha centrada nas críticas as privatizações promovidas pelo governo anterior, apontando a possibilidade de continuidade desta lógica, caso não fosse reeleito.

Segundo Anderson (2011, p.30), o fato de que “nem uma única empresa havia sido privatizada no governo Lula”, somado à implementação dos diversos programas sociais de transferência de renda, com destaque para o Programa Bolsa Família (PBF), contribuiriam

¹³⁸ O resultado final do primeiro turno foi: 1) Luiz Inácio Lula da Silva (46.662.365 = 48,61%); 2) Geraldo José Rodrigues Alckmin Filho (39.968.369 = 41,63%); 3) Heloísa Helena Lima de Moraes Carvalho (6.575.393 = 6,85%); 4) Cristovam Ricardo Calvacanti Buarque (2.538.844 = 2,64%); 5) Ana Maria Teixeira Rangel (126.404 = 0,13%); 6) José Maria Eymael (63.294 = 0,07%) ; e 7) Luciano Caldas Bivar (62.064 = 0,06%). Maiores detalhes, ver: Tribunal Superior Eleitoral (www.tse.gov.br)

¹³⁹ O Escândalo do MENSALÃO, nasceu em 6 de junho de 2005, nas páginas do jornal Folha de São Paulo. O jornal publicava entrevista concedida pelo Deputado Roberto Jefferson (PTB – RJ) e estampava na primeira página, a seguinte manchete: “O PT dava mesada de R\$ 30 mil a parlamentares, diz Jefferson”. Mais detalhes, ver: Folha de São Paulo, 06/06/2005, disponível em: <http://acervo.folha.com.br/>. De junho de 2005 à abril de 2006, foram realizadas atividades da Comissão Parlamentar de Inquéritos (CPI). O relatório final foi apresentado no dia 29/03/2006 e votado no dia 05/04/2006, reconhecendo a existência do mensalão, porém poupando o presidente Lula, como sequer conhecedor do “mensalão” (VILLA, 2012).

para que ao final das eleições, Lula fosse reeleito presidente, após uma quarta disputa consecutiva entre o PT e o PSDB.

No campo político-institucional, o período de governo Lula não atenderia apenas as demandas das classes populares, contribuindo para manutenção e expansão das bases de sustentação política do governo, mas também aos interesses da burguesia interna, que após sofrerem com os efeitos da implantação do neoliberalismo, até passaram a “aceitar” a intervenção do Estado na economia.

No aspecto econômico, o início do governo Lula ficaria marcado pela continuidade da política econômica adotada por FHC, tanto sob o ponto de vista da estabilização monetária, quanto em relação aos compromissos com o superávit fiscal e o estímulo a maior inserção do Brasil no comércio internacional (VIANA, 2011). Desse modo, não se pode furtar à realidade, na qual, Lula manteve alguns dos aspectos de sustentação do ideário neoliberal (BOITO JUNIOR, 2003), “inclusive com um novo acordo com o Fundo Monetário Internacional, que aumentou o superávit primário de 3,75% do PIB para 4,25%, acarretando cortes substanciais nos gastos públicos, inclusive na área social” (FALEIROS, 2004, p.55).

Não por acaso, em relação à política econômica, a troca de partido [PSDB por PT] e de discursos, não foram suficientes para engendrar alternativas capazes de conduzir o modelo de política econômica por caminhos diferentes dos implantados desde o início do governo Collor, ou em outras palavras¹⁴⁰ mudam-se as pessoas, mudam-se as “cores”, mudam-se os governos, mas permanece o domínio do capital.

7.2 Quadro da saúde e do planejamento governamental

Na análise do quadro da saúde, no período de governo Lula, alguns entendem que seriam alcançadas melhorias no setor, se as transformações acontecessem para além deste setor, ou seja, sendo necessário avançar no projeto político contra-hegemônico ao neoliberalismo que pudesse transformar outras áreas comprometidas com as necessidades e os direitos sociais.

¹⁴⁰ Ruy Barbosa já, em 1952, afirmara: “*As eleições mudam os governos, mas não os reformam*”. Ver: BARBOSA, Rui. *Tribuna parlamentar*: Império. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa, 1952, p. 79 (Obras Seletas de Rui Barbosa, vol. 1).

Esse projeto deve reconhecer que a saúde também gera efeito indireto sobre o crescimento econômico, decorrente de sua dimensão social, o que implica melhoria das condições de vida dos trabalhadores e do ambiente geral para o investimento. Essa compreensão fortalecerá o argumento do gasto em saúde com investimento, pois a saúde é fator indireto de crescimento. A armadilha colocada pelo projeto de oposição a esse caminho busca restringir o debate sobre saúde e desenvolvimento à dimensão dos recursos requeridos para financiar o sistema, à incapacidade gerencial do setor público e à responsabilidade e dimensão do Estado, articulados aos interesses do mercado (COSTA, 2013, p.246, itálico nosso).

A análise do período, tem apontado que após a vitória nas eleições de 2002, aumentaram as expectativas em relação às políticas sociais, especialmente as políticas de saúde e, as possibilidades de avanço do projeto político contra-hegemônico. Com isso, houve uma mudança de institucionalidade das políticas sociais, podendo ser identificada a substituição da institucionalidade de “corte liberal”¹⁴¹ (cobriu o período de governo de FHC), por uma institucionalidade de transição e uma institucionalidade neodesenvolvimentistas, respectivamente cobrindo o período do primeiro e segundo mandato de Lula (VIANA, 2011).

A institucionalidade de transição das políticas sociais foi marcada pelo lançamento do Programa Bolsa Família (PBF), introduzindo inovações gerenciais, com o aperfeiçoamento do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, e estimulando os traços de complementariedade com as políticas universais de educação e saúde.

Sobre a saúde, ainda é possível observar que neste período, manteve-se o foco no incentivo as ações da atenção básica. No entanto, diferente do período de governo anterior, houve um interesse em expandir as ações de modo a atingir as regiões Sul e Sudeste, o que acabaria sinalizando o esgotamento e os limites da estratégia de descentralização¹⁴², e por consequência, conduzindo o MS a introduzir um novo instrumento jurídico normativo, centrado na regionalização das ações e dos serviços de saúde (VIANA, 2011).

Esse período também marcaria a expansão da política científica e o estímulo ao desenvolvimento tecnológico (VIANA, 2011), enquanto componentes dos eixos estratégicos

¹⁴¹ A institucionalidade de corte liberal caracteriza-se por privilegiar o mercado em detrimento do Estado. Assim, as políticas sociais tem seu foco central direcionado aos excluídos do circuito econômico (desempregados, população de baixa renda, baixa escolaridade) e aos grupos populacionais em situação de extrema pobreza. As consequências deste modelo expressas nas crises financeiras, foram motivos de profundas críticas “elaboradas por diferentes escolas de pensamento, intelectuais e organizações internacionais” (VIANA, 2011).

¹⁴² “O esgotamento e os limites da descentralização já se fazem sentir no que diz respeito ao perfil de financiamento (...); à integralidade sistêmica, dada a ausência de uma rede de serviços que extrapole os limites municipais (...); à racionalidade no uso da infraestrutura de saúde (...); e às dificuldades na extensão de iniciativas visando a criação de espaços e instância intermunicipais para oferta de serviços de saúde” (VIANA, 2011,p.34)

das políticas de saúde. Entretanto, a ênfase territorial acabaria por demonstrar que sua formulação e implementação não seguiriam os mesmos “passos” da expansão dos investimentos físicos. Esse pode ser um indício dos motivos que conduziram o governo a assumir como estratégia-chave a **regionalização**¹⁴³, aliada à forte expansão de investimentos públicos, voltados para o estímulo do complexo econômico industrial da saúde.

Pode-se constatar já no primeiro ano de governo, que houve certo esforço do MS, no sentido de reordenar o fluxo para elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) para o período 2004/2007. Esse, seria apresentado nos discursos oficiais do governo como um documento histórico concernente às políticas de saúde no período pós-constituente, por se tratar do primeiro¹⁴⁴ instrumento a ser institucionalizado para cumprir a base temporal de quatro anos, em conformidade com a obrigatoriedade inscrita no arcabouço-jurídico do SUS.

Dentre as estratégias do governo para elaborar o PNS 2004/2007, destacou-se a proposta de antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a intenção de promover um clima de confiança no estabelecimento da formulação, orientação e elaboração do plano, em conformidade com as deliberações contidas em seu Relatório Final.

Desse modo, o Ministro da Saúde [Humberto Sérgio Costa Lima], em reunião do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 12 e 13 de março de 2003, apresentava a proposta de antecipação da 12ª CNS, justificando a dificuldade em se realizar uma Conferência Extraordinária em 2003 e a realização da 12ª CNS no ano seguinte. Após o Conselheiro Sérgio Arouca, expor de maneira detalhada as justificativas para antecipação, destacando dentre outras questões que a decisão evitaria a realização das próximas conferências em anos eleitorais, a proposta pela antecipação seria aprovada por unanimidade¹⁴⁵.

Na sequência dos acontecimentos, o Presidente da República convocaria, por meio do Decreto de 5 de maio de 2003 (BRASIL, 2003a), a 12ª CNS, a realizar-se no período de 7 à

¹⁴³ Essa estratégia não contou com instrumentos e incentivos do porte daqueles desenvolvidos e implantados durante a era da descentralização (VIANA, 2011)

¹⁴⁴ O Art. 35, item IV, da LOS 8080/90 estabelece como critério para recebimento dos recursos financeiros “previsão do plano quinquenal de investimentos da rede”, ou seja, planos de investimentos para cada cinco anos. Essa obrigatoriedade foi cumprida com a publicação do documento “Plano Quinquenal de Saúde 1990/1995: a saúde do Brasil Novo”, instituído no período de Governo Collor, com uma base temporal de cinco anos, e no período de governo FHC, com a publicação do documento “Plano de Ação do Ministério da Saúde (1995/1999).

¹⁴⁵ Mais detalhes sobre os motivos que explicam a antecipação da 12ª CNS, podem ser obtidos na Ata da 128ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 12 e 13/03/2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_03.htm.

11 de dezembro de 2003¹⁴⁶, tendo como tema central “*Por um novo ciclo de desenvolvimento do SUS*”. Ressalta-se que a conferência teve seu tema alterado pelo Decreto de 10 de julho de 2003 (BRASIL, 2003b), o qual estabeleceria como tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”.

A 12ª CNS¹⁴⁷, contaria com a participação de mais de 4.000 mil representantes da sociedade, que fizeram uso do espaço democrático para discutir e deliberar sobre os avanços, os desafios e a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS. Os diversos atores sociais, representantes dos segmentos dos gestores (federal, estaduais e municipais); usuários do sistema, profissionais de saúde, prestadores de serviços, representantes do Ministério Público, parlamentares, técnicos e especialistas, formulariam estratégias e diretrizes, que ao serem implementadas contribuiriam para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A 12ª CNS se destacaria por dois fatos inéditos. O primeiro relacionado ao compromisso assumido pelo Ministro da Saúde em acatar as deliberações da conferência e incluí-las na política de governo, e o segundo relacionado ao ineditismo do Conselho Nacional de Saúde em organizar a conferência. Neste segundo aspecto, destaca-se que na organização da conferência, foram estabelecidos dez (10) eixos temáticos¹⁴⁸. No quarto eixo temático [As três esferas de governo e a construção do SUS], ficaria estabelecido nas diretrizes gerais:

Estimular a sociedade a rediscutir o pacto federativo para a formulação do Plano Nacional de Saúde e para aprovar a Lei de Responsabilidade Social, restabelecendo as responsabilidades das esferas de governo no financiamento, na formulação e na execução de políticas sociais, articulando os sistemas educacional e de seguridade social, e outras formas de organização (...) Instituir equipes de representação tripartite entre gestores do SUS para elaborar o Plano Nacional de Saúde atualizado anualmente, em processo ascendente com base em diagnóstico por município, estabelecendo prioridades e metas de curto e médio prazos para custeio e investimentos na rede, incluindo obras, equipamentos, recursos humanos e fontes de financiamento das três esferas de governo, a ser submetido aos Conselhos de Saúde (RF 12ª CNS – BRASIL, 2004a, itálico nosso).

¹⁴⁶ “Programada para acontecer em 2004, a 12ª Conferência foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou pelo fio condutor da revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde e os rumos a serem seguidos a partir de agora. Na condição de órgão deliberativo e colegiado, que inclui e articula a diversidade dos segmentos da sociedade, o Pleno do Conselho assumiu a organização e a condução da Conferência” (BRASIL, 2004a, p.15).

¹⁴⁷ Em homenagem ao sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, falecido no dia 02 de agosto de 2003, vítima de câncer, a 12ª CNS, também passou a ser denominada “Conferência Sérgio Arouca”.

¹⁴⁸ Eixos temáticos: 1) Direito à saúde; 2) A seguridade social e a saúde; 3) A intersetorialidade das ações de saúde; 4) As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6) Controle social e gestão participativa; 7) O trabalho na saúde; 8) Ciência e tecnologia e a saúde; 9) O financiamento da saúde; e 10) Comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2004a)

Outro ponto importante é que, com a intenção de agilizar o processo de elaboração do plano, utilizaria como parâmetro, além das deliberações da 12ª CNS, o projeto Saúde 2004¹⁴⁹ e o PPA 2004/2007, os quais contribuiriam para o estabelecimento da pré-proposta do PNS a ser discutida no âmbito dos colegiados dos órgãos e entidades do MS, com a finalidade de indicação das sugestões e ajustes necessários ao seu conteúdo.

Essa pré-proposta foi novamente discutida no âmbito dos colegiados dos órgãos e entidades do MS, os quais indicaram uma série de sugestões e ajustes. *Daí resultou a proposta do Plano Nacional de Saúde que embasou a Oficina de Trabalho Macrorregional, realizada em junho de 2004, reunindo técnicos e gestores das três esferas de direção do SUS, os quais apontaram as diretrizes e metas prioritárias do PNS, segundo as peculiaridades e perfil epidemiológico de suas respectivas áreas de abrangência. Essas prioridades configuram insumos básicos no estabelecimento dos pactos estaduais e regionais, a partir da implementação do PNS. A proposta do PNS, encaminhada previamente aos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, foi analisada e aprovada na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004 (PNS 2004/2007 – BRASIL, 2004b, p. 4, itálico nosso)*

Os documentos oficiais, fonte de análise neste estudo, apontaram que todos os esforços para a formulação do PNS 2004/2007, foram concretizados, até 10 de dezembro de 2004, instante em que o MS, por meio da Portaria nº 2.607/2004 (BRASIL, 2004b), aprovava o “*Plano Nacional de Saúde (PNS) – um pacto pela saúde no Brasil*”. Em conformidade com este documento, a Secretaria Executiva (SE) do MS ficava responsável pelo processo de gestão, monitoramento e avaliação do plano. Além disso, todos os órgãos e entidades do MS passariam a elaborar e/ou readequar seus programas, atividades e projetos, segundo objetivos, diretrizes e metas estabelecidos no plano.

Em síntese, e com base nos documentos, é possível afirmar que a construção e oficialização do PNS 2004/2007 representou um processo de mobilização de diversos atores sociais, de diferentes áreas do setor saúde e segmentos da sociedade. O plano passaria a ser referenciado como instrumental indispensável à atuação das esferas de direção do SUS, com

¹⁴⁹ O projeto Saúde 2004 visava “subsidiar o planejamento governamental setorial, em especial a implementação do PPA 2004-2007 e a formulação de diretrizes para elaboração do Plano Nacional de Saúde, bem como o processo de preparação da 12ª Conferência Nacional de Saúde”. Foi um projeto para realizar o levantamento e análise dos problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com participação de diferentes atores sociais (BRASIL, 2003c, p. 3).

capacidade para responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde (Pt. nº 2.607 – BRASIL, 2004b).

Ao lado disso, destaca-se que o PNS foi um instrumento importante, revelando seu mérito, não apenas por ser o primeiro plano nacional elaborado para um período de quatro anos, mas também por ter firmando o compromisso político do governo federal com a saúde. Essa análise não exclui o fato de que na elaboração do plano, permaneceria uma centralização administrativa que, de certo modo, acabaria por conduzir o processo de implementação com base na visão institucional de alguns setores do MS.

Entretanto, há que se reconhecer, o esforço do governo federal em tentar integrar ao plano, propostas de diversos atores sociais. É preciso lembrar que, o processo de construção deste instrumento de planejamento governamental, de âmbito nacional, contaria com a parceria de importantes segmentos da sociedade, a exemplo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nesse sentido, a realização de diversos seminários com a presença de gestores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), juntamente com dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde (MS), somados aos esforços de submeter o projeto inicial do PNS (2004/2007) ao debate, durante a realização da 12ª CNS, podem ser apontados como estratégias positivas adotadas pelos representantes do movimento sanitário que estavam à frente do MS.

Foi nesse contexto que foram anunciadas novas tentativas de se redesenhada a conformação para o SUS, com a possibilidade da realização de debates solidários entre as três esferas de gestão, representada pelo gestor do MS¹⁵⁰ e por gestores do CONASS e do CONASEMS. É possível sinalizar que esse debate solidário entre as três esferas de gestão contribuiria para a construção de um pacto de compromissos em torno da inovação nos processos e instrumentos de gestão; do fortalecimento dos espaços e mecanismos de participação social; das prioridades que apresentavam impactos sobre a situação de saúde da população e também da tentativa de se construir uma nova lógica para o Planejamento Governamental em Saúde (BRASIL, 2006a).

¹⁵⁰ Humberto Sérgio Costa Lima assumiu o cargo de Ministro da Saúde em 01/01/2003, permanecendo na função até o dia 08/07/2005.

Desse modo, em 22 de fevereiro de 2006, ou seja, três anos após o início dos debates solidários, o ministro interino da saúde [José Argenor Álvares da Silva], por meio da Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006b) “divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS”, aprova suas diretrizes operacionais¹⁵¹ e define três componentes integrativos: Pacto de Gestão; Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida (Pt. nº399 – BRASIL, 2006b).

No discurso oficial inscrito na referida portaria, eram apresentada as perspectivas para cada um dos componentes integrativos desta estratégia de repolitização e reordenamento do SUS. Assim, o Pacto de Gestão estabeleceria as responsabilidades de cada ente federado, numa estratégia para fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS; o Pacto em Defesa do SUS defenderia a emergência em se realizar movimentos de repolitização da saúde, com efetiva estratégia de mobilização social e defesa do financiamento público; já o Pacto pela Vida estabeleceria um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados (Pt. nº399 – BRASIL, 2006b).

A análise da elaboração do Pacto pela saúde impõe, inicialmente, lembrar que a ocupação das lideranças do Ministério da Saúde, se daria a partir do início do período de governo Lula, por dirigentes do movimento sanitário brasileiro. Estes, por sinal, apresentavam, à época, fortes críticas ao modelo de descentralização, implantado no governo anterior, por considerar que esse modelo teria gerando “entre outros fatores, a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais” (LIMA; et. al., 2012, p.1905).

É possível apontar que o Pacto pela Saúde promoveria uma alteração nas relações federativas, enfatizando a importância da cooperação intergovernamental para conduzir o processo de descentralização e regionalização da saúde. No entanto, sua limitação ficaria evidenciada na manutenção do poder regulatório, no nível central, que continuaria induzindo as políticas de saúde, vinculando a transferência de recursos financeiros à adesão ao Pacto.

Na prática, o Pacto pela saúde apesar de ser apresentado como uma possibilidade de reordenamento do SUS, acabaria por se transformar em um instrumento burocrático formal, responsável por um excesso de publicações de portarias, insuficientes qualitativamente para garantir a construção de um sistema universal, integral e equânime. Interessa ainda, indicar que as diretrizes operacionais do Pacto, em seu componente “Pacto de Gestão”, definiram

¹⁵¹ As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde foram aprovadas na reunião da CIT em 26/01/2006 e na reunião do CNS em 09/02/2006.

nove eixos estruturantes¹⁵² da gestão do sistema, desde o planejamento até a execução e avaliação, como garantia de maior eficiência, transparência financeira e participação social.

O Pacto pela Saúde, contemplaria, dentre outras questões, mudanças no processo de descentralização e regionalização¹⁵³. No primeiro, ficaria definida a busca pelo estabelecimento das corresponsabilidades, partindo do MS “a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos”. Em relação a regionalização, seriam definidos como principais instrumentos do planejamento, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção em Saúde (BRASIL, 2006a).

Instituído pela NOAS-SUS, o PDR teve a finalidade de ordenar o processo de regionalização da assistência à saúde. Com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a compor um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão, com finalidade de ordenar a assistência à saúde; orientar o processo de descentralização das ações e serviços, e organizar a Rede de Atenção¹⁵⁴.

No caso do PDI, igualmente instituído pela NOAS/SUS, sendo caracterizado juntamente com a PPI, como uma das partes do PDR, teve a função de definir os limites financeiros em conformidade com as necessidades de assistência à saúde. Nesse sentido, esse instrumento deveria, com base na identificação de prioridades, desenvolver estratégias para contemplar o processo do PDR e da PPI.

A análise deste instrumento de planejamento governamental da gestão, aponta pra um viés economicista, associado aos mecanismos financeiros, sugerindo que sua adesão, elaboração e implementação seguem a mesma lógica orçamentária que situa o Planejamento Governamental Federal nos limites da retórica, com uma evidente desarticulação entre orçamento e planejamento.

¹⁵² São eles: 1) Descentralização; 2) Regionalização; 3) Financiamento do SUS; 4) Planejamento no SUS; 5) Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção em Saúde; 6) Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial; 7) Participação e Controle Social; 8) Gestão do Trabalho; e 9) Educação na Saúde (BRASIL, 2006b).

¹⁵³ É uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo portanto, orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

¹⁵⁴ Mais detalhes, ver Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010a).

Sobre esse aspecto, entende-se que, no mesmo caminho da descentralização, tem-se evidenciado um processo de regionalização regulado pelo governo federal, por meio de portarias ministeriais e, em geral, vem seguindo ritmos distintos em sua implementação, sendo aderido por muitos gestores, devido aos seus condicionantes institucionais vinculados aos mecanismos de financiamento.

Outro aspecto a ser observado, refere-se ao Planejamento no SUS¹⁵⁵, e neste caso, o Pacto pela Saúde [componente Pacto de Gestão], propõe um processo de institucionalização da prática de planejamento em saúde, organizado na forma de um Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), integrando instrumentos e articulando propostas entre as esferas de gestão.

O processo de planejamento no âmbito do SUS deverá ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de articulação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo neste sistema o monitoramento e a avaliação. Esse sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS (Pt. n° 399 – BRASIL, 2006b, itálico nosso).

Essa iniciativa, contribuiria para a inserção do PlanejaSUS como parte integrante do ciclo de gestão, de modo que a pactuação, o monitoramento, a avaliação, a participação social, a integração intra e intersectorial, deveriam acontecer de forma tripartite. Desse modo, a consolidação, a resolubilidade e a qualidade da gestão e da atenção à saúde, no âmbito do SUS, institucionalizaria através do Sistema PlanejaSUS, o modelo oficial da prática de planejamento.

Aproximadamente um mês após a publicação da Portaria n° 399/2006, o Ministro da Saúde [Saraiva Felipe], publicaria, no dia 30 de março de 2006, a Portaria n° 699/2006¹⁵⁶ (BRASIL, 2006c) regulamentando “as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e de Gestão” e estabelecendo os critérios para o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde. Esta iniciativa serviria para o desdobramento do Pacto pela Vida e do Pacto de

¹⁵⁵ Os aspectos referentes ao Planejamento no SUS foram regulamentados em Portarias publicadas pelo MS e que são fontes de análise no decorrer do presente estudo.

¹⁵⁶ Essa Portaria, **revoga** a Portaria n° 1.734/2004, publicada no DOU do dia 23/08/2004, a qual definia o “fluxo dos procedimentos de recursos de Estados e Municípios aso fóruns Intergestores do SUS. Além disso, passou por duas **alterações parciais** e três **revogações parciais**, por meio, respectivamente da Portaria n° 91 (16/01/2007); Portaria n° 372 (21/02/2007); Portaria n° 2.690 (22/10/2007); Portaria n° 3.463 (12/11/2010) e Portaria n° 1.580 (20/07/2012).

Gestão, e para monitorar e acompanhar os pactos federativos, numa tentativa de unificar os processos de pactuação dos indicadores e metas (Pt. nº 699 – BRASIL, 2006c).

A publicação destes instrumentos [Portarias nº 399 e nº699], introduziria processos de mudanças, uma vez que, diferente dos instrumentos anteriores, o Pacto pela saúde se caracterizava por representar um acordo interfederativos, com definições de responsabilidades sanitárias para cada ente federado e foco no processo de regionalização da atenção à saúde. No entanto, em relação aos critérios de transferência de recursos financeiros não houve avanços, uma vez que a forma de alocação dos recursos federais permaneceria seguindo os mesmos critérios dos instrumentos antecessores ao Pacto.

Outra consequência deste processo de mudança, introduzido a partir de 2006, estaria relacionado aos instrumentos de planejamento governamental, que passaram a assumir, de certo modo, uma centralidade no processo de regionalização. Com isso, a institucionalidade do planejamento, neste período, ficaria marcada pelo conjunto de edições de portarias ministeriais.

Nessa direção, para os processos e instrumentos de gestão do SUS, o MS publicaria no dia 22 de maio de 2006, a Portaria nº 1.097/2006¹⁵⁷ (BRASIL, 2006d), instituindo o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹⁵⁸ da assistência em saúde. Essa portaria, objetivava definir o processo da PPI, com vista à organizar a rede de serviços; garantir a transparência nos fluxos estabelecidos e definir os limites financeiros estimados à assistência da população. Nessa portaria, a PPI seria estabelecida, em consonância com o processo de planejamento, tendo como função definir e quantificar “as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos Intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde” (Pt. nº 1.097 – BRASIL, 2006d), além de estabelecidos os pressupostos para nortear a PPI:

I – integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; II – orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição de prioridades; III – ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada unidade federada; e IV – estar em consonância com o

¹⁵⁷ Essa Portaria sofreu algumas **alterações** com a publicação da Portaria nº 1.699/2011, publicada no DOU do dia 28/07/2011. Além disso, foram **revogados** os seguintes instrumentos jurídicos: 1) Portaria nº 1.020 (31/05/2002, publicada no DOU nº 107 de 06/06/2002; e 2) Portaria nº 04 (SAS/MS) de 06/01/2000, publicada no DOU do dia 07/01/2000.

¹⁵⁸ A reformulação da PPI foi aprovada na reunião da CIT do dia 27 de abril de 2006.

processo de construção da regionalização (Pt. nº 1.097 – BRASIL, 2006d, itálico nosso).

Essas reformulações no processo da PPI, além de representarem recomendações inscritas no Pacto pela saúde, com maior ou menor intensidade, redefiniram os mecanismos da Programação e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade. Neste caso, é possível, que as alterações sejam apresentadas como justificativa, para explicar, a extensão da portaria, que além de trazer conceitos, objetivos, pressupostos e eixos orientadores, também destaca um conjunto de anexos a serem, obrigatoriamente, preenchidos e encaminhados ao MS.

Na prática, se esperava que a PPI expressasse os compromissos assumidos pelos gestores da saúde, inscritos nos Planos estaduais e municipais; e que contribuísse para a organização da rede de serviços regionalizada e hierarquizada. No entanto, esse instrumento seria duramente criticado devido à “incapacidade operacional” (ALMEIDA, 2010), para garantir o funcionamento do sistema.

Finalmente, conforme antecipado anteriormente, cabe observar nesse contexto, o início do processo de implantação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), um sistema integrado e pactuado do planejamento das políticas de saúde, descritos pelos documentos oficiais do MS como importante “peça” do pacto federativo, alicerçado no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a; 2007). Desse modo, o PlanejaSUS¹⁵⁹ foi um instrumento estratégico de gestão, regulamentado pela Portaria nº 3.085/2006¹⁶⁰ (BRASIL, 2006e), de 01 de dezembro de 2006, que apresentava como objetivos:

I – pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão; II – formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; III – implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; IV – desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências; V – apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao

¹⁵⁹ O processo de implantação do PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de seu Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria nº 251, de 6 de fevereiro de 2006. Destaca-se que esse processo, foi proposto nas oficinas macrorregionais realizadas em outubro e novembro de 2005, que teve por objetivo indicar as bases para a organização e funcionamento do sistema PlanejaSUS (BRASIL, 2009c, p.27)

¹⁶⁰ Esse instrumento jurídico normativo, foi **revogado total**, com a publicação da Portaria nº 2.135/2013, publicada no DOU do dia 29/09/2013.

funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento; VI – *promover a capacitação contínua dos profissionais* que atuam no contexto do planejamento do SUS; e VII – *monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados*, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (Pt. n° 3.085 – BRASIL, 2006e, *itálico nosso*)

Esse sistema estabelecerá os instrumentos básicos do processo de planejamento. Ou seja, conforme o Art. 4º, § 1º, “são instrumentos básicos do sistema de Planejamento do SUS: I – O plano de saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e II – o Relatório de Gestão” (Pt. n° 3.085 – BRASIL, 2006e). Também chamaria a atenção, a possibilidade de aperfeiçoamento da gestão do sistema e melhorias na direcionalidade às ações e serviços de saúde.

§ 2º Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos. § 3º **O Plano de Saúde** é o instrumento básico, que em cada esfera, norteia a definição da **Programação Anual** das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. § 4º **O Relatório Anual de Gestão** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (Pt. n° 3.085 – BRASIL, 2006e, **negrito nosso**).

Desta forma, com a necessidade de fortalecer o monitoramento e a avaliação do processo de planejamento e gestão do SUS, o MS publicaria em 28 de dezembro de 2006, a Portaria n° 3.332/2006¹⁶¹ (BRASIL, 2006f), aprovando as orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do PlanejaSUS. Com isso, ficava definido o Plano de Saúde¹⁶² (PS) como instrumento importante para se efetivar a gestão do SUS, a partir de uma análise situacional seguida da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos (Pt. n° 3.332 – BRASIL, 2006f). A Programação Anual de Saúde (PAS) – instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS – determina o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS (BRASIL, 2006f). Já o Relatório Anual de Gestão (RAG), deve ser elaborado em conformidade com a programação, de modo a se tornar instrumento básico para avaliação dos planos.

¹⁶¹ Com a publicação da Portaria n° 3.332/2006, fica **revogada** a Portaria n° 548/2001 de 12/04/2001, publicada no DOU n° 73, em 16/04/2001. Além disso, essa Portaria sofreu **revogação total**, com a publicação da Portaria n° 2.135/2013, de 26 de setembro de 2013.

¹⁶² É o instrumento que apresenta as intenções e os resultados projetados para um período de quatro anos, devendo refletir as necessidades e peculiaridades inerentes à cada realidade.

O PlanejaSUS procurava pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento. Por conseguinte, do ponto de vista metodológico é possível observar que esse sistema apresentava-se estruturado para cumprir a tarefa que lhe era inerente, ou seja, integrar o planejamento das políticas de saúde nas três esferas de gestão.

No entanto, em uma análise mais criteriosa, sem querer refutar a importância do PlanejaSUS para o avanço do pacto federativo, não se pode negar as limitações no cumprimento da sua função. Nesse caso, o número excessivo de publicações de portarias ministeriais relacionadas ao planejamento, demonstrando dificuldades do MS em definir certa direcionalidade ao processo; os limites impostos para o funcionamento do planejamento ascendente, relacionado a dificuldade de integrar os 26 Estados, o Distrito federal e os 5.570 municípios; e o descompasso entre plano e orçamento, característica histórica do planejamento governamental brasileiro; dentre outros, são alguns dos fatores que poderiam explicar o “fracasso” do PlanejaSUS em integrar seus instrumentos à implementação das políticas de saúde. Ou seja, após um breve período de tentativas de recuperação do planejamento, por meio do PlanejaSUS, observa-se nas iniciativas do MS, uma fragilização do processo de planejamento.

Em meio à esse conjunto de publicações, o Presidente da República acrescentaria mais uma, ao publicar no dia 10 de maio de 2007, o Decreto [não numerado] convocando para o período de 14 à 18 de novembro de 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁶³ com o tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, a ser organizada e coordenada [Francisco Batista Junior] pelo Conselho Nacional de Saúde com apoio (inclusive financeiro) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS, e presidida pelo Ministro de Saúde [José Gomes Temporão].

A escolha do tema central, da 13ª CNS¹⁶⁴, demonstrava a preocupação dos diversos segmentos da sociedade em relação as questão da saúde e a qualidade de vida, de tal modo

¹⁶³ “Pela primeira vez uma Conferência é coordenada pelo presidente eleito do CNS. Isso representa uma conquista social sem precedentes e um passo largo na consolidação democrática das relações entre o Governo, representado pelo Ministério da Saúde, e os conselhos de saúde de todo o país” (BRASIL, 2008a, p. 9).

¹⁶⁴ Essa conferência foi precedida de 4.413 conferências municipais e 27 conferências estaduais, o que representa respectivamente 77% de todos os municípios do país e 100% dos estados (contando com o Distrito Federal). O resultado deste esforço refletiu na presença de 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados, que coletivamente promoveram debates equilibrados, às vezes bastante acirrados, proporcionando discussões participativas, maduras e menos conservadoras, ou seja, sintonizadas com os preceitos do SUS (BRASIL, 2008a; 2009a).

que essa relação não poderia ser limitada à uma Política de Governo, mas deveria ser elevada ao patamar de uma Política de Estado.

Durante a realização da conferência, os debates foram organizados em torno de três eixos temáticos¹⁶⁵: 1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde (BRASIL, 2008a).

Ao final da conferência, dentre as deliberações debatidas no eixo temático “a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”, e inscritas no Relatório Final, merece destaque:

Ampliar a compreensão sobre a saúde a partir de uma abordagem intersetorial para assegurar a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual da Saúde (PPA), com a participação dos conselhos de saúde e da população, com base nos planos de saúde aprovados pelos conselhos, no Pacto pela Saúde e nos relatórios finais das conferências, garantindo que o repasse fundo a fundo seja transparente e equânime, tendo em vista as diferenças regionais e estabelecendo instrumentos de responsabilização da gestão em saúde que assegurem a execução das ações previstas nestes documentos (RF 13ª CNS – BRASIL, 2008a, p.163, itálico nosso).

Esse aspecto demonstrava preocupação dos participantes com a inclusão da sociedade civil organizada na elaboração do planejamento em saúde, recomendando que o MS pudesse inserir no PNS os programas e as ações deliberados nas instâncias colegiadas [Conselhos e Conferências] de modo que, o PPA e as Leis Orçamentárias também contivesse o detalhamento das políticas previstas no plano.

Para fins de análise do Planejamento Governamental em Saúde (PGS) no período em questão, ainda podem ser destacados outros atos normativos que foram publicados na forma das Portarias¹⁶⁶ n° 204/2007; n° 376/2007; n 1.229/2007; n° 1.510/2007; n° 1.885/2008; n° 3.176/2008; n° 2.327/2009; n° 2.751/2009 e n° 1.964/2010.

¹⁶⁵ O debate em torno destes eixos geraram 691 resoluções e 157 monções (BRASIL, 2009a, p.21).

¹⁶⁶ Ver nas referências: BRASIL, 2007b; 2007c; 2007d; 2007e; 2008b; 2008c; 2009d; 2009e; 2010b.

Publicada no dia 29 de janeiro de 2007, a Portaria nº 204/2007¹⁶⁷, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde. No intuito de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços, assim como fortalecer os compromissos e responsabilidades sanitárias inscritas no processo da PPI, a referida portaria definiria que os recursos federais passariam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento¹⁶⁸, constituídos por componentes, conforme especificidade de suas ações e de seus serviços de saúde pactuados.

A portaria nº 376/2007¹⁶⁹, publicada no dia 16 de fevereiro de 2007, instituiria incentivo financeiro para a implementação do PlanejaSUS, devendo ser transferido, em parcela única e de forma automática aos Fundos de saúde. Com isso, estabelecia que o PlanejaSUS tivesse “expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS” (Pt. nº 376 – BRASIL, 2007c).

Baseado na responsabilidade¹⁷⁰ de cada esfera de gestão com o sistema de planejamento, o MS publicou no dia 24 de maio de 2007, a Portaria nº 1.229/2007¹⁷¹, aprovando as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG). Além desse instrumento, foram publicadas, em 2008, as Portarias nº 1.885/2008¹⁷² e nº 3.176/2008¹⁷³. A primeira, publicada em 9 de setembro de 2008, instituiu o incentivo financeiro para a implementação do PlanejaSUS a ser transferido anualmente, de forma automática, aos fundos de saúde (BRASIL, 2008c). A segunda [Pt. nº 3.176/2008], publicada em 24 de dezembro de 2008, aprovaria as “orientações acerca da elaboração, da aplicação e

¹⁶⁷ Com a publicação da Portaria nº 204/2007, foram revogadas as Portarias nº 59 (16/01/1998); nº 531 (30/04/1999); nº 2.425 (30/12/2002) e nº 698 (30/03/2006). Essa portaria, foi responsável pela produção de setenta e quatro (74) publicações de atos normativos correlatos [LEGISLAÇÃO CORRELATA], necessários para a sua adequação. Além disso, foi **alterada** sete vezes por meio da publicação de portarias (nº 1497/2007; nº 403/2009; nº 837/2009; nº 2.025/2011; nº 2.207/2011; nº 2.299/2011 e nº 1.814/2013) e **revogada parcialmente** em seis oportunidades, por meio da publicação das portarias (Nº 3.237/2007; nº 3.252/2009; nº 3.462/2010; nº 1.408/2013; nº 1.554/2013 e nº 1.555/2013).

¹⁶⁸ Em conformidade com o Art. 4º da Portaria nº 204/2007, foram estabelecidos seis blocos de financiamento da saúde, a saber: I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica; V – Gestão do SUS; e VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Pt. nº 204 – BRASIL, 2007b).

¹⁶⁹ Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria nº 2.135/2013, publicada no DOU do dia 26/09/2013.

¹⁷⁰ O Art. 32º, da Portaria nº 204/2007, normatiza que “a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde” (Pt. nº 204 – BRASIL, 2007b)

¹⁷¹ Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria nº 3.176/2008, publicada no DOU do dia 30/12/2008.

¹⁷² Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria nº 2.135/2013, publicada no DOU do dia 26/09/2013.

¹⁷³ A publicação da portaria nº 3.176/2008, **revogou** a Portaria nº 1.229/2007, publicada no DOU nº 100, seção 1, p.45, do dia 25/05/2007. No entanto, essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria nº 2.135/2013, publicada no DOU do dia 26/09/2013.

do fluxo do Relatório Anual de Gestão¹⁷⁴” (BRASIL, 2008c). Além disso, estabeleceria em seu Art. 2º, que:

O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

§ 1º A formulação de qualquer um desses instrumentos básicos referidos no caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento.

§ 2º O PS, elaborado para um período de quatro anos, é o instrumento que, no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais devem ser expressas nas respectivas PAS.

§ 3º Os TCG devem ser elaborados de acordo com os respectivos Planos de Saúde (Pt. n.º 3.176 – BRASIL, 2008c).

Novamente, os últimos anos do período de governo Lula [2009 e 2010] foram marcados, por publicações de portarias ministeriais, vinculadas diretamente às normatizações referentes aos aspectos financeiros da implementação do PlanejaSUS. De modo que, em 2009 foram publicadas as Portarias n.º 2.327/2009¹⁷⁵ e n.º 2.751/2009¹⁷⁶ e, em 2010, foi publicada a Portaria n.º 1.964/2010¹⁷⁷.

A Portaria n.º 2.327, publicada no dia 6 de outubro de 2009, definiria para o ano de 2009, o incentivo financeiro destinado à implementação do PlanejaSUS. A Portaria n.º 2.751, publicada no dia 11 de novembro de 2009, estabeleceria os prazos e processos para formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde (Pt. n.º 1.751 – BRASIL, 2009). Já a Portaria n.º 1.964/2010, publicada pelo MS em 23 de julho de 2010, definiria o incentivo financeiro para o ano de 2010.

A análise desse número excessivo de portarias ministeriais da saúde, no período de governo Lula, revelaria o aumento quantitativo de publicações de documentos jurídicos-normativos referentes ao planejamento, de modo que estes acabaram por assumir um papel de destaque, se comparados aos governos anteriores. No entanto, não é possível perceber uma

¹⁷⁴ É o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS nas respectivas esferas de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e das respectivas PAS (Pt. n.º 3.176 – BRASIL, 2008c)

¹⁷⁵ Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria n.º 2.135/2013, publicada no DOU do dia 26/09/2013.

¹⁷⁶ Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria n.º 1.580/2012, publicada no DOU do dia 20/07/2012.

¹⁷⁷ Essa portaria foi **revogada totalmente** pela Portaria n.º 2.135/2013, publicada no DOU do dia 26/09/2013.

relação direta entre o número elevado de publicações e as melhorias qualitativas prometidas nos instrumentos de regulação, de tal modo, que essas portarias ficaram limitadas à função de induzir, de forma centralizada, a definição das políticas de saúde. Além disso, esse caráter indutor que qualificou as portarias ministeriais desde a promulgação da CF/88, em especial no período em análise, tem demonstrado que as decisões sobre as políticas de saúde ficaram centralizadas no MS.

7.3 Os PPAs da saúde no governo Lula: PPA 2004-2007 e PPA 2008-2011

O primeiro Plano Plurianual (PPA) 2004/2007 elaborado no período de Governo de Lula, foi intitulado “*Plano Brasil para todos: participação e inclusão*”. Apesar de ter seguido o mesmo modelo do plano anterior, pode ser apontado como um instrumento que apresentou como grande inovação a introdução da participação da sociedade civil organizada em seu processo de elaboração. Neste sentido, a sistemática para construção do plano ganharia atenção especial do novo bloco de poder, disposto a promover um processo de debates em torno das preocupações com o desenvolvimento econômico (necessário para construir a retomada do crescimento com geração de emprego, renda, redução das desigualdades e inclusão social), e também, alinhado às demandas sociais, carentes de políticas públicas que contribuam para o desenvolvimento com justiça social.

Diante desse desafio, observa-se que o processo de elaboração do PPA 2004/2007, foi sendo gestado de forma participativa com “a presença de 4.738 pessoas, representando 2.170 entidades da sociedade civil” (BRASIL, 2003d, p. 13), garantindo o envolvimento direto da sociedade em todos os debates promovidos no país. Na prática, foram realizados 27 Fóruns de Participação Social¹⁷⁸ (FPS), com a possibilidade de avaliar e formular sugestões e propostas para o planejamento, demonstrando segundo o próprio texto introdutório do PPA, que:

O processo de elaboração do Plano Plurianual 2004/2007 inaugura uma nova fase no planejamento governamental brasileiro. *A construção e a gestão do Plano a partir de um amplo debate com a sociedade busca a implantação de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, marcado pela transparência, solidariedade e corresponsabilidade. A implementação de mecanismos que ampliem a participação da sociedade nas escolhas de políticas públicas é um traço distintivo deste PPA (PPA 2004/2007 – BRASIL, 2004c, itálico nosso).*

¹⁷⁸ Estes fóruns foram realizados nos 26 Estados e no Distrito Federal, com o objetivo de “discutir as diretrizes para um novo modelo de desenvolvimento assentado não só nos princípios da justiça, mas também em estruturas que ampliassem a participação social e o controle público sobre o processo orçamentário e sobre os recursos públicos” (BRASIL, 2003d).

Esse novo cenário poderia ser apontado como uma demonstração da intenção do governo Lula, em criar uma forma de implementar políticas, envolvendo a sociedade nos debates sobre a definição do modelo de desenvolvimento, característica da nova fase do planejamento governamental, centrada em uma metodologia participativa.

Sobre esse envolvimento da sociedade civil organizada na elaboração do PPA 2004/2007, o Presidente, no dia 14 de agosto de 2003, em discurso na cerimônia de entrega dos Relatórios dos 27 Fóruns de Participação Social, assim pronunciou:

Esse Plano Plurianual não é uma peça de ficção que vamos dar entrada na Câmara dos Deputados e que, muitas vezes, por um simples acordo de liderança, a maioria vota sem saber o seu conteúdo. Nós queremos que os congressistas brasileiros, ao receberem o projeto do Plano Plurianual, tenha clareza de que isso é resultado do mais importante debate já feito com a sociedade civil brasileira, para discutir o futuro do desenvolvimento do nosso país. Todos os governadores foram chamados e participaram; todos os prefeitos foram chamados e muitos participaram; todas as centrais sindicais foram chamadas e muitas participaram; todo movimento popular organizado foi chamado a participar e muitos participaram. Empresários micros, pequenos, médios e grandes participaram. Portanto o resultado desse Plano Plurianual pode não ser a coisa mais extraordinária que todos nós sonhávamos, mas certamente é o plano que tem a maior densidade de participação da sociedade, do que qualquer outro que já foi lançado no Brasil (LULA, 14/08,2003, p.2 – SILVA, 2003b, itálico nosso)

Neste contexto de transição, o planejamento governamental, muito mais no nível do discurso, inaugurava um novo modelo de estratégia de desenvolvimento à longo prazo, numa tentativa de promover as transformações necessárias para “construir uma sociedade dinâmica e moderna, tirar o País da letargia, gerar empregos, riquezas e estabelecer justiça social” (BRASIL, 2003b, p. 13). Para tanto, o PPA 2004/2007, no discurso oficial do governo, representaria a peça-chave do planejamento econômico e do planejamento social, necessários ao desenvolvimento de ações direcionadas para a redução das desigualdades sociais.

Entende-se, em conformidade com o novo modelo de planejamento governamental, que o governo federal fez uma opção de tentar, a partir da inclusão da sociedade civil nos debates, superar a visão tecnocrática do planejamento inserida no interior do Estado brasileiro. Para isso, apostou em um modelo de PPA organizado de acordo com uma visão estratégica de desenvolvimento de logo prazo, centrada na participação, na revisão periódica

do plano e na valorização da gestão. Uma aposta que, apesar das iniciativas de inclusão da participação social nos debates, ficaria situada muito mais nos espaços dos discursos.

Apostando nessa estratégia, no dia 11 de agosto de 2004, o Presidente Lula, sancionou a Lei nº 10.933/2004 (BRASIL, 2004c) que “dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2004-2007”, tendo como objetivo central a inclusão social. O parágrafo único, do Art. 1º da referida Lei, estabelece que a Orientação Estratégica do Governo; os Programas de Governo; o Órgão responsável por Programas de Governo; e os Programas Fiscais, integram o PPA.

Sendo estruturado segundo a lógica de programas e projetos de infraestrutura com gerenciamento diferenciado, esse PPA contribuiria, no que se refere a integração do Plano e Orçamento, para que na prática houvesse um aprofundamento da ideia do PPA anterior.

Uma das questões complexas do PPA 2004/2007, encontra-se indicada no Art 5º da Lei nº 10.933/2004, que atribuía ao plano, à possibilidade de revisão anual, desde que o Poder Executivo elaborasse uma proposta e, por meio de projeto lei, encaminhasse ao Congresso Nacional até 31 de agosto de cada ano. Essa situação possibilitou a alteração ou exclusão de programas, bem inclusão de novos programas e, caracterizou o plano como um instrumento burocrático com predominância do orçamento¹⁷⁹ sobre o planejamento.

Quanto a Orientação Estratégica de Governo¹⁸⁰, ficava estabelecido:

O ponto de partida seria a Estratégica de Desenvolvimento de Longo Prazo: inclusão social e desconcentração de renda com vigoroso crescimento do produto e do emprego; crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos, e por elevação da produtividade; redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam esse crescimento sustentado; e valorização da identidade e da diversidade cultural, fortalecimento da cidadania e da democracia (PPA 2004/2007 – BRASIL, 2004c, itálico nosso).

Desse modo, a Orientação Estratégica de Governo, se desdobraria em cinco dimensões articuladas em três Megaobjetivos, a saber: Megaobjetivos I – Inclusão Social e redução das Desigualdades Sociais (dimensão: SOCIAL); Megaobjetivos II – Crescimento com geração

¹⁷⁹ Um exemplo clássico dessa situação pode ser evidenciado nas diversas alterações dos anexos II, III e IV da Lei nº 10.933/2004. Estes três anexos foram alterados pela Lei nº 11.318/2006 e, sequencialmente alterados pela Lei nº 11.450/2007.

¹⁸⁰ É o instrumento que rege a formulação e a seleção dos programas que integram o PPA 2004/2007 (BRASIL, 2004c).

ode trabalho, emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades sociais (dimensões: ECONÔMICA, REGIONAL e AMBIENTAL); e Megaobjetivos III – Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia (dimensão: DEMOCRÁTICA). Cada um dos Megaobjetivos contém desafios que expressam os alvos a serem atingidos pelo governo para a promoção do desenvolvimento, de modo que ao total foram estabelecidos 30 desafios¹⁸¹ (BRASIL, 2003d).

Em síntese, ao analisar o modelo de planejamento adotado no período de governo Lula em relação ao modelo do período de governo FHC, é possível sinalizar que poucas seriam as mudanças, o que representou de certa forma, uma continuidade da ideia conceitual e metodológica, do modelo de gestão, e principalmente da maneira pela qual o plano foi organizado em programas.

Por outro lado, o planejamento plurianual do período de governo Lula, diferenciou-se dos anteriores, especialmente, em sua sistemática. A elaboração do plano adotando uma estratégia participativa¹⁸², fazendo uso do planejamento como instrumento da democracia e considerando “o Estado como indutor do desenvolvimento social e regional e condutor do crescimento econômico” (CEZAR, 2012, p.1000), demonstrava a tentativa de se construir uma dinâmica de participação da sociedade civil e o esforço do governo em formular planos e programas buscando o desenvolvimento econômico, sem perder o foco o desenvolvimento social.

Ainda nesta direção das análises dos PPAs, especialmente dos PPAs da Saúde, implementados no período de governo Lula [2003/2010], observa-se que em cumprimento à CF/88, no dia 30 de agosto de 2007, foi apresentado ao Congresso Nacional, a mensagem presidencial¹⁸³ do PPA 2008/2011, reafirmando o compromisso do governo em promover o crescimento econômico com inclusão social e redução das desigualdades regionais. Isso demonstraria que o plano representaria uma continuidade da estratégia de desenvolvimento de longo prazo, iniciada com o PPA anterior.

¹⁸¹ Estes desafios foram enfrentados por meio de 374 programas que por sua vez, contemplaram cerca de 4.300 ações (BRASIL, 2003d).

¹⁸² No relatório produzido pelo Banco Mundial à pedido do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Matsuda; Shepherd; Wenceslau (2006, p.7) apontam que “infelizmente, a falta de acompanhamento sistemático dos resultados, desse processo de consultas contribuiu para o descrédito dessa iniciativa de planejamento participativo”.

¹⁸³ Essa mensagem reafirmava que a construção do Plano “contou com a participação de segmentos representativos da sociedade efetivada em cerca de 40 Conferências sobre diversas políticas públicas, inúmeros fóruns e Conselhos. Essa participação ativa, que será fortalecida na avaliação das políticas a serem implementadas, aprofundará o controle social das ações de governo” (BRASIL, 2007g).

Assim, o Presidente da República sancionaria no dia 7 de abril de 2008, a Lei nº 11.653/2008, que dispõe sobre o PPA 2008/2011, o qual definiria programas e ações a serem observadas nas leis de diretrizes orçamentárias anuais (BRASIL, 2008d). Os programas foram definidos enquanto instrumentos de ação governamental que articulariam um conjunto de ações visando a concretização do objetivo nele estabelecido. Já as ações deveriam ser compreendida como instrumentos de programação que contribuiria para atender aos objetivos de um programa, sendo orçamentária ou não-orçamentária (BRASIL, 2008d).

Nesse sentido, o PPA 2008/2011 – “*Desenvolvimento com Inclusão Social e Educação de Qualidade*” – buscava incorporar as principais prioridades previstas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Tal incorporação é um indício da continuidade aos instrumentos de planejamento implementados no PPA anterior e, também de que o “novo” instrumento perderia o protagonismo frente a prioridade do governo com o PAC. No entanto, o PPA apresentou como estratégia de desenvolvimento, a definição de três agendas prioritárias¹⁸⁴, dentre as quais, a Agenda Social¹⁸⁵ (BRASIL, 2007g; 2008d).

A análise da Agenda Social, enquanto um dos eixos prioritários do PPA 2008/2011, revelaria que na prática, a maioria das ações priorizadas por esse instrumento já estavam sendo implementadas deste o primeiro mandato do governo Lula [2003/2006], de modo que, essa nova organização seria estruturada apenas para reforçar o compromisso do governo com a ampliação de um modelo de desenvolvimento que contemple a inclusão social. Desse modo, os objetivos da agenda foram “reduzir a desigualdade social; consolidar uma política garantidora de direitos; buscar a gestão integrada das políticas, promovendo oportunidades; e incentivar a pactuação federativa entre União, estados e municípios” (IPEA, 2008, p.15).

Antes de discutir e analisar os aspectos referentes ao PGS no segundo período do governo Lula, é interessante destacar que, pouco mais de dois meses após a posse do

¹⁸⁴ O PPA 2008/2011, definiria três agendas prioritárias: 1) Agenda Social; 2) Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE); e 3) Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (BRASIL, 2007). No caso do PAC, o Art. 11º, do Decreto nº 11.653/2008, estabeleceu que “as ações do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC constantes do Plano Plurianual 2008-2011 integram as prioridades da Administração Pública Federal, e terão tratamento diferenciado durante o período de execução do Plano” (BRASIL, 2008d).

¹⁸⁵ **Agenda Social:** compreende um conjunto de iniciativas prioritárias, com ênfase: nas transferências condicionadas de renda associadas às ações complementares; no fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos; na cultura e na segurança pública. A prioridade é a parcela da sociedade mais vulnerável (BRASIL, 2007f, p.13).

presidente, assumiria o Ministério da Saúde, José Gomes Temporão¹⁸⁶. Já em seu discurso de posse, o novo ministro, demonstrava as intenções de estabelecer novos modelos de gestão¹⁸⁷ que garantisse os princípios do SUS, mas também que permitisse que as instituições de saúde operassem em bases de maior eficiência e qualidade¹⁸⁸. Para tanto, seria fundamental a formulação de uma agenda estratégica, integrada à estratégia nacional de desenvolvimento lançada pelo governo federal, por meio do PAC.

Essa descrição, das intenções do MS, deixava entrever que a concepção do Programa “Mais Saúde: direito de todos” aconteceria durante o processo de elaboração do PPA 2008/2011. Situação concretizada quando em 05 de dezembro de 2007, o Presidente da República, lança o PAC Saúde¹⁸⁹, ou seja, quatro meses antes do Presidente sancionar a Lei que disporia sobre o PPA 2008/2011.

O lançamento do programa aconteceria em um momento crítico, já que no Congresso Nacional o governo travava uma batalha com a oposição, no sentido de renovar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Não por acaso, o presidente Lula, concentrou seu discurso na apresentação de argumentos a favor da aprovação da CPMF, fato que acabou por ofuscar a importância da cerimônia de lançamento do PAC Saúde. Em um dos trechos mais incisivos, assim argumentava o presidente:

(...) eu não tenho vergonha e muito menos tenho razão para não dizer que eu mudo de posição, por isso é que há muito tempo eu digo que prefiro ser considerado uma metamorfose ambulante, por estar mudando na medida em que as coisas mudam, eu não tenho a dureza do manifesto de um partido comunista ortodoxo, em que tudo já está escrito (...) Pois bem, eu precisei chegar à presidência da República para perceber que é muito mais fácil ser oposição do que ser governo. Quando você é oposição, você trabalha com: “eu acho”, “eu penso”, “eu acredito”. Quando você chega ao governo, você não acha, não pensa, não acredita. Você faz ou não faz, você executa ou não executa (SILVA, 2007, p. 5, itálico nosso).

¹⁸⁶ Médico Sanitarista. Mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ) e Doutor em Saúde Coletiva (UFRJ). Ocuparia a função de Ministro da Saúde do dia 16/03/2007 até o dia 31/12/2010, ou seja, exerceu essa função por todo o período de governo Lula.

¹⁸⁷ O governo, então, passaria a adotar um “modelo de gestão orientado por resultados”, com a finalidade de conferir melhorias no desempenho organizacional. Esse modelo seria desenvolvido tomando como referência a integração de metodologias do Governo Federal e do Balanced Scorecard. Envolveria as seguintes etapas: diagnóstico organizacional; definição de agenda estratégica; realinhamento da estrutura; processo e força de trabalho e a implementação orientada por resultados (TEMPORÃO; MAZZOLI, 2009).

¹⁸⁸ Em discurso de posse, o Ministro “Temporão” apresentaria vinte e duas (22) propostas indicando seus compromissos à frente do Ministério. A 21ª proposta descreveria sua intenção em construir um novo modelo de gestão para a saúde. O discurso de posse (completo), está disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/2014_2002.php.

¹⁸⁹ Lançado inicialmente como PAC-Saúde, posteriormente assumiria a denominação Programa “Mais Saúde: direito de todos”.

O fato é que havia, naquele momento, o entendimento que a não prorrogação da CPMF¹⁹⁰ prejudicaria as pretensões do setor saúde em obter os recursos financeiros necessários para desenvolver o Programa “Mais Saúde”¹⁹¹. Apesar desta questão, no programa constaria um plano detalhado dos investimentos prioritários do MS para o quadriênio 2008/2011, numa tentativa de reorganizar o planejamento governamental em saúde, integrando as ações prioritárias aos aspectos orçamentários.

Esse programa destacaria, ainda, a iniciativa de se construir uma frente de expansão da saúde vinculada ao desenvolvimento econômico e social, integrando as ações de saúde com outras políticas públicas e visando a construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral, associado à estratégia nacional de desenvolvimento do Governo Federal¹⁹² (BRASIL, 2008e).

Com este propósito, o programa foi estruturado em sete diretrizes estratégicas¹⁹³, que nortearam os quatro pilares¹⁹⁴ bases do programa, e os sete eixos de intervenção, a saber: promoção da saúde; atenção à saúde; complexo industrial e de inovação em saúde; força de trabalho em saúde; qualificação da gestão; participação e controle social; e cooperação internacional. Destes, merece destaque a implementação de uma política de fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS)¹⁹⁵, por ser um novo eixo que até então, era pouco explorado dentro da política de saúde promovida pelo MS.

¹⁹⁰ A não prorrogação da CPMF representou uma derrota do governo, que além de evidenciar o enfraquecimento junto ao Legislativo, também contemplou o impacto negativo dessa derrota junto ao Programa “Mais Saúde”, com limitação da implementação de algumas propostas de expansão dos serviços (IPEA, 2008).

¹⁹¹ O programa contemplava 73 medidas e 165 metas, num total de R\$ 89,4 bilhões, estando R\$ 16,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24,3 bilhões destinados à expansão das ações (BRASIL, 2008e).

¹⁹² Essa estratégia foi lançada em janeiro de 2007, com a criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), composto por vários outros programas setoriais (Infraestrutura, Educação, Segurança e Saúde) (BRASIL, 2008d).

¹⁹³ São elas: 1) Consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral; 2) Promoção da Saúde e Intersetorialidade; 3) Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida; 4) Estratégia de regionalização, participação social e relação federativa; 5) Complexo Produtivo e Inovação em Saúde; 6) Qualidade e eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde; e 7) Equacionar a situação do subfinanciamento do SUS (BRASIL, 2008d).

¹⁹⁴ São eles: 1) Promoção e atenção à saúde: a família no centro da mudança; 2) Gestão, trabalho e controle social; 3) Ampliação do acesso com qualidade; e 4) Produção, desenvolvimento e cooperação em saúde (TEMPORÃO; MAZZOLI, 2009).

¹⁹⁵ O desenvolvimento produtivo do CIS foi incluído na agenda de diversos planos estratégicos do Governo Federal e do MS, em parceria com Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (MDIC/BNDES), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), e Unidades da Federação. A implementação do CIS incluía: investimentos na rede de laboratórios oficiais de medicamentos e nos produtores públicos de vacinas; fomento à inovação; alteração da legislação para permitir o uso estratégico do poder de compra do Estado; consolidação da Rede Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; promoção e modernização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para garantir a qualidade e a eficiência do processo de produção e inovação nacional; entre outras (BRASIL, 2008d).

Ao analisar o PPA 2008/2011, é possível sinalizar para alguns pontos de reflexão, dentre os quais o fato deste plano ter sido elaborado a partir de um cenário favorável, no qual estava em evidência a retomada do crescimento econômico. Desse modo, sem negar o fato de que houve melhorias no PPA 2008/2011, se comparado com os PPAs anteriores, a exemplo do pragmatismo voltado para responder às demandas setoriais; e expansão de investimentos em infraestrutura, por meio do PAC, essa análise impõe um críticas em relação à estrutura do plano, que ao apresentar apenas distribuições orçamentárias, acabava por se concretizar muito mais como um Programa Orçamentário para definir as ações do governo do que propriamente um plano de governo elaborado enquanto um planejamento governamental de longo prazo.

No caso da análise do Programa “Mais Saúde” é possível sinalizar como fator limitador do programa, o fato da não aprovação da CPMF, que por consequência, hipoteticamente, acabaria comprometendo a implementação de algumas ações previamente previstas no plano¹⁹⁶. Também podem ser indicados como limitações da implementação do programa os aspectos referentes à regionalização que enfrentou restrições maiores do que os resultados esperados.

Outro aspecto importante em relação às iniciativas de PGS, no âmbito federal, no período em análise, está relacionado à formulação da agenda estratégica, concretizada no Programa “Mais Saúde” e, que seria utilizada como instrumento balizar para o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS). Nesse sentido, as ações de saúde inseridas na política de desenvolvimento do governo federal e inscritas no “Mais Saúde”, foram identificadas e incorporadas no processo de formulação do PNS.

Em síntese, é possível apontar que, o período de governo Lula, de 2003 à 2010, seria marcado pela participação da sociedade civil organizada no processo de formulação do planejamento governamental; e pela tentativa de integração entre os diversos instrumentos de planejamento, a exemplo do PNS, do PPA, do Programa “Mais Saúde”, entre outros. Apesar destes aspectos e dos espaços políticos-institucionais favoráveis, o planejamento governamental apresentou suas fragilidades, especialmente em relação ao PPA 2008-2011 que devido ao lançamento do PAC (em 2007), teve suas iniciativas “atropeladas” pelas estratégias deste programa.

¹⁹⁶ Sobre essa situação, o CONASS e o CONASSEMS, em comum acordo, assumiram uma posição de que o MS deveria assegurar, conforme o Programa “Mais Saúde”, recursos para ações já comprometidas e acordadas previamente no Pacto pela Saúde e, deveria ainda ter cautela para aprovar novos programas e propostas que não tivesse sustentabilidade financeira (IPEA, 2008).

8 PERÍODO DE GOVERNO DILMA (2011-2014)

O povo brasileiro quer democratizar, cada vez mais, a renda, o conhecimento e o poder. O povo brasileiro quer educação, saúde, e segurança de mais qualidade. O povo brasileiro quer ainda mais transparência e mais combate a todos os tipos de crimes, especialmente a corrupção e quer ainda que o braço forte da justiça alcance a todos de forma igualitária (DILMA, discurso de posse, 01/01/2015)

8.1 Condições político-institucionais e a situação da saúde

As últimas eleições presidenciais, realizadas em outubro de 2014, confirmaram a permanência de Dilma Vana Rousseff (Dilma) à frente do maior cargo público do país. Assim, a análise da dinâmica do primeiro período de governo Dilma (2011 – 2014), será tratada neste estudo, como tendência, uma vez que, possivelmente, a análise do segundo mandato (2015 – 2018), de governo Dilma, ainda não pode ser realizada.

De início, destaca-se a estratégia política adotada pelo presidente que não mais poderia concorrer à reeleição, e por isso, recomendaria ao Partido dos Trabalhadores (PT) que indicasse Dilma Vana Rousseff (Dilma)¹⁹⁷, à época Ministra-Chefe da Casa Civil¹⁹⁸ como a candidata do governo. Em 13 de junho de 2010, o PT oficializaria a candidatura da ex-ministra, que teria como maior adversário político, José Serra¹⁹⁹, oficializado candidato um dia antes, durante a convenção do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), realizada na cidade de Salvador-BA.

As eleições presidenciais, realizada em primeiro turno do dia 03 de outubro de 2010, contaria com a participação de nove candidatos²⁰⁰, dos quais seriam eleitos para o segundo

¹⁹⁷ Um destaque interessante na indicação de Dilma deve-se ao fato de que pela primeira vez na história, uma mulher concorreria às eleições presidenciais, com chances significativas de ser eleita. Além disso, “dos três principais candidatos, no primeiro turno, dois eram mulheres: Marina Silva e Dilma Rousseff, que obtiveram, juntas, 66% dos votos” (FONSECA-SILVA, 2012, p.198)

¹⁹⁸ No dia 16/06/2005, em função das acusações de envolvimento com o “escândalo do mensalão”, o Ministro-Chefe da Casa Civil [José Dirceu], renunciaria ao cargo. Em substituição à Dirceu, no dia 20/06/2005, seria nomeada Dilma Vana Rousseff, a primeira mulher a assumir esse cargo na história do Brasil.

¹⁹⁹ Candidato derrotado nas eleições presidenciais de 2002, pela "Coligação Grande Aliança" (PSDB-PMDB-PFL). Em 2010, ainda governador do Estado de São Paulo, às vésperas de deixar o cargo para concorrer às eleições presidenciais, pesquisa do DataFolha indicava um índice de 55% de aprovação do seu governo. Ver: <http://datafolha.folha.uol.com.br/eleicoes/2010/indice-1.shtml>.

²⁰⁰ Ver: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2010/estatisticas>.

turno, a candidata do PT (Dilma) e o candidato do PSDB (Serra). Ao final do segundo turno Dilma seria eleita com 55.752.529 dos votos válidos, contra os 43.711.388 dos votos válidos do candidato Serra.

No plano econômico, a crise financeira internacional [2007/2008]²⁰¹ provocaria um encolhimento da economia mundial, inclusive com reflexos na economia brasileira que, ainda em 2008, entrava em um processo de desaceleração. Com isso, os primeiros anos de governo Dilma revelariam os limites impostos “ao modelo de crescimento²⁰² baseado no mercado interno e na redistribuição da renda” (TEIXEIRA; PINTO, 2012, p.28), caracterizado pelo elevado crescimento do consumo das famílias e pelo baixo dinamismo industrial, demonstrando que a economia começava a apresentar “sinais” de crise.

Mesmo diante deste cenário, Barbosa (2013, p.70) avalia como positiva as medidas adotadas pelo governo Dilma, particularmente no que se refere a adaptação do Brasil ao novo cenário internacional e a continuidade de ampliação do modelo de desenvolvimento econômico com inclusão social, iniciado em 2003, no período de governo Lula. Contrariando a avaliação de Barbosa (2013), o que se evidenciou logo no início do governo Dilma foi um conjunto de medidas²⁰³ de caráter privatista, com tendências à manutenção do modelo econômico que prevaleceu durante os governos FHC e Lula (MENEZES, 2014).

A política econômica adotada pelo governo Dilma, marcaria uma continuidade, sem rupturas, da política econômica do governo anterior. As ações de combate à inflação fizeram com que o governo retomasse o caminho das políticas macroeconômicas mais restritas sem, contudo, perder de vista o projeto de desenvolvimento que havia sustentado as conquistas sociais e a diminuição das desigualdades.

²⁰¹ Na década de 2000, a expansão do consumo nos EUA; a valorização imobiliária (mesmo em um quadro de estagnação da renda das famílias e das empresas); e principalmente, a quebra do quinto maior banco norte-americano (Lehman Brothers), em setembro de 2008, são destacados como acontecimentos que, somados, marcariam o início de uma crise financeira internacional nunca vista, desde 1929, com a Grande Depressão (FERRAZ, 2013).

²⁰² Especialmente durante o segundo período de governo Lula, “a economia brasileira entrou em um novo regime de crescimento, puxado pela demanda, no qual as políticas de distribuição de renda e o crescimento do mercado interno, com a incorporação de ampla parcela da população antes excluída do consumo de massa, tiveram papel fundamental” (TEIXEIRA; PINTO, 2012, p.28).

²⁰³ Durante o seu governo, foram anunciadas várias medidas de austeridade, tais como: cortes orçamentários, que atingiriam principalmente as áreas sociais – saúde e educação; privatização dos aeroportos, com fortes subsídios estatais; restrição de investimentos; criação da agência reguladora – Empresa de Planejamento e Logística (EPL); transferência à iniciativa privada da manutenção, construção e exploração de rodovias e ferrovias; abertura do capital da Infraero; leilões do petróleo do Pré-sal; entre outras (MENEZES, 2014).

Nesse sentido, a partir de 2012, o governo adotaria uma série de medidas na tentativa de manter o ritmo de crescimento do PIB brasileiro. Tais iniciativas revelariam a preocupação do governo em relação a atuação insatisfatória da atividade econômica, justificada pelo desempenho decepcionante da indústria e dos investimentos (CAGNIN; et. al., 2013). No entanto, a adoção de algumas medidas “expansionistas”²⁰⁴ não foi suficiente para impedir que o PIB sofresse desaceleração.

O esforço do governo também pode ser observado nas políticas sociais, com a adoção de uma série de ações²⁰⁵ de “combate à pobreza com aumento do valor das transferências de renda”; “de incentivo ao ensino técnico e à qualificação da mão de obra, o Pronatec”; e “da redução das tarifas de energia elétrica”²⁰⁶; dentre outras (BARBOSA, 2013). Porém, na contramão da retomada das políticas mais expansionistas, ainda em 2012, a presidente recorreria à iniciativa privada, e lançaria o “Plano Nacional de Logística (PNL)”, reinserindo nos debates políticos as questões relacionadas às privatizações de médio e longo prazo.

Em linhas gerais, o período de governo Dilma (2011 – 2014) ficaria marcado, inicialmente, por escolher adotar “medidas de contenção à demanda doméstica, cuja expansão causava pressões inflacionárias” (ABOUCHEID, 2014, p.115). Desse modo, as medidas demonstravam a continuidade das políticas econômicas e sociais adotadas pelo governo anterior, numa tentativa de preservar o mercado interno e as políticas sociais. A questão que se colocaria é: que futuro está sendo desenhado para a política econômica e social? Até quando o governo de Dilma conseguiria sustentar a política de desenvolvimento, em um cenário de visível esgotamento do ciclo de consumo da sociedade? Quais as consequências do pacto de concessões para o setor saúde à médio e longo prazo? Enfim, essas são algumas das inúmeras perguntas que ainda são carentes de respostas.

²⁰⁴ Dentre elas: 1) reajuste do salário mínimo, aumentando o poder de compra do brasileiro; 2) subsídios para construção habitacional dentro do programa Minha Casa Minha Vida (MCMV); 3) desonerações tributárias; 4) reajuste nos benefícios do programa Bolsa Família; 5) aumento do gasto federal com a educação; 6) redução do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) para crédito pessoal; dentre outras (BARBOSA, 2013).

²⁰⁵ Outras ações: 1) completou a reforma da previdência do setor público, com a criação do Fundo de Previdência Complementar para os Servidores Públicos Federais (FUNPRESP); 2) reformas do sistema brasileiro da defesa da concorrência; regulamentação da margem de preferência para produtos nacionais nos campos do governo federal; ampliação do programa de concessões de infraestrutura, ampliando a concessão de rodovias e ferrovias previstas no PAC (BARBOSA, 2013).

²⁰⁶ A proposta para redução das tarifas de energia elétrica foi aprovada pelo Congresso Nacional no final de 2012 e consistiria em duas situações: 1) diminuição de encargos federais incidentes sobre energia elétrica; 2) diminuição dos custos de geração, transmissão e distribuição de concessões que retornariam ao Estado brasileiro nos próximos anos (BARBOSA, 2013).

No aspecto social, a Superação da Extrema Pobreza seria indicada como um dos quatro eixos estratégicos²⁰⁷ que organizariam as ações do governo Dilma. Desse modo, em meio às incertezas e o pessimismo diante do cenário das políticas econômicas, o governo procuraria intensificar as políticas sociais, reconhecidas há alguns anos, como estratégia para o crescimento econômico.

Nesse sentido, o governo Dilma adotaria um conjunto de medidas fincadas em um novo programa social, denominado Plano “Brasil sem Miséria” (BSM)²⁰⁸, instituído no dia 2 de junho de 2011, por meio do Decreto nº 7.492/2011 (BRASIL, 2011b). O BSM foi criado para “ampliar a ação pública entre a população mais pobre, entendendo que o bem-estar social não decorre naturalmente da garantia de renda, sendo parte indissociável da estratégia de desenvolvimento” (FONSECA; JACCOUD; KARAM, 2013, p.313).

Com base no Decreto nº 7.492/2011, o BSM prevê três eixos de atuação: 1) garantia de renda; 2) acesso a serviços públicos; e 3) inclusão produtiva (BRASIL, 2011b). No segundo eixo, o BSM “pretendeu localizar a ausência do Estado nos territórios: os chamados “vazios institucionais/assistenciais” que contribuem para a reprodução da pobreza” (FONSECA; JACCOUD; KARAM, 2013, p.317).

Ainda em relação à esse eixo, é possível apontar que o BSM parte do pressuposto de que as pessoas em situação de extrema pobreza tem maior dificuldade no acesso à rede de bens e serviços públicos. (MENEZES; SANTARELLI, 2011). Observa-se, então, que o plano se propõe a garantir à população em extrema pobreza, acesso aos programas como Saúde da Família, Rede Cegonha, Medicamentos para hipertensão e diabetes, Brasil Sorridente, Olhar Brasil, Brasil Alfabetizado, Mais Educação, entre outros (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, quando se examina o plano BSM, é possível apontar que sua finalidade de superar a situação de extrema pobreza da população, articula e mobiliza esforços coletivos e reafirma o compromisso do governo em assegurar acesso à bens e serviços públicos, conforme os preceitos constitucionais, estabelecidos na CF/88. Desse modo, as medidas em torno da garantia dos direitos sociais tem se apresentado como desafios a serem superados para evitar a “focalização da universalização” (FONSECA; FAGNANI, 2013a).

²⁰⁷ Os outros três seriam: Infraestrutura; Desenvolvimento Econômico; e Direitos e Cidadania.

²⁰⁸ O BSM é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Combate à Fome.

Seguindo a tendência das políticas econômicas e sociais imprimidas desde o início de 2011, o setor saúde também registrava mudanças que acabariam provocando críticas, dúvidas e muita desconfiança. A publicação do Decreto nº 7.508/2011²⁰⁹ (BRASIL, 2011c); da Lei Complementar nº 141/2012²¹⁰ (BRASIL, 2012a); e da Lei nº 12.871/2013²¹¹ (BRASIL, 2013b), que institui o Programa “Mais Médicos”, são alguns dos exemplos de mudanças introduzidas na saúde durante o período de governo Dilma.

A Lei nº 12.871/2013 tem como objetivo central a formação de recursos humanos na área médica para atuar no SUS. Em seu Capítulo V, Art. 13º é criado o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”²¹², com o objetivo de incentivar a contratação de profissionais médicos para atuar nas regiões de maior vulnerabilidade social. Neste aspecto, analisa-se que a proposta de contratação indicada pelo governo, contraria aos ideais reformistas que buscam romper com a lógica das contratações precárias e inseguras que acarretam em precarização do trabalho.

No que se refere à regulamentação da EC-29, parte-se da constatação de que apesar dos gastos federais com a saúde, entre 2000 e 2010, terem crescido mais de 60% em termos reais [de 41 para 69 bilhões de reais] (CASTRO; *et. al.*; 2012), a participação relativa da União no gasto total vem reduzindo: era de quase 60%, em 2000, e passou para 44,7% em 2011. Além disso, nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios subiu de 21,7% para 29,6% (FONSECA; FAGNANI, 2013b, p.16).

Esses números revelam que dentre os diversos entraves apresentados pelo SUS, desde a sua criação, o subfinanciamento da saúde tem sido considerado como uma das questões mais atuais e polêmicas. A luta pela regulamentação da EC-29 se arrastava desde o ano 2000,

²⁰⁹ Publicado no dia 28/06/2011, o Decreto nº 7.508, “Regulamenta a Lei nº 8080, 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” (BRASIL, 2011b).

²¹⁰ Sancionada no dia 13/01/2012, a Lei Complementar nº 141/2012, “Regulamenta o § 3º do Ar. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo” (BRASIL, 2012a).

²¹¹ Publicada no dia 22/10/2013, a Lei nº 12.871/2013, “Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981” (BRASIL, 2013b).

²¹² Os médicos, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, possuem limite de atuação de três anos, prorrogável por mais três, e recebem uma bolsa-formação no valor de R\$ 10 mil. Além disso, podem ainda receber uma ajuda de custo para instalação no valor de até três bolsas-formação, determinadas de acordo com a região ao qual será alocado (BRASIL, 2013b).

somente sendo concluída com o advento da Lei Complementar nº 141/2012, a qual define os gastos com saúde, esclarece o que são ações e serviços de saúde, estabelece o que pode e o que não pode ser financiado com recursos da saúde, mas não muda o padrão de financiamento para o SUS, ou seja, na prática o financiamento da saúde permanece “incompatível com as necessidades e demandas coletivas” (COSTA, 2013, p.246).

A regulamentação da EC-29, por meio da Lei Complementar nº 141/2012, representou uma grande derrota para o setor saúde. A proposta inicial foi reafirmada durante a realização da 14ª CNS, tanto na Carta da Conferência, quando em monção de apelo:

Em relação ao financiamento do SUS é preciso aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional 29. A União deve destinar 10% da sua receita corrente bruta para a saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.66, itálico nosso).

(...) em defesa dos SUS como direito constitucional, 100% estatal e de qualidade; pela regulamentação da EC nº 29/00 em seu projeto inicial (União 10%, Estados 12% e Municípios 15%) (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.86, itálico nosso).

Com é possível observar, a Lei Complementar nº 141/2012, contrariando as deliberações e os apelos inscritos no Relatório Final da 14ª CNS, acabaria por definir em seu Art. 5º que “a União, aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (BRASIL, 2012b). Nos Art. 6º e 7º estabelece a aplicação dos valores mínimos de 12% e 15%, respectivamente para Estados/Distrito Federal e Municípios, das suas arrecadações de impostos para serem aplicados, anualmente, em ações e serviços de saúde.

Se a regulamentação da EC-29 deveria representar a garantia de fontes suficientes de recursos, na prática manteve os atuais patamares do subfinanciamento²¹³ que vem sendo identificado desde a criação do SUS. Desse modo, observa-se que o governo Dilma fugiu à responsabilidade de colocar a saúde na agenda de prioridades e reforçou o subfinanciamento das ações e serviços, indicando para o movimento sanitário e toda a sociedade civil a

²¹³ Vejam que no dia “08/12/2011, o governo Dilma aprovou, no Senado, o projeto da Desvinculação das receitas da União (DRU), que lhe permite retirar 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário, renovando a sua vigência até 2015” (MENEZES, 2014, p.15)

urgência em intensificar a luta em oposição às decisões que avançam na contramão das políticas sociais e setoriais.

Ainda no ritmo da 14ª CNS, os participantes buscariam reafirmar o compromisso da garantia do direito à saúde e, portanto, rejeitar toda e qualquer forma de privatização. Nesse sentido, além da inclusão do tema na Carta da 14ª CNS e em monção de repúdio, também foi inserido como proposta na 5ª Diretriz – Gestão Pública para a Saúde Pública.

Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.26, itálico nosso).

Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.67, itálico nosso).

(...) Repúdio à Privatização do SUS. Os(as) delegados(as) presentes na 14ª CNS decidem por se manifestar publicamente contra qualquer forma de privatização do SUS, principalmente as novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH) e qualquer dispositivo privatizante que desconsideira o Controle Social (...) (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.107, itálico nosso).

Outro aspecto que merece análise durante o período de governo Dilma está relacionado a regulamentação da LOS nº 8080/90. Nesse caso, ao assinar o Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011, a presidente, não apenas promoveria a regulamentação da LOS 8080/90, mas também criaria um clima de expectativas e preocupações com as mudanças no contexto de implantação do SUS. As expectativas ficariam concentradas basicamente nas questões relacionadas à regionalização do sistema e ao planejamento da saúde. Já a principal preocupação ficaria por conta da criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)²¹⁴.

²¹⁴ **COAP:** Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e 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 serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, reconhece-se que com a publicação do decreto, há uma retomada da proposta da regionalização²¹⁵, com o estabelecimento da organização e funcionamento das regiões de saúde. Tal iniciativa por ser identificada como alternativa de trazer “para a contemporaneidade a prática da regionalização, do comando único e responsabilidade compartilhada” (MACHADO, 2011). Ressalta-se ainda que, no discurso oficial inscrito no decreto, as “regiões de saúde, serão referência para a transferência de recursos entre entes federativos” (BRASIL, 2011c).

No percurso desta análise, observa-se, então, que a região de saúde, passa a ser o principal objeto do processo de regionalização, se constituindo como base territorial para o planejamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como forma de garantir um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em nível de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011c).

O exame do decreto sinaliza como ponto importante, a questão do planejamento da saúde. Essa questão demonstra que, ao ser orientado pelo Mapa da Saúde²¹⁶, o processo de planejamento adquire uma centralidade na agenda da saúde, devendo ser formulado de modo ascendente e integrado, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelos conselhos de saúde, e buscando compatibilizar necessidades de políticas de saúde com recursos financeiros disponíveis (BRASIL, 2011c).

O que se observou com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, foi uma alteração nas diretrizes para o PGS, no âmbito do SUS. Com isso, foram definidos os instrumentos de planejamento integrantes do COAP, com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços, em uma determinada Região de Saúde, com vistas a garantir a integralidade da assistência para toda a população. Enfim, com a publicação desse novo instrumento jurídico, o PlanejaSUS que surgiu da construção do Pacto pela Saúde e, assumiu papel decisório no processo estratégico para a gestão do SUS, foi substituído, em 2013, após a publicação da Portaria nº 2.135/2013.

²¹⁵ A estratégia da regionalização é um princípio estruturante do SUS, inscrita no Art. 198º da CF/88. Essa estratégia passou a ser inscrita no plano legal, por meio da LOS nº 8080/90; das Normas Operacionais (01/93; 01/96; 01/2002 e 01/2002); do Pacto pela saúde; além de outros documentos, a exemplo dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período pós-constituente.

²¹⁶ **Mapa da Saúde:** descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Conforme o Art. 17º do decreto nº 7.508, “o mapa da saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde” (BRASIL, 2011c).

Em síntese, é possível afirmar que as expectativas em relação ao planejamento governamental em saúde, inscritos no decreto, derivam (dentre outros motivos) da necessidade de fomentar a cultura do planejamento; de reordenar os instrumentos de planejamento e gestão; e de reformular o processo de programação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011c).

No campo das desconfianças que emergiram com a publicação do decreto, destacou-se a criação do COAP, instrumento de contratualização que propõe um novo modelo de relação entre os entes federativos. Além disso, tratará de aspectos operacionais, financeiros e administrativos pactuados nas Comissões Intergestores e “resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011c). Espera-se que o contrato possibilite maior organização e integração das ações e serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada da região de saúde, garantindo maior segurança administrativa e transparência das pactuações entre os entes federados.

Em 29 de setembro de 2011, o Ministro da Saúde [Alexandre Padilha], juntamente com os presidentes do CONASS e CONASEMS publicariam a Resolução nº 02 que trata das normas gerais e dos fluxos para elaboração do COAP no âmbito do SUS. Com base nesta Resolução, o COAP se encontra estruturado em quatro partes²¹⁷, e a gestão e o controle social são realizados pelos entes signatários competentes, cabendo à Comissão Intergestores²¹⁸ (no âmbito de suas competências) pactuarem o acompanhamento e a operacionalização das ações e dos serviços compartilhados.

Portanto, a partir da publicação do Decreto nº 7.508/2011 e da Resolução nº 2/2011 (BRASIL, 2011c), fica estabelecido que o COAP será o novo instrumento de compromisso entre os entes federativos, substituindo o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e o Termo de Limite Financeiro Global (TLFG), incorporando todos os seus conteúdos quando houver necessidade. Desse modo, e considerando o novo papel a ser exercido pelas Comissões Intergestores, a desconfiança paira sobre o papel que os Conselhos de Saúde

²¹⁷ Parte I – das responsabilidades organizativas; Parte II – Das responsabilidades executivas; Parte III – Das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivos, com a identificação de repasses; e Parte IV – Das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria (Resolução nº 02, 29/09/2011 – BRASIL, 2011d).

²¹⁸ Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

passariam a assumir de agora em diante, e até que ponto haveria um enfraquecimento do controle social no acompanhamento das políticas de saúde.

Sobre essa questão, é bom lembrar que os participantes da 14ª CNS também se posicionaram, por meio de propostas e de moção de repúdio. No primeiro caso, assim deliberaram:

incentivar a utilização dos novos mecanismos do Decreto 7.508/2011 (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.19, itálico nosso).

Instituir os Contratos Organizativos da Ação Pública, em cumprimento ao Decreto 7.508/2011 e a agenda do Pacto pela Saúde, visando à defesa do SUS como política de Estado, com a ampliação da autonomia e capacidade de gestão das instâncias regionais do SUS com fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, assegurando gestão compartilhada e participativa (...) (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.24, itálico nosso).

O teor da moção de repúdio seria aprovado no plenário final da 14ª CNS como segue:

Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde repudiam o retrocesso promovido pelo Conselho Nacional de Saúde, que tem por finalidade propor, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde no Brasil (...) A falta de independência fica clara no silêncio comprometedor do Conselho Nacional de Saúde quanto: 1) Ao avanço do privado em detrimento do público e as diversas formas de privatização do SUS; 2) Ao Decreto nº 7.508/2011, que afronta diretamente os princípios da integralidade, universalidade e controle social, ao atribuir aos Conselho de Saúde prerrogativas consultivas (...). O silêncio apenas reflete a atuação de um Conselho de Saúde quando presidido pelo gestor do SUS, visto que, embora permitido pela legislação, afronta o princípio da moralidade na administração pública, ao ser um contrassenso o agente público ser o fiscal de sua própria administração (RF 14ª CNS – BRASIL, 2012b, p.106, itálico nosso).

Ao tomar como referência de análise as deliberações inscritas no Relatório Final da 14ª CNS é possível perceber a insatisfação dos participantes da conferência em relação aos caminhos traçados para a saúde nos últimos anos, especialmente em relação a fragmentação das políticas de saúde. Diante dessa situação, o desafio que se impõe é defender o caráter público, estatal e universal da saúde, retomando os princípios originários do projeto da RSB, contrário à privatização ou qualquer forma de sucateamento da saúde.

8.2 Planejamento estratégico no governo Dilma.

Sobre o planejamento governamental, é preciso que se tenha a compreensão de que, para além dos seus conteúdos técnicos, metodológicos e estratégicos, é um processo que começa e termina no âmbito das relações políticas, ou seja, a decisão de planejar é uma decisão política, e o plano não se configura exclusivamente como uma “mera peça” técnica, mas apresenta-se comprometido com projetos políticos e ideológicos (LAFFER, 2010).

Nesse sentido, o período de governo Dilma, obedeceu aos valores políticos e ideológicos projetados para o país desde o início de 2003, elegendo “um projeto de desenvolvimento inclusivo com políticas públicas de transferência de renda, intensificação da extensão e do alcance dos programas sociais e constantes aumentos reais do salário mínimo” (BRASIL, 2012, p.15).

Foi com esse discurso que a presidente, no dia 18 de janeiro de 2012, sancionou a Lei nº 12.593/2012 (BRASIL, 2012c), instituindo o PPA 2012/2015, devidamente estruturado para dar continuidade ao conjunto de ações implementadas no país nos últimos oito anos [2004/2011]. Assim, o plano procurava, desde a sua origem, “refletir as políticas públicas e organizar a atuação governamental por meio de Programas Temáticos²¹⁹ e de Gestão, Manutenção e Serviços do Estado²²⁰” (BRASIL, 2012c).

Desse modo, é possível apontar que o PPA 2012/2015, consiste em construir cenários estratégicos para potencializar o Estado como indutor e promotor de mudanças, combinando crescimento econômico com redução da vulnerabilidade externa e inclusão social.

Para tanto, foram definidos 11 macrodesafios, como orientadores das políticas públicas federais, a saber: 1) Projeto Nacional de Desenvolvimento; 2) Erradicação da Pobreza Extrema; 3) Ciência, Tecnologia e Inovação; 4) Conhecimento, Educação e Cultura; 5) Saúde, Previdência e Assistência Social; 6) Cidadania; 7) Infraestrutura; 8) Democracia e Participação Social; 9) Integralidade e Soberania Nacional; 10) Segurança Pública; e 11) Gestão Pública (BRASIL, 2012c).

²¹⁹ Programas Temáticos: expressa e orienta a ação governamental para a entrega de bens e serviços à sociedade (BRASIL, 2011; 2012c). Os Programas Temáticos substituem os antigos Programas Finalísticos e representam um novo modelo concebido numa tentativa de facilitar a relação entre as dimensões estratégica, tática e operacional do governo.

²²⁰ Programa de Gestão, Manutenção e Serviços do Estado: expressa e orienta as ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental (BRASIL, 2012c). Essas unidades, então, contemplam as despesas destinadas ao apoio e à manutenção da ação governamental.

O 5º macrodesafio – Saúde, Previdência e Assistência Social –, representa estratégias para a área da Seguridade Social, numa tentativa promover o acesso universal à saúde, à previdência e à assistência social, assegurando equidade e qualidade de vida. No caso específico da saúde, o PPA 2012/2015 apresenta um conjunto de objetivos, metas e iniciativas para aperfeiçoar o SUS, “sob a lógica da universalidade do direito, da integralidade e da integração entre redes e níveis de complexidade de ações e serviços” (BRASIL, 2012c, p.85).

Ainda em relação à saúde, o discurso inscrito no PPA 2012/2015, aponta o desafio e a perspectiva para elevar a capacidade de planejamento:

(...) Os desafios do SUS passam também pela elevação da capacidade de planejamento de forma territorializada, a partir da constituição de regiões de saúde com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. A perspectiva é de assinatura, durante o período do Plano, de Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde, a partir dos quais os entes, de forma integrada, identifiquem, entre outros itens, as necessidades de saúde, a oferta de serviços, as metas e os investimentos previstos (PPA 2012/2015 – BRASIL, 2012, p.86)

Em síntese, o PPA 2012/2015 representa uma tentativa de resgate do planejamento governamental, que no nível estratégico traz uma visão de futuro. No entanto, o que se tem observado é que esse documento veio aumentar o grau de imprecisão do plano e reforçar a natureza orçamentário-financeira na condução das estratégias do governo.

Interessante registrar que no caso da saúde, e seguindo a mesma direção do governo federal, o Ministério empenhou-se em elaborar um Planejamento Estratégico²²¹, na tentativa de compatibilizar três instrumentos de planejamento e gestão: o Plano Plurianual (PPA), o Plano Nacional de Saúde (PNS) e a Programação Anual de Saúde (PAS). Essa compatibilização, harmônica entre os instrumentos, passou a ser conhecida como alinhamento estratégico.

É importante destacar que o alinhamento estratégico proposto pelo MS, representou uma tentativa de harmonizar o instrumentos de planejamento e gestão do SUS, bem como de construir um Planejamento Estratégico, capaz de expressar os compromissos do ministério com os planos de governo. Nesse caso, a partir deste alinhamento, foram estabelecidas

²²¹ No discurso oficial do MS, “além do alinhamento estratégico entre PPA, PNS e PAS, o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde foi sendo aprimorado para proporcionar transparência às ações desenvolvidas e dar visibilidade àquilo que está sendo feito em prol da saúde da população” (BRASIL, 2013c, p.5)

diretrizes únicas para o Plano Estratégico e os demais instrumentos formais de planejamento, a saber: PNS (1 objetivo; 16 diretrizes, das quais 2 são diretrizes transversais; 111 metas e 29 indicadores); PPA (01 programa temático; 16 objetivos; 174 metas; 123 indicativas; 45 indicadores); e Plano Estratégico (16 objetivos estratégicos; 131 Estratégias; 582 resultados e 98 prioridades) (BRASIL, 2013c).

Em dezembro de 2011, o Conselho Nacional de Saúde aprovaria o PNS (2012/2015). Esse plano tem como objetivo “aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida” (BRASIL, 2011e, p.68). Além disso, ficaria evidenciado neste documento, a importância dada às experiências acumuladas de planejamento governamental, que foram definidas como bases para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS.

Nos discursos oficiais do MS o PNS é apresentado da seguinte maneira:

O Plano de Saúde tem como função principal orientar e estruturar as linhas de atuação programáticas que serão entregues à população na forma de ações e serviços de saúde. Esse documento se constitui em requisito legal para o balizamento da gestão de cada esfera de governo e do respectivo controle social (...) *Essa proposta teve como característica marcante a intensa participação social, tendo sido discutida em diferentes fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em diferentes momentos de sua elaboração para, por fim, ser aprovada pela plenária do CNS em dezembro de 2011.* Sua elaboração contribuiu para o planejamento das ações de saúde sob responsabilidade do Ministério da Saúde e contemplou, ainda, ampla discussão técnica e política sobre suas prioridades e desafios (BRASIL, 2013c, p. 18).

Contrariando esse discurso, a questão que se coloca, ao analisar a construção do PNS é o fato deste documento ter sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2011, ou seja, se a 14ª CNS foi concluída no início do mês de dezembro de 2011, é fácil avaliar que as propostas inscritas no Relatório Final da conferência não foram analisadas para a elaboração das 14 diretrizes definidas no PNS.

Em síntese, para além dessa questão, existe a situação na qual os conteúdos do PNS deveriam subsidiar a elaboração do PPA 2012/2015. Nesse caso, é fato que, considerando a temporalidade, a declaração de intenções do governo federal [instituída em 18/01/2012] não contemplou os conteúdos inscritos no PNS.

9 DISCUSSÃO

*Otimismo e pessimismo. Deve-se observar que, com muita frequência, o otimismo não é mais do que um modo de defender a própria preguiça, as próprias irresponsabilidades, a vontade de não fazer nada. É também uma forma de fatalismo e de mecanicismo. A pessoa conta com fatores alheios à própria vontade e operosidade, exalta-os, incendeia-se aparentemente num sagrado entusiasmo. E o entusiasmo não é mais do que adoração exterior dos fetiche. Reação necessária, que deve ter como ponto de partida a inteligência. **O único entusiasmo justificável é aquele que acompanha a vontade inteligente, a operosidade inteligente, a riqueza inventiva em iniciativas concretas que modificam a realidade existente.***

(GRAMSCI, vol.1, 2014, p.256).

A partir dos esforços de investigação realizados para a construção da presente tese, é possível afirmar que o Planejamento Governamental em Saúde (PGS), no âmbito federal, tem sido desenvolvido de forma burocrática ou gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2001) em conformidade com as condições político-institucionais, sem, contudo, perder a essência centralizadora e patrimonial (FAORO, 2001; HOLANDA, 1995). No estudo do período de 1985 a 2014 constatou-se que o planejamento, enquanto instrumento de ação política da classe dirigente, tem apresentado limitações quanto as estratégias para orientar as tomadas de decisões do governo, a partir da integração entre os principais instrumentos de gestão, com vistas à superar a improvisação e aumentar as chances de se obter resultado.

Há, sem dúvida, um reconhecimento inicial de que durante o desenvolvimento deste estudo, foram identificadas facilidades e limitações que merecem ser explicitadas.

Uma das facilidades relaciona-se aos aspectos jurídico-institucionais. Neste caso, pode ser apontado tanto o acesso ao sítio do sistema de legislação da saúde (MS), que permitiu a realização de uma busca completa em todo acervo dos instrumentos jurídicos referentes ao planejamento no SUS, quanto o acesso ao portal de legislação do governo federal que permitiu pesquisar todos os tipos de atos (Leis, decretos, normas, portarias, resoluções, entre outros), com garantia de acesso ao espelho do ato e ao texto na íntegra.

A existência, facilidade de acesso e transparência das informações referentes aos aspectos legislativos presentes nestes sítios, contribuíram para o desenvolvimento do estudo, possibilitando a identificação, sistematização e organização dos documentos de modo a responder ao segundo objetivo específico da tese, que foi descrever as bases jurídico-

normativas que regulam/regularam o PGS, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014.

Um aspecto apontado como limitação, referente ao terceiro objetivo específico, está relacionado à dificuldade de identificar e selecionar os documentos de PGS, no âmbito federal, formulados pelo MS, no período de 1985 à 2014. A ausência de uma padronização dos documentos que sistematizam as orientações norteadoras das ações do MS para um determinado período de governo, somado à dificuldade de acesso aos documentos na íntegra, tanto no sítio oficial do MS, quanto em outros sítios da internet, acabaram dificultando a condução do estudo. Vale ressaltar que, apesar desta limitação, na análise dos documentos de PGS, formulados pelo MS, o conjunto de material reunido atendeu aos objetivos da tese.

Outra limitação, que deve ser esclarecida, refere-se à dificuldade de acesso aos documentos selecionados para análise. Nesse sentido, a escolha em deixar de fora do processo de análise, os Relatórios Anuais dos PPAs, e as Leis Orçamentárias, foi intencional, devido ao grande número de materiais que inviabilizariam, no tempo de estudo, a realização do processo descritivo. No entanto, entende-se que essas limitações, apontam perspectivas a serem exploradas em estudos futuros.

Constatou-se, com base nos resultados apresentados, que um dos aspectos atuais sobre o PGS refere-se ao fato de que, no processo de incorporação do planejamento à prática da gestão, usualmente relacionado ao “reducionismo tecnocrático” (CASTIEL; RIVERA, 1985) os interesses políticos e econômicos continuam se sobrepondo aos interesses técnicos.

Nota-se, portanto, que na trajetória histórica do planejamento governamental, a partir da década de 1930, essa “ação política” passou a ser incorporada como parte integrante das estratégias de retirada dos obstáculos que impedem o crescimento econômico, voltando-se centralmente para o desenvolvimento da nação. Acrescenta-se à esse aspecto, o fato do planejamento ser caracterizado como um importante instrumento de organização e racionalização da ação governamental.

Já no setor saúde, a prática do PGS, pode ser apontada a partir de dois fatos. De um lado, desde os primeiros ensaios de planejamento, essa prática vem apresentando um alto grau de centralidade administrativa e decisória, estando, ainda, vinculada às condições político, econômicas e institucionais da formação do Estado brasileiro. Por outro lado, com o advento

da Constituição Federal de 1988, é possível apontar avanços que conferem ao PGS, certo rompimento com a conotação liberal e autocrática responsável pela centralidade administrativa e decisória, demonstrando que nos últimos anos, houve uma mudança de pensamento e prática, responsável pelo reconhecimento do planejamento.

No que concerne ao período de governo Sarney [1985-1990] foram analisados alguns registros inscritos nas atas da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), mais especificamente sobre a saúde e o planejamento. Essa escolha revelou sua importância, na medida em que a partir da análise deste acontecimento, foi possível reconhecer certos interesses em disputa na arena política, trazendo como contribuição uma análise dos discursos oficiais, sobre o planejamento governamental.

Nota-se, portanto, que o conjunto de forças heterogêneas, distribuídos entre o grupo dos conservadores e o grupo dos progressistas, cada um defendendo seus interesses, sem a construção de uma hegemonia por qualquer dos grupos, apontou para um indicativo de que a construção do PGS, no âmbito federal, contaria com uma disputa acirrada entre os defensores do avanço reformista e os opositores da expansão dos direitos sociais, nele incluído o direito à saúde.

Sobre este aspecto, os resultados aqui apresentados também revelam os interesses em disputa na arena política. Nesse sentido, observa-se que, entidades como MPAS e INAMPS defendiam o planejamento vinculado à questão orçamentária; entidades como ABRASCO e CEBES defendia o planejamento como garantia de controle social; e, contrário à essas questões, bem como à todo projeto reformista, situava-se as entidades empresariais, a exemplo da ABRANGE, FENAESS e FBH.

Daí que, à rigor, o PGS no âmbito federal, desde o primeiro período [1985-1990] vem sendo desenvolvido, a partir de disputas políticas entre os defensores da saúde e os defensores da lógica do mercado e da “tecnologia do dinheiro” (HOBBSAWN, 1995), com seus posicionamentos contrários ao projeto reformista e ao planejamento governamental na área da saúde.

Em análise da produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde, Paim e Teixeira (2006), constataram que esse período, marcaria o ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes do projeto da Reforma Sanitária, demonstrando o engajamento do movimento sanitário nos espaços de disputa política. Além disso, os autores observaram que o

final da década de 1980 ficaria marcado pela elaboração e implementação de propostas de reformas na gestão, planejamento e organização dos serviços, estimulando reflexões relacionadas com a mudança das práticas político-gerenciais na esfera pública.

Corroborando com Faleiros *et. al.* (2006, p.50), é possível evidenciar que além das mudanças institucionais não corresponderem às mudanças estruturais, a pretensão reformista democrática e universal esbarrou em práticas burocráticas, centradas em uma “cultura política patrimonialista, clientelista, partidarizada e particularista”.

Já o período de Governo Collor/Itamar ficaria marcado pelo propósito do governo em avançar no projeto de reconstrução nacional, via “modernização da economia pela privatização e pela abertura: a esperança de completar a liberdade política com a liberdade econômica²²²”. Com esse discurso, houve a introdução de uma orientação neoliberal (FALEIROS *et al.*, 2006), expressa na adoção de ações minimalistas do Estado (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010), colocando em risco as conquistas democráticas inscritas na CF/88.

Destaca-se, neste período, que a gravidade dos problemas enfrentados pela sociedade brasileira, em decorrência das crises econômicas, acentuou o desequilíbrio financeiro, visualizado nos efeitos direto, entre outros, sobre a queda nos investimentos públicos, especialmente no setor social. Dessa forma, a urgência em redefinir o papel do Estado se deu, dentre outros motivos, pela necessidade de retomada do desenvolvimento nacional com a reconstrução das bases para o processo de desenvolvimento econômico e social.

No que se refere às bases jurídico-normativas de sustentação do PGS, no âmbito federal, foi possível apontar que a maioria dos instrumentos normativos reguladores dos sistemas de saúde, se eximiram da responsabilidade de incorporar conteúdos sobre planejamento, a exceção da LOS 8142/90 (BRASIL, 1990b), a qual define que todo investimento no setor saúde deveria estar inscrito no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; e da Portaria nº 2.290/91 (BRASIL, 1991a), que institui mecanismos para regular a sistemática do planejamento governamental em saúde, a partir da Programação e Orçamentação da Saúde (PROS).

Para além deste aspecto, o documento de PGS, no âmbito federal, seria intitulado de “*Plano Quinquenal da Saúde 1991/1995 – A Saúde do Brasil novo*” (BRASIL, 1991d). Esse

²²² Palavras de Fernando Afonso Collor de Mello, durante o Discurso de Posse (DP), proferido no Congresso Nacional no dia 15 de março de 1990.

plano representou o primeiro documento de PGS, a firmar marco institucional após a CF/888, e em sua essência demonstrou as contradições entre o discurso, no qual, esboçava-se certo grau de comprometimento com o futuro da saúde, e a prática realizada, centrada na retomada das políticas racionalizadoras e criação de clima de tensão com a introdução da agenda neoliberal. Além disso, sua construção revelou características de um planejamento eminentemente normativo.

Percebe-se que as expectativas criadas em relação a possibilidade de inclusão das diretrizes políticas do Plano Quinquenal de Saúde, no PPA federal, foram frustradas. Essa constatação se baseia no fato de que na análise comparativa entre os dois documentos, as contradições se fizeram presentes, na medida em que nenhuma das 15 diretrizes políticas do plano, em sua totalidade, seria contemplada no PPA 1991/1995.

Nota-se, com base nos documentos analisados e no contexto político-institucional, que as propostas inscritas no conjunto das diretrizes políticas do Plano Quinquenal de Saúde, em sua maioria, já estavam reconhecidas e inscritas na CF/88, ou seja, esse plano caracterizou-se, basicamente, como uma “carta de intenções”, construído para cumprir as determinações jurídico-legais, e que na prática, em nada contribuiu para além do que já estava posto.

Destaca-se, como já elucidado em outro momento do estudo, que referente às condições político-institucionais, o período de governo FHC [1995/2002] seria marcado por um ambiente favorável para garantir as oportunidades de se consolidar o neoliberalismo e os avanços das políticas de privatizações do “capitalismo de livre mercado” (HOBSBAWN, 1995). Constatou-se ainda, que durante esse período, as condições político-institucionais ficariam marcadas pela “vulnerabilidade externa” (FILGUERIAS; GONÇALVES, 2007), abalada pela desordem do mercado financeiro internacional e pela fragilidade econômica interna. Diante deste quadro, é possível apontar que a implementação das políticas de saúde acontecia em um ambiente desfavorável, uma vez que as forças hegemônicas direcionavam as ações para políticas racionalizadoras e redução das políticas sociais (PAIM, 2008).

Há que se ressaltar que, com a finalidade de redefinir o papel do Estado, foi elaborado o Plano Diretor para a Reforma do Estado (PDRE) (BRASIL, 1995a), enquanto uma tentativa de substituir o modelo burocrático, da administração pública, pelo modelo gerencial

(BRESSER-PEREIRA, 1998; 2001). Com essa perspectiva, o PDRE, tinha como ideia principal a “disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial” (REZENDE, 2008).

Neste aspecto, foi possível verificar, com base na análise do período de governo FHC, e sua “pragmática profundamente destrutiva” (ANTUNES, 2004, p.46), que as funções do Estado, em diversas áreas de proteção social, foram reduzidas e as forças do mercado aumentadas. Essa estratégia tinha o propósito de desenvolver uma administração gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1998), na qual o Estado deixaria de executar e passaria a ordenar e financiar as políticas públicas.

Sobre o PGS, a análise das bases jurídico-normativas, demonstrou que o governo FHC, promoveria algumas alterações na condução das políticas de saúde, inicialmente com foco na municipalização [NOB-SUS], e sequencialmente voltado para a regionalização [NOAS-SUS]. Já em relação aos documentos de PGS, formulados pelo MS neste período, destaca-se o Plano de Ação (1995/1999), elaborado para dar visibilidade às intenções do MS e nortear as ações do governo. No entanto, observou-se que, foi mínimo, o processo de participação social, limitando-se à discussões durante as reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

Duas outras questões podem ser apontadas. A primeira, revelou que no período de governo FHC, não seriam identificados rupturas com a forma de organizar o fluxo para formulação de iniciativas de PGS, no âmbito federal. Não é por acaso que, não se observou integração entre as deliberações inscritas nos Relatórios Finais das Conferências (10^a e 11^a) com os conteúdos propositivos apresentado nos documentos de planejamento, especialmente no Plano de Ação do MS (1995/1999) e no PPA. A segunda, refere-se ao modelo de gestão adotado para reformar o Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998), por ser incompatível com o modelo de gestão projetado para o SUS. A esse respeito, entende-se ser necessário atualizar o debate sobre os vários problemas identificados no setor saúde, a exemplo da regionalização; do controle social [Conselhos e Conferências]; do subfinanciamento do SUS; e da “falência” gradativa do planejamento governamental, aqui descrito como “ação política da classe dirigente que controla o Estado e seus aparelhos” (PAIM, 2008).

Analisando os resultados referentes às condições político-institucionais, do período de governo Lula [2003/2010], foi possível insinuar que esse período ficaria marcado, principalmente, pela adoção de uma política social focalizada de combate à pobreza, integrada

à uma política de continuidade do governo anterior, na qual “mantêm-se em primeiro plano os interesses e a política econômica do capital financeiro” (FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2007, p.175). Com isso, observa-se que houve uma tendência, por parte de Lula, do PT e dos seus aliados, em aprofundarem a política econômica do governo anterior, na medida em que todos os parâmetros macroeconômicos permaneceram intocáveis (BEHRING, 2004).

Constatou-se, ainda, que durante esse período, foram elaborados dois Planos Plurianuais [2004/2007 e 2008/2011]. O primeiro foi lançado, com a promessa de realizar as “mudanças” necessárias, para promover uma política de crescimento econômico com inclusão social (BRASIL, 2003d). Já o segundo, pode ser resumido como uma tentativa de incorporação das principais prioridades e metas inscritas no Programa de Aceleração do Crescimento²²³ (PAC). Observou-se que com o lançamento do PAC, as iniciativas do PPA foram “atropeladas” pelas estratégias deste programa que tinha como com a perspectiva alinhar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social (BRASIL, 2008d).

Na prática, manteve-se a mesma estrutura programática dos planos anteriores, constatando que o plano não passaria de mais uma declaração de intenções. No entanto, os resultados revelaram que, houve uma inovação do PPA tanto em sua orientação estratégica²²⁴, quanto na inclusão da participação da sociedade civil no processo de elaboração do plano.

O fato de o governo Lula se propor a realizar um planejamento participativo, à primeira vista indica, certa intencionalidade em promover espaços de discussões com a sociedade civil. Por outro lado, por melhor que sejam as “intenções”, não se pode desconsiderar a situação na qual o processo participativo da sociedade ficaria limitado à fase da elaboração do plano, não havendo desdobramentos nas fases seguintes de revisão, monitoramento e avaliação (OLIVERIA, 2013).

Na área da saúde, observa-se que pela primeira vez, após a promulgação da CF/88, representantes do movimento sanitário brasileiro, assumiram espaços político-institucionais, a exemplo do cargo de gestor federal da saúde, e outros setores do alto escalão do Ministério. No entanto, mesmo com a inserção destes atores sociais, com a formação de uma equipe

²²³ “Deve-se dizer que se trata das peças fundamentais do planejamento estatal no período de vigência do PPA 2008-2011. São programas que abrigam novas ações de governo e organizam políticas antes existentes sob um comando central ligado à Casa Civil da Presidência da República” (GIMENEZ; CARDOSO JÚNIOR, 2012, p.76)

²²⁴ Expansão das políticas sociais e fortalecimento do mercado de trabalho (OLIVEIRA, 2013).

técnica vinculada ao movimento sanitário, e com a publicação de diversos instrumentos jurídicos-normativos respaldando o processo de construção do planejamento, a exemplo do Pacto pela Saúde e do PlanejaSUS, eram evidentes as dificuldades que limitavam o avanço do PGS, no âmbito federal.

Essas limitações podem ser apontadas em relação a integração dos instrumentos de planejamento (PNS, PPA e outros), uma vez que, apesar de se reconhecer a iniciativa de construção coletiva, com a inclusão da sociedade civil organizada nos debates para a elaboração dos planos, na prática as proposições do controle social foram desconsideradas pelo governo federal, demonstrando o aspecto contraditório entre o discurso em defesa da participação social e a prática de não incorporação das propostas deste mesmo controle social. Um acontecimento capaz de sustentar essa interpretação pôde ser identificado durante a realização da 13ª CNS, espaço no qual os participantes propuseram que fosse garantido a participação social na elaboração do Planejamento em Saúde. Neste aspecto, a proposta inscrita no Relatório Final, sugeriria que na elaboração do PPA e do PNS, fossem assegurados o direito de participação social e a inclusão das propostas nos instrumentos de planejamento, fato que não foi garantido pelo governo.

Portanto, uma das críticas que se coloca ao período de governo Lula, refere-se à sua estratégia de “conservação e modernização” da ordem capitalista (MOTA, 2012), identificada na articulação entre o crescimento econômico e o combate à pobreza. No âmbito setorial da saúde, as expectativas de que um governo seria capaz de inserir na agenda política temas de interesse da sociedade, foram frustradas. A marca da despolitização da questão saúde, do subfinanciamento, e das contradições na orientação do fluxo do PGS foram alguns dos inúmeros casos que desqualificam o governo no projeto de defender a saúde e o SUS.

No que se refere ao período de governo Dilma [2011/2014], houve uma continuidade das políticas dos governos anteriores (FHC e Lula), acrescida de medidas de austeridade que afetariam áreas sociais, prioritariamente, a saúde e a educação. Observou-se que, neste período as iniciativas do governo apresentavam-se contraditórias, ou seja, uma mistura de diretrizes do receituário neoliberal com uma pauta desenvolvimentista (MOTA, 2012).

Em nosso estudo foi possível perceber que, contraditoriamente, enquanto o governo sancionava a Lei de Acesso à Informação²²⁵ (LAI), reforçando o discurso sobre a importância

²²⁵ Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

da participação da sociedade e da transparência, no mesmo período seria promovido uma série de medidas que implicavam em descaso com a sociedade civil. A sanção da Lei Complementar nº 141/2012, a Desvinculação de Receita da União (DRU), os cortes orçamentários, o incentivo à terceirização (ex.: criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH), entre outras medidas, são exemplos acerca do descaso do governo com a participação da sociedade civil e o fortalecimento do controle social.

Nos aspectos referentes aos documentos de PGS, no âmbito federal, a proposta do MS em construir um alinhamento entre os principais instrumentos de planejamento, ainda não dava conta de promover a integração entre os instrumentos e sua coerência lógica, na qual primeiro se elaboraria o PNS (política setorial) e sequencialmente construiria o PPA (declaração de intenções), contendo as intenções inscritas no PNS.

Em síntese, os resultados ora apresentados, contribuíram para apontar que a racionalidade do processo de planejamento, inscrita nos documentos de PGS, no âmbito federal, tem sido construída, com ênfase nos aspectos técnicos e burocráticos, frequentemente ligados aos interesses econômicos e políticos do grupo hegemônico. Há, no entanto, para além destes interesses, o desafio de se incorporar ao processo de planejamento governamental, uma visão estratégica capaz de promover as mudanças necessárias.

De qualquer forma, a complexidade da formação do Estado brasileiro e a própria evolução do planejamento governamental, apontam para a emergência de se incorporar novos elementos que possam contribuir para o fortalecimento do planejamento no âmbito do SUS, enquanto prática de gestão governamental, capaz de superar o caráter normativo, em prol de uma perspectiva dinâmica e estratégica.

10 CONCLUSÃO

O problema consiste em saber se somos arrastados pela força da correnteza do rio dos acontecimentos em direção a um fim desconhecido ou se cabemos onde chegar e estamos conduzindo, ou contribuindo para conduzir o movimento das coisas nesta direção. Somos arrastados ou conduzimos?

(MATUS, 1993, p.9).

Diversos motivos poderiam ser apontados como centrais para justificar a realização de um estudo sobre o Planejamento em Saúde. Entretanto, a discussão que se propôs nesta investigação, concentrou-se na possibilidade de uma aproximação com os caminhos e (des)caminhos do Planejamento Governamental em Saúde (PGS), no âmbito federal, que enquanto “ação política”, tem apresentado ao longo da sua trajetória, limites e possibilidades de construção. Daí que, tanto do ponto de vista geral do planejamento governamental, quanto do ponto de vista específico do PGS, a exploração dos elementos teóricos-metodológicos, impôs um grau de comprometimento com a realidade social, de modo a subsidiar uma descrição do fenômeno, relacionado às condições político-institucionais, às bases jurídico-normativas e aos documentos de PGS, formulados pelo MS.

Nesse sentido, os resultados da investigação evidenciaram que, do ponto de vista das condições político-institucionais, houve nos períodos em estudo, um comprometimento dos governos em consolidar o projeto político e ideológico favorável ao neoliberalismo, quer seja através da expansão e do fortalecimento da doutrina neoliberal, quer seja através de políticas de continuidade aos ajustes macroeconômicos que sustentam essa doutrina.

De todo modo, percebe-se que o PGS, apresenta-se historicamente associado às condições político-institucionais da formação do Estado brasileiro. Talvez por isso, foi possível evidenciar neste estudo, que o processo de planejamento inclina-se a incorporar características de uma ação governamental direcionada para equacionar as crises políticas, econômicas e institucionais, secundarizando as políticas públicas de desenvolvimento social e de saúde.

É fato que a história do planejamento governamental, enquanto “ação política” da classe dirigente, tem sido enfatizada como tentativa de se controlar a economia e a sociedade. Especificamente, no caso do PGS no âmbito federal [entre 1985 e 2014], a história foi sendo construída, quase em sua totalidade, de maneira centralizada e sem uma participação ativa dos

principais sujeitos individuais e coletivos interessados e afetados pela formulação e execução de suas decisões.

Nesse sentido, pode-se concluir que o PGS vem sendo elaborado por representantes do poder político executivo federal, sem uma efetiva inclusão da sociedade civil organizada nas etapas posteriores à formulação dos planos, demonstrando que a construção dos documentos de PGS, formulados pelo MS, muitas vezes nega a realidade social, a posição histórica dos atores e cenários, e o processo social.

Cabe ainda, destacar que, na reconstrução do PGS, tão importante quanto promover as mudanças nas estruturas administrativas, deve-se considerar a incorporação da participação social nos espaços políticos de discussão e acompanhamento do planejamento, nas etapas posteriores à sua formulação. Por isso, é preciso reforçar a garantia de participação da sociedade civil organizada nos espaços legítimos e indispensáveis para a construção de um planejamento centrado na lógica da participação democrática, corresponsável por definir os rumos da saúde, a exemplo das Conferências de Saúde.

Se, sobre este aspecto, a investigação revelou que as Conferências de Saúde são espaços democráticos de tensões, conflitos e construções coletivas. Também, revelou que estes espaços podem ser indispensáveis para colocar o planejamento em saúde na centralidade da agenda da gestão.

Um olhar panorâmico sobre a situação do PGS, no âmbito federal, apontou para as dificuldades em se estabelecer um alinhamento entre as deliberações inscritas nos relatórios finais de CNS; a construção do PNS e a inscrição dos seus conteúdos no PPA. Diante disso, entende-se que uma das estratégias possível de ser implementada no sentido de contribuir para o PGS, pode ser a realização de uma reforma política do Estado brasileiro, a qual passe a adotar um processo eleitoral para eleger o chefe do executivo federal, estadual e municipal no mesmo ano. Com isso, a realização de Conferências de Saúde com suas contribuições reflexivas, avaliativas e propositivas, passariam a subsidiar a elaboração dos PNS e dos PPAs, sendo possível incluir nestes documentos, as deliberações previamente inscritas nos relatórios finais das CNS. Esse pensamento remete para a construção de uma cultura de planejamento participativo, democrático e estratégico, capaz de favorecer o alinhamento entre as deliberações das CNS, o PNS e PPA.

Essas reflexões sugerem, mais uma vez que a construção do processo de PGS está vinculada as condições político-institucionais que conduzem a sociedade brasileira. Daí que, em uma reflexão mais crítica, aponta-se como um dos desafios para a reconstrução do PGS, integrado e ascendente, com garantia de participação da sociedade civil organizada em todas as suas etapas, o aspecto político. Nesse caso, defende-se a repolitização da saúde, como “possível estratégia” para a construção de um novo cenário do PGS, enquanto instrumento e prática de gestão.

Deve-se afirmar, ainda, que esta investigação não pretendeu apresentar uma construção analítica sobre o planejamento em saúde. Ao contrário, procurou se aproximar da construção descritiva do fenômeno, em um período relativamente extenso [1985/2015] e que envolveu cinco grandes períodos de governo e diversos documentos de PGS, formulados pelo MS. Desse modo, a diversidade de condições históricas, políticas, sociais, institucionais e econômicas acabou por conduzir a discussão e incorporação do planejamento ao lugar no qual se situa os documentos de PGS formulados em cada período de governo.

Essa opção, apesar de não comprometer o estudo, apresenta algumas lacunas da investigação sobre o PGS, no âmbito federal, possibilitando críticas e reanálise que contribuam para futuros estudos e pesquisas complementares e necessárias para o fortalecimento do planejamento enquanto função da gestão governamental. Portanto, fica a expectativa de que as contribuições desta investigação possam estimular a realização de novos estudos, ampliando o campo do conhecimento teórico-metodológico sobre o planejamento em saúde.

O desafio está posto, espera-se que estas últimas considerações possam produzir estímulos ao debate crítico, necessário para o reconhecimento de que o planejamento não é capaz de prever e controlar o futuro, mas é indispensável para favorecer a tomada de decisão e “dar direcionalidade ao barco”.

REFERÊNCIAS

- ABOUCHEID, S. C. *A política econômica no Brasil no contexto da crise financeira global (2008-2012)*. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas-SP: UNICAMP, 2014.
- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit. [online]*. 2005, n.24, pp. 41-67.
- ABRUCIO, Fernando. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciências Políticas, USP, 1998. p.31-57.
- ALMEIDA, C. C. T.; AIHARA, I. M.; BARROS, E. Gestão de Recursos Humanos e sistema de planejamento e orçamento: sua articulação no interior do Ministério da Saúde. In: GARCIA, M. (Org.) *Política e Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. 128p.
- ALMEIDA, M. P. *Reformas neoliberais no Brasil: a privatização nos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso*. Tese [Doutorado]. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense (UFF), 2010. 427f.
- ALMEIDA, P. R. A Experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Org.). *Planejamento e orçamento governamental*. Coletânea. Brasília: ENAP, 2006.
- ANDERSON, P. O Brasil de Lula. *Novos estudos CEBRAP*, n° 91, pp.23-52, nov.2011.
- ANTUNES, R. *A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)*. Campinas-SP: Autores Associados, 2004.
- BACKES, A. L.; AZEVEDO, D. B. de. *A sociedade no Parlamento: imagens da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988*. Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2008. 243p. (Série coleções especiais. Obras comemorativas; n. 1).
- BARBOSA, L. A. de A. *História constitucional brasileira: mudança constitucional, autoritarismo e democracia no Brasil pós-1964*. Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2012. 420p. (Série colóquios de excelência; n. 2).
- BARBOSA, N. Dez anos de política econômica. In: SADER, E (Org.). *10 anos de governos neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo – Rio de Janeiro: Boitempo – FLACSO, 2013.
- BARBOSA, R. *Tribuna Parlamentar*. Império. Rio de Janeiro: Casa de Rui Barbosa, 1952, p.79 (Obras Seletas de Rui Barbosa, vol.1)
- BARROS, E. *Planejamento em saúde: encontros e desencontros*. Brasília-DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2012. 46p. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 49).
- BEHRING, E. R. *Políticas sociais no Governo Lula: uma reflexão*. In.: Revista INSCRITA n° 9. Brasília-DF: CFESS, 2004.

BIELSCHOWSKY, R. (Org.). *Cinquenta anos de pensamento na Cepal*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Record, 2000. (Vol.1). p 70-178.

BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política*. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. 17ªed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2011.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G.. *Dicionário de Política*. Trad. VARRIALE, Carmen C; *et al.* Coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1 ed., 1998.

BOITO JUNIOR, A. A hegemonia neoliberal no governo Lula. *Crítica Marxista*. Rio de Janeiro, v. 17, p. 9-35, 2003.

BOITO JUNIOR, A. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BRAGA, I. F. *Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro-RJ, 2012. 186 f.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Informática. *Constituição da República Federativa do Brasil [1988]*. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2013a.

BRASIL. Lei Ordinária nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981*. Publicado no DOU, 23/10/2013b. P.1.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (...)*. Publicado no DOU, 16/01/2012a. P.1.

BRASIL. Decreto do Executivo nº7.492, de 02 de junho de 2011. *Institui o Plano Brasil sem Miséria*. Publicado no DOU, 03/06/2011b. P.6.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução nº 2, de 29 de setembro de 2011. *Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. CIT, 2011d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009a. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília-DF: CONASS, 2009b. 282 p.

BRASIL. Decreto do Executivo (não numerado), de 10 de maio de 2007. *Convoca a 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Publicado no DOU, 11/05/2007a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) 2007 – 2010*. Brasília: Governo Federal, 2007g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da*

assistência à saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *PNS um pacto pela saúde no Brasil: pesquisa de opinião* (realizada durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília-DF: Ministério da Saúde, mar. 2004. (folders).

BRASIL. Decreto do Executivo (não numerado), de 05 de maio de 2003. *Convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Publicado no DOU, 06/05/2003a.

BRASIL. Decreto do Executivo (não numerado), de 10 de julho de 2003. *Altera o Decreto de 5 de maio de 2003, que convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Publicado no DOU, 11/07/2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Organização Pan-Americana da Saúde. *Projeto Saúde 2004 – Contribuição aos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: Editora MS, 2003c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *O desafio do planejamento governamental*. Secretaria de Planejamento e Investimentos estratégicos. Brasília: MP, 2002a. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002b. 48 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 60).

BRASIL. Lei nº 10.178, de 12 de janeiro de 2001. *Altera as ações do programa reaparelhamento e adequação do exército brasileiro constante do Plano Plurianual para o período de 2000/2003*. Publicado no DOU, 15/01/2001g. P.1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro de 2000. *Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigos ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Publicado no DOU, 14/09/2000a. P.1.

BRASIL. Decreto do Executivo nº3.496, 01 de junho de 2000. *Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde*. Publicado no DOU, 02/06/2000c. P.30.

BRASIL. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília-DF, 1995b.

BRASIL. Decreto do Executivo nº 1.727, de 04 de dezembro de 1995. *Convoca a X Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências*. Publicado no DOU, 05/12/1995c. P.19990.

BRASIL. Senado Federal. Pronunciamento do Senador Fernando Henrique Cardoso. *Diário do Congresso Nacional*. Brasília, Seção II, 15 dez. 1994. p.9187.

BRASIL. Decreto do Executivo nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. *Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste*. Publicado no DOU, 25/08/1976. P.0112412.

BRASIL. *Ato Complementar (ACP) n° 43, 29 de janeiro de 1969*. Fixa normas para elaboração de Planos Nacionais de Desenvolvimento e vincula sua execução ao Orçamento Plurianual de Investimentos. Publicado no DO de 30/01/1969. P.1057.

BRASIL. *Lei Complementar (LCP) n° 3, 07 de dezembro de 1967*. Dispõe sobre os orçamentos plurianuais de investimentos. Publicado no DO de 11/12/1967. P.12399.

BRASIL. *Lei Ordinária n° 4.320, 17 de março de 1964*. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Publicado no DOFC de 23/03/1964. P.2745.

BRASIL. *Decreto do Executivo (DEC) n° 51.152, 5 de agosto de 1961*. Cria a Comissão Nacional de Planejamento. Publicado no DOFC de 05.08.1961. P.7115

BRESSAN, S. "Reforma Administrativa". In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Orgs.). *A era FHC: um balanço*. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 369-394.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Administração Pública Gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado*. Brasília-DF: MARE/ENAP, 1996. 28f. (Texto para discussão, 9).

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO, P. S.; WILHEIM, J.; SACHS, I. (Orgs.). *Brasil: Um Século de Transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p.222-259.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO, P. S.; WILHEIM, J.; SACHS, I. (Orgs.). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Economia brasileira: uma introdução crítica*. 3ª edição revista e atualizada em 1997. São Paulo: Ed. 34, 1998. 224 p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Economia brasileira: uma introdução crítica*. 3ª edição revista e atualizada em 1997. São Paulo: Ed. 34, 1998. 224 p.

BUARQUE, S. C. *Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal Sustentável*. Material para orientação técnica e treinamento de multiplicadores e técnicos em planejamento local e municipal. Projeto de Cooperação Técnica INCRA/IICA. Brasília, junho de 1999.

BUENO, E. *Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção*. Rio de Janeiro: Leya, 2012.

BUSS, P. M. A IX Conferência Nacional de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. n°7, v.3, p.297-300, jul/set, 1991.

CAGNIN, R. F.; et. al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011 e 2012). *Novos estudos*. São Paulo, n° 97, p. 169-185, nov. 2013.

CAMPOS, M. C. S.; REDIGOLO, M. A. A Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Implantação do Sistema Unificado. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, n° 32, v. 1, p.16-30, Jan/Mar, 1992.

CARDOSO JUNIOR, J. C. *Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil: elementos para ressignificar o debate e capacitar o Estado. Texto para discussão (TD) 1584.* Brasília: IPEA, 2011. 59p.

CARDOSO, F. H. Aspectos políticos do planejamento. In: MINDLIN, B. (Org.). *Planejamento no Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

CARDOSO, F. H. *Discurso de posse no Congresso Nacional, 01 de janeiro de 1995*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 1995a.

CARDOSO, F. H. *Discurso na apresentação do Plano Plurianual, 05 de setembro de 1995*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 1995e.

CARDOSO, F. H. *Discurso na cerimônia de apresentação do Avança Brasil: Plano Plurianual 2000/2003 e do Orçamento da União para o ano 2000, 31 de agosto de 1999*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 1999a.

CARDOSO, F. H. *Mãos à obra, Brasil: proposta de governo* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2008. 131p.

CARDOSO, F. H. *Pronunciamento do Presidente d República – Posse no Congresso Nacional, 01 de janeiro de 1999*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 1999.

CARVALHO, R. V. A. Como se faz e desfaz um "fenômeno eleitoral": o caso Roseana. In: RUBIM, A. A. C. (Org.). *Eleições presidenciais em 2002 no Brasil*. São Paulo: Hacker Editores, 2004.

CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio?. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro., n.1, v.4, p.447-456, out/dez., 1985

CASTRO, J. A; *et. al.*. *Gasto Social Federal: uma análise da prioridade macroeconômica no período 1995-2010*. Brasília-DF: IPEA. Nota técnica 9, junho, 2012.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

CENDES-OPAS. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Publicación científica n.º 111. Washington: OPAS, 1965.

CEZAR, K. G.. *O eterno retorno do espaço: a espacialidade no planejamento e nas políticas públicas do governo federal, 1950-2010*. Tese [doutorado]. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília (UnB). Brasília-DF: UnB, 2012. 305p.

CHAIA, V. Eleições no Brasil: o “medo” como estratégia política. In: RUBIM, A. C. A. C. (Org.). *Eleições presidenciais em 2002 no Brasil*. Ensaios sobre mídia, cultura e política. São Paulo: Hacker; Salvador: Centro de Estudos Avançados de Cultura, UFBA, 2004.

COSTA, A. M. Saúde e Desenvolvimento. In: SADER, E (Org.). *10 anos de governos neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo – Rio de Janeiro: Boitempo – FLACSO, 2013.

COSTA, F. L.. Relações Estado-Sociedade no Brasil: representações para uso de reformadores. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Vol. 52, nº1, 2009, p. 161-199.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, F. S. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Córtext, 1989. p. 47-60.

CUNHA, J. R. A. *Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada*. Tese Doutorado. Instituto de Ciências Humanas. Universidade de Brasília (UnB). Brasília DF: 2014.

CZAPSKI, S.; MEDICI, A. *O cavaleiro da saúde: a saga de Juljan Czapski, criador dos planos de saúde no Brasil*. Osasco-SP: Novo Século Editora, 2011.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL (DCN). *15 de dezembro de 1994*. Seção II, p.9187, 1994.

DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo soc. [online]*. 2003, vol.15, n.2, pp. 63-101. ISSN 0103-2070.

DRAIBE, S. *Rumos e Metamorfoses: Estado e Industrialização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1985.

ENGELS, F. *A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. Tradução de Leandro Konder. 16 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984. p.177-201.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 323-364.

FAGNANI, E. *Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese de Doutorado. Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2005.

FALEIROS, V. P. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. In: FALEIROS, V. P.; NUNES, S. P.; FLEURY, .; et. al.. *A era FHC e o Governo Lula: transição?* Edição: Luciana Costa. Organizadoras: Denise Rocha; Maristela Bernardo. Brasília-DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004. 486p.

FALEIROS, V. P.; et al. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 3ª ed., revista. Porto Alegre: Editora Globo, 2001.

FERRAZ, F. C. *Crise Financeira Global: impactos na economia brasileira, política econômica e resultados*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2013. 104f.

FILGUEIRAS, L. A. M.; GONÇALVES, R. *A economia política do governo Lula*. Rio de Janeiro-RJ: Contraponto, 2007.

FILGUERIAS, L. *O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico*. In: BASUALDO, E. M.; ARTCEO, E. *Neoliberalismo y Sectores Dominantes: tenências globales y experiências nacionales*. Buenos Aires: CLACSO – Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006.

FIORI, J. L. *Os moedeiros falsos*. 4ª ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1998.

FLEURY, S.; ALVES, R. Reforma previdenciária no Brasil em três momentos. *Revista de Administração Pública – RAP*. Rio de Janeiro, n° 38, v. 6, p.979-1022, Nov./Dez. 2004.

FONSECA, A.; FAGNANI, E (Orgs). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo-SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013a. (Volume 2).

FONSECA, A.; FAGNANI, E (Orgs). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo-SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013b. (Volume 1).

FONSECA, A.; JACCOUD, L.; KARAM, R.. Do Bolsa Família ao Brasil sem Miséria: o desafio de universalizar a cidadania. In: FONSECA, A.; FAGNANI, E (Orgs). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo-SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. (Volume 2).

FONSECA-SILVA, M. C. Memória, mulher e política: do governo das capitâneas à presidência da república, rompendo barreiras. In: TASSO, I.; NAVARRO, P. (Orgs). *Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas* [online]. Maringá-PR: Eduem, 2012. p.183-208.

GARCIA, R. C. *A Reorganização do Processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003*. Textos para Discussão n° 726. Brasília: IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. 43 p.

GARCIA, R. C. *PPA: o que não é e o que pode ser*. Brasília: Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n. 20, IPEA, 2012.

GARTENKRAUT, M. *Brasil: uma análise do Plano Plurianual – PPA 2000/2003*. Relatório Técnico. Cooperação Técnica BID-IPEA. Brasília: IPEA, 2002.

GASPARI, H. *A ditadura Derrotada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Org.). *Planejamento e orçamento governamental: coletânea*. Brasília: ENAP, 2006. v. 1 e 2.

GIL, A. C.. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENEZ, D. M.; CARDOSO JUNIOR, J. C.. *Planejamento e desenvolvimento: considerações à luz de documentos do governo brasileiro entre 2003 e 2010*. Texto para discussão n° 1690. Brasília-DF: IPEA, 2012.

GIORDANI, J. A. *La planificación como proceso social. Un esquema de análisis*. Cuadernos Sociedade Venezuelana de Planificación: Teoría Y método de la planificación. 3:147-177, 1979.

GIORDANI, J. A. *Planificación, Ideología y Estado: El caso de Venezuela*. Valencia-Venezuela: Vadel hermanos Editores, 1986. 357p.

GRAMSCI, A. *Caderno do Cárcere (Volume 1: Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce)*. Edição e Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Co-edição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. 494p

GRAMSCI, A. *Caderno do Cárcere (Volume 3: Temas de cultura. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política)*. Edição e Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Co-edição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. 420p.

GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1980. 444p.

GRUPPI, L. *Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci*. 14ª ed. Porto Alegre-RG: LePM, 1996.

GUIMARÃES FILHO, R. M. A evolução do planejamento federal e a participação legislativa. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, v. 36, n. 143, p. 147-185, jul./set. 1999.

HENRIQUE, A. Um olhar dos trabalhadores: um balanço positivo, uma disputa cotidiana e muitos desafios pela frente. SADER, E. (Org.). *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo-SP/Rio de Janeiro-RJ: Boitempo/FLACSO Brasil 2013.

HOBBSAWM, E. *A era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. Trad. Marcos Santarrita. Revisão técnica Maria Célia Paoli. 2ª ed. São Paulo-SP: Companhia das Letras, 1995. 563p.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, O. *Estado e planejamento econômico no Brasil*. 5ª Ed, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1991.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. Edição Especial, nº 13. Brasília-DF: IPEA, 2007. p.7-24.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Nº 16 (nov. 2008). Brasília-DF: IPEA, 2008.

IPEA. O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. In: PELIANO, A. M. T. M. (Coord.). *Documento de Política*, nº 14. Brasília, 1993.

JESUS, W. L. A. *Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 2007-2009*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012, 170f.

JUDT, T. *Pós-guerra: uma história da Europa desde 1945*. Tradução: José Roberto O'Shea. Revisão Marta Miranda O'Shea. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

- KALIL, M. E. X.; PAIM, J. S. Planejamento de Saúde na Bahia: impasses e perspectivas, Salvador, SESAB, *Revista Baiana de Saúde Pública*, nº 13 v. 1/3., p.47-67, jan/set, 1987.
- KHAIR, A. A. *Lei de Responsabilidade Fiscal: guia de orientação para as prefeituras*. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000. 144p.
- KOHN, A. (Org). *Planejamento no Brasil*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1999.
- KOHN, A. Quatro décadas de planejamento econômico no Brasil. *RAE-Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 49-61 Mai./Jun. 1994
- KON, A. *Subsídios teóricos e metodológicos ao planejamento econômico público*. São Paulo: EAESP/GFV/NPP, 1997.
- KOWARICK, L. *Estratégia do Planejamento Social no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, CEBRAP, 1976, 48p. (Caderno CEBRAP 2).
- LAFFER, C. O Planejamento no Brasil – observações sobre o Plano de Metas (1956-1961). In.: MINDLIN, B (Org.). *Planejamento no Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- LIMA, L. D.; *et. al.*. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012, vol.17, n.7, pp. 1903-1914.
- LIMA, L. P. M. de. *A atuação da esquerda no processo constituinte: (1986-1988)*. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 363 p. (Série parlamento em teses; n. 4).
- LOPES, C. T. G. *Planejamento, Estado e crescimento*. São Paulo: Pioneira, 1990. xii, 205p.
- LOTUFO, M. A. *Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES - Mato Grosso em 2001*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA. 2003, 133p.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas do Brasil*. 2ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. 362p. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva).
- MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional das políticas de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*. 15(5): 2367-2382, 2010.
- MACHADO, K. Novo passo na construção do SUS. *Radis.*, nº 19, set.2011.
- MACIEL, D. *De Sarney a Collor [manuscrito]: reformas políticas, democratização e crise (1985-1990)*. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia. 2008. 387 f.
- MACIEL, D. O transformismo na substituição da institucionalidade autoritária pela institucionalidade democrática (1985-1990). *Projeto História*. São Paulo, n.38, p.79-95, jun, 2009.
- MARTINS, L. *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64*. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

MATOS, P. O. *Análise dos planos de desenvolvimento elaborados no Brasil após o II PND*. Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Dissertação (Mestrado). Piracicaba, 2002. 184p.

MATSUDA, Y.; SHEPHERD, G.; WENCESLAU, J. *Gestão e Avaliação no contexto do Plano Plurianual (PPA): institucionalização ou impacto?* – Relatório produzido por técnicos do Banco Mundial a pedido do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília-DF, nov. 2006.

MATTOS, P. T. L. *A formação do estado regulador*. Novos estud. - CEBRAP [online]. 2006, n.76, pp. 139-156.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I e II.

MELLO E SOUZA, N. O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas. *Rev. Adm. Pública [online]*. 2012, vol.46, n.6, pp. 1671-1720. ISSN 0034-7612.

MELO, C. de. *O Planejamento Governamental no Brasil e na Argentina no Século XXI: Espaço de Expressão dos Múltiplos Papéis do Estado*. 2013.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MENEGUELLO, R. *Alguns aspectos da lógica de coalizões partidárias*. Cidadãos e política: diagnóstico da adesão democrática, comportamento e valores. Brasília-DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2010. (Texto para discussão CEPAL/IPEA, 8). 86p.

MENEZES, F.; SANTARELLI, Mariana. *Da Estratégia Fome Zero ao Plano Brasil Sem Miséria: elementos da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: IBASE, 2011. Disponível em: <http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2013/02/proj-fomezero.pdf>. Acesso em: 6Jan2015.

MENEZES, J. S. B. Os governos do PT e as políticas sociais: “nada de novo no front”. In.: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.. *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E.; MERHY, E. E.; e MENDES-GONÇALVES, R. B. *Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégias e Liberdade*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Tradução: Paulo Cezar Castanheir e Sérgio Lessa. 1ª ed. revista. São Paulo: Boitempo, 2011.

METTENHEIM, K. V. A presidência brasileira e a separação de poderes (1988-2002). In.: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Orgs.). *O Estado Numa Era de Reformas: Os Anos FHC*. Brasília-DF: MP, SEGES, 2002. 302p. (Parte 1).

MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

- MINDLIN, B. (Org.). *Planejamento no Brasil*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.
- MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. *Estado, classe e movimento social*. São Paulo: Cortez, 2010 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.5).
- MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento das desigualdades: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.) *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.
- MOTTA, J. R. S. T. da. *Medidas adotadas pelo Governo FHC para o Desenvolvimento Econômico*. Brasília-DF: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Julho, 2000.
- MULLER NETO, J. S.. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Revista Saúde e Debate*. Londrina-PR: CEBES, n. 31, s/p., 1991.
- NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- OLIVEIRA, J. A. P. de. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *RAP – Revista de Administração Pública*, vol. 40, nº 1, pp.273-288, Rio de Janeiro: Mar./Abr., 2006.
- OLIVEIRA, J.; FLEURY, S. Clímax da crise: Transparência da Estrutura de Poder (1980-1983). In: _____. *(Im) Previdência Social – 60 anos da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO. 1989. p. 269-335.
- OLIVEIRA, V. R. Participação Social nos Planos Plurianuais do governo federal: uma história recente. *Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento (RBPO)*. Nº 1, v.3, 2013, pp.24-43.
- ORENSTEIN, L.; SOCHACZEWSKI, A. C. Democracia com desenvolvimento: 1956-1961. In: ABREU, M. P.; (ORG). *A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana 1889-1989*. Rio de Janeiro: Campus. 1995. p. 171-195.
- PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e o CEBES*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p.
- PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Nº 2, v. 2., p.167-183, abr/jun, 1986.
- PAIM, J. S. As políticas de Saúde e a conjuntura atual. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, (15/16): 8-15, fev/1984.
- PAIM, J. S. Crise do planejamento autoritário em saúde. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*. Salvador-BA, nº 4, p.52-61, 1981.
- PAIM, J. S. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador-BA, nº 10, v.1, p.46-52, jan/mar, 1983.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2006, vol.40, n.spe, pp. 73-78.

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIVA, M. *BNDES: um balanço de história e do futuro*. São Paulo: Museu da pessoa, 2012.

PARES, A.; VALLE, B. A retomada do planejamento governamental no Brasil e seus desafios. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Org.). *Planejamento e orçamento governamental: coletânea*. Brasília: ENAP, 2006. (Volume 2).

PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

PRADO JÚNIOR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo*. 23ª ed. São Paulo-SP: Brasiliense, 2004.

RATTNER, H. Indicadores Sociais e Planificação do Desenvolvimento. *RAE-Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 17, n. 1, jan-fev, 1977.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. *et. al.* (Orgs.). *A política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Adufrj, 2008.

REZENDE, F. *Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para reconstrução*. Brasília-DF: CEPAL/Escritório no Brasil – IPEA, 2010. 69p. (Texto para Discussão, nº 4).

RIVERA, F. J. U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1992. (Pensamento Social em Saúde; Volume 2). 222 p.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. *Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo*. In: RIVERA, F. J. U. *Análise Estratégica em Saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ROCHA, A. A. R. M. *O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe*. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador-BA:ISC/UFBA, 2008.

RODRIGUES, M. M. Retomando o Planejamento: O Plano Plurianual 1996-1999. *Revista do BNDES*, v.3, n.5. 1996.

RODRIGUEZ NETO, E. A Via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p.63-91.

RODRIGUEZ NETO, E. Subsídios para a definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Org.). *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2007, p.163-168.

SALLUM JUNIOR, B. Metamorfoses do estado Brasileiro no final do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais – RBCS*. Vol. 18 nº. 52 junho/2003.

SALLUM JUNIOR, B.; CASARÕES, G. S. P. e. O impeachment do presidente Collor: a literatura e o processo. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n.82, p.163-200, 2011.

- SANDRONI, P. *Novíssimo Dicionário de Economia*. São Paulo: Editora Best Seller, 1999.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. *SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas-SP; Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- SANTOS, M. P. G. dos. *O Estado e os problemas contemporâneos*. Brasília-DF/Florianópolis-SC: CAPES-UAB/Departamento de Ciências da Administração, 2009. 144p.
- SARDENBERG, R. M. *O Brasil e as Nações Unidas*. Brasília-DF: FUNAG, 2013. 135p.
- SAYAD, J.; ALVES, D. O. O Plano Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970). In: MINDLIN, B. (Org.). *Planejamento no Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- SILVA, E.; NEVES, G. R.; MARTINS, L. B. (Orgs). *Tancredo Neves: pensamentos e fatos*. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro; v.1).
- SILVA, J. M. da; NASCIMENTO, M. A. A.. *Planejamento em Saúde: a dialética entre teoria e prática*. Vitória da Conquista – BA: Edições UESB, 2011.
- SILVA, L. I. L. *Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de entrega dos Relatórios dos 27 Fóruns da Participação Social no PPA 2004-2007, 14 de agosto de 2003*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 2003b.
- SILVA, L. I. L. *Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de lançamento do PAC saúde, 05 de dezembro de 2007*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 2007.
- SILVA, L. I. L. *Pronunciamento do Presidente d República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional, 01 de janeiro de 2003*. Brasília-DF: Biblioteca da Presidência da República, 2003a.
- SILVA, L. X. (Org.). *Estado e políticas públicas*. Universidade Aberta do Brasil (UAB/UFRGS). Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS, 2010. 72 p.
- SILVA, L. X. (Org.). *Estado e políticas públicas*. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS, 2010. 72p.
- SOUZA, N. M. O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas. *Revista de Administração Pública – RAP*, vol. 46, nº 6, nov-dez, 2012. p. 1671-1720.
- TAVARES, M. C. *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. F.; et. al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da Saúde Coletiva: visão panorâmica. In.: In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N.. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TEIXEIRA, R. A.; PINTO, E. C.. *A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira; bloco no poder e desenvolvimento econômico*. Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 909-941, dez. 2012.

TEMPORÃO, J. G.; MAZZOLI, M. B. L. C. Implementação do Mais Saúde: O desafio de transformar o Ministério da Saúde. II *Congresso Consad de Gestão Pública*, Painel 23: Inovações gerenciais na saúde. 2009.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. 3ªed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S.. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2009.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, A. L, d'Á. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 à 2010. In.: VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Orgs.). *Regionalização e relação federativa na política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*. 14(Supl. 1): 1565-1577, 2009.

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

VILLA, M. A. *Mensalão: o julgamento do maior caso de corrupção da história política brasileira*. São Paulo: Leya, 2012.

VOLPON, T. *A globalização e a política: de FHC a Lula*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In.: WEBER, M. *Economia e sociedade*. 3ª ed. Brasília-DF: Ed. UNB, 1994.p.3-35.

REFERÊNCIAS – DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS ANALISADOS

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *30 de abril de 1987a*. p.145-146.

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *22 de abril de 1987b*. p.72.

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *29 de abril de 1987c*. p.115.

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *23 de abril de 1987d*. p.91.

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *23 de abril de 1987e*. p.92.

ATA. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente (SSSMA). *30 de abril de 1987f*. p.155.

ATA. Comissão da Ordem Social (COS). *28 de maio de 1987*. p.65.

ATA. Comissão de Sistematização (CS). *24 de novembro de 1987*. p.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas*. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012b. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Lei Ordinária nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012. *Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015*. Publicado no DOU, 19/01/2012c. P1. (Texto Original).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS)*. Publicado no DOU de 24/10/2011a.

BRASIL. Decreto do Executivo nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei nº 8080, 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*. Publicado no DOU, 29/06/2011c. P.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011e. 114 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. *Estabelece Diretrizes para a organização da rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS*. Publicado no DOU de 31/12/2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.964, 23 de julho de 2010. *Define o incentivo financeiro para o ano de 2010 destinado ao Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 27/07/2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009c. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.327, 06 de outubro de 2009. *Define o incentivo financeiro para o ano de 2009 destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 07/10/2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.751, 11 de novembro de 2009. *Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de reformulação dos instrumentos do Sistema de planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde*. Publicado no DOU de 12/11/2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 246 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.885, 09 de setembro de 2008. *Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 10/09/2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.176, 24 de dezembro de 2008. *Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão*. Publicado no DOU de 30/12/2008c.

BRASIL. Lei nº 11.653, de 07 de abril de 2008. *Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2008-2011*. Publicado no DOU, 08/04/2008d, nº 67-A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais Saúde: direito de todos (2008 – 2011)*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 204, 29 de janeiro de 2007. *Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos Federais para as Ações e os Serviços de Saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle*. Publicado no DOU de 31/01/2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 376, 16 de fevereiro de 2007. *Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 21/02/2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.229, 24 de maio de 2007. *Aprova as orientações gerais para o Fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União*. Publicado no DOU de 25/05/2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.510, 25 de junho de 2007. *Desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde*. Publicado no DOU de 26/06/2007e.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano plurianual 2008-2011: Projeto de Lei*. Brasília-DF: MP, 2007f. 540 p.; v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.332, 28 de dezembro de 2006. *Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 29/12/2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto*. Publicado no DOU de 23/02/2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 699, 30 de março de 2006. *Regulamenta as Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Publicado no DOU de 03/04/2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.097, 22 de maio de 2006. *Define o processo de programação pactuada e integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS*. Publicado no DOU de 23/05/2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.085, 01 de dezembro de 2006. *Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS*. Publicado no DOU de 04/12/2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. *12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 230 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. *Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília-DF: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.734, 19 de agosto de 2004. *Define o fluxo dos processos de Recursos de Estados e Municípios aos fóruns intergestores do SUS e dá outras providências*. Publicado no DOU de 23/08/2004c.

BRASIL. Lei nº 10.933, de 11 de agosto de 2004. *Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004-2007*. Publicado no DOU, 12/08/2004d (Edição Extra).

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. *Plano Plurianual 2004-2007: plano Brasil de todos – Participação e inclusão*. Brasília: MP, 2003d.

BRASIL. Decreto do Executivo nº4.322, 05 de agosto de 2002. *Publica o Plano Plurianual 2000-2003 vigente*. Publicado no DOU, 06/08/2002e. P.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, 27 de fevereiro de 2002. *Aprova na forma do Anexo desta Portaria, A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002*. Publicado no DOU de 28/02/2002c.

BRASIL. Lei nº 10.547, de 12 de novembro de 2002. *Altera ações dos programas nosso bairro, morara melhor e gestão da política de desenvolvimento urbano constantes do Plano Plurianual para o período de 2000-2003*. Publicado no DOU, 13/11/2002d. P.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 393, 29 de março de 2001. *Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001*. Publicado no DOU de 30/03/2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: Relatório Final*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001b. 198p. (Série Histórica do CNS; n. 2) (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 95, 26 de janeiro de 2001. *Aprova na forma do Anexo desta Portaria, A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001*. Publicado no DOU de 29/01/2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001d.

BRASIL. Portaria GM nº 393 de 29 de março de 2001. *Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano 2001*. Diário Oficial da União. 30 mar. 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 548, 12 de abril de 2001. *Aprova o documento “Orientações Gerais para Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como instrumento de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria*. Publicado no DOU de 16/04/2001f.

BRASIL. Lei nº 10.265, de 19 de julho de 2001. *Inclui programas e altera ações do Plano Plurianual para o período de 2000/2003*. Publicado no DOU, 20/07/2001h. P.1.

BRASIL. Lei nº 10.297, de 26 de outubro de 2001. *Altera o Plano Plurianual para o período de 2000-2003* Publicado no DOU, 29/10/2001i. P.2.

BRASIL. Lei nº 10.390, de 28 de dezembro de 2001. *Altera o objetivo do programa 0119 – Saneamento Básico do Plano Plurianual 2000-2003*. Publicado no DOU, 2/12/2001j. P.107 (Edição extra).

BRASIL. Decreto do Executivo nº 4.055, 14 e dezembro de 2001. *Publica o Plano Plurianual 2000-2003 vigente*. Publicado no DOU, 17/12/2001k. P.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Plano Plurianual (PPA) 2000/2003: estruturação do PPA: visão do planejamento setorial da saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001l, 40p.

BRASIL. Lei nº 9.989, de 21 de julho de 2000. *Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2000/2003*. Publicado no DOU, 24/07/2000b. P.1.

BRASIL. Ministério de Planejamento e Orçamento. Portaria nº 117, de 12 de novembro de 1998. *Atualiza a discriminação da despesa por função de que tratam o inciso I do § 1º do art.*

2º do art. 8º, ambos da Lei 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programas, projetos, atividade, operações especiais. Publicado no DOU, 13/11/1998a, seção 1, p.165.

BRASIL. Decreto do Executivo nº 2.829, de 29 de outubro de 1998. *Estabelece normas para a elaboração e a execução do Plano Plurianual e dos orçamentos da União*. Publicado no DOU, 30/10/1998b. P.9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.742, 30 de agosto de 1996. *Aprova preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população*. Publicado no DOU de 02/09/1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, 05 de novembro de 1996. *Aprova a Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Publicado no DOU de 06/11/1996b.

BRASIL. Lei nº 9.276, de 09 de maio de 1996. *Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 1996-1999*. Publicado no DOU, 10/05/1996c. P.7947.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde: Municipalização é o Caminho*. Brasília-DF, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.290, 13 de dezembro de 1991. *Institui os procedimentos e mecanismos para regulamentar a sistemática de Planejamento para o Sistema Único de Saúde*. Publicado no DOU de 16/12/1991a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução MS/INAMPS nº 258, 07 de janeiro de 1991. *Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91*. Publicado no DOU de 10/01/1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução MS/INAMPS nº 273, 17 de julho de 1991. *Reedita com alterações a Norma Operacional Básica-SUS 01/91*. Publicado no DOU de 18/07/1991c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano quinquenal de saúde – 1990/95: a saúde do Brasil novo*. Brasília (DF): Gabinete do Ministro, 1991d.

BRASIL. Lei nº 8.173, 30 de janeiro de 1991. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quinquênio 1991 - 1995. Publicado no DOFC, 31/01/1991e. P.002169 1.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências*. Publicado no DOU de 20/09/1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação na comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Publicado no DOU de 31/12/1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986.

DIÁRIO DA ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE (DANC). *22 de abril de 1987a*. p.49.

DIÁRIO DA ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE (DANC). *22 de abril de 1987b*. p.145.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MATRIZ DE PRODUÇÃO DOS DADOS (Arcabouço Jurídico Normativo)

PERÍODO DE GOVERNO: Período Sarney

MINISTRO DA SAÚDE	DOCUMENTO	ORIGEM	DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU	SITUAÇÃO	CONTEÚDO CENTRAL	OBJETIVOS	PRINCIPAIS TRECHOS (PLANEJAMENTO)
-----	Constituição Federal do Brasil	Assembleia Nacional Constituinte	Promulgada em 05/10/1988	VIGENTE	<p>Carta Magna do País</p> <p>Em relação à saúde, a Constituição Federal de 1988 promoveu uma transformação jurídica jamais evidenciada na sociedade brasileira. A garantia da saúde enquanto um direito social e dever do Estado, resultante de políticas sociais e econômicas elevou qualitativamente a concepção da saúde enquanto um direito humano.</p>		<p>Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o plano plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orçamentos anuais.</p> <p>§ 1o A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.</p> <p>§ 2o A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.</p> <p>§ 3o O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.</p> <p>§ 4o Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.</p> <p>§ 5o A lei orçamentária anual compreenderá:</p> <p>I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;</p> <p>II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;</p> <p>III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.</p> <p>§ 6o O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia.</p> <p>§ 7o Os orçamentos previstos no § 5o, I e II, deste artigo, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções a de reduzir desigualdades inter-regionais, segundo critério populacional.</p> <p>§ 8o A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à</p>

						<p>fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.</p> <p>§ 9º Cabe à lei complementar:</p> <p>I – dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual;</p> <p>II – estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta, bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos.</p> <p>A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (EC no 20/98)</p> <p>A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.</p> <p>As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006 e EC no 63/2010)</p> <p>I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III – participação da comunidade.</p> <p>§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.</p> <p>§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:</p> <p>I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;</p> <p>II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;</p> <p>III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3º.</p>
--	--	--	--	--	--	---

							<p>§ 3o Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:</p> <p>I – os percentuais de que trata o § 2o;</p> <p>II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;</p> <p>III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;</p> <p>IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.</p> <p>§ 4o Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.</p> <p>§ 5o Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.</p> <p>§ 6o Além das hipóteses previstas no § 1o do art. 41 e no § 4o do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

PERÍODO DE GOVERNO: Período Collor/Itamar

MINISTRO DA SAÚDE	DOCUMENTO	ORIGEM	DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU	SITUAÇÃO	CONTEÚDO CENTRAL	OBJETIVOS	PRINCIPAIS TRECHOS (PLANEJAMENTO)
Alceni Guerra	LOS 8080/90	Presidência da República	20/09/1990	VIGENTE	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.	A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.	<p>(...) Art. 02. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.</p> <p>(...) Art. 08. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.</p> <p>(...) Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.</p> <p>(...) Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: (...) XV –</p>

						<p>promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; (...) XVIII – elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;</p> <p>(...) Art. 17. à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: (...) I – promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>(...) Art. 18. à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: (...) I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;</p> <p>(...) Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.</p> <p>(...) Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: (...) I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.</p> <p>(...) Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.</p> <p>§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.</p> <p>§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.</p> <p>(...) Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.</p>
Alceni Guerra	LOS 8142/90	Presidência da República	31/121990	VIGENTE	Dispões sobre a participação da	(...) Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do

					comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.		Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: (...) I – a Conferência de Saúde; e II – o Conselho de Saúde. (...) Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III – plano de saúde; IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. (...) <i>Parágrafo único.</i> O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.
Ricardo Akel	RESOLUÇÃO - 258	MS/INAMPS	10/01/1991	VIGENTE	Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, constante do ANEXO I, da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS).	Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90.	(...) Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o exercício de 1991, será dividido em 5 itens: (...) a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população; b) recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora proporcional à população; c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS; d) custeio de Programas Especiais em saúde. (...) É importante para o êxito do programa o pressuposto da contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo. (...) 2.1.2 – Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde. (...) 2. 2 – DOS FUNDOS DE SAÚDE (...) 2.2.1 – Os Fundos de Saúde de natureza contábil e financeira e vinculados aos objetivos do Sistema Único de Saúde, devem ser previamente autorizados pelo legislativo e a aplicação de suas receitas far-se-á através de dotação consignada na Lei de orçamento ou em crédito adicional
Ricardo Akel	RESOLUÇÃO - 273	MS/INAMPS	18/07/1991	REVOGADA	Reedita com alterações a Norma Operacional Básica – SUS, 1-91 que passa a apresentar o texto constante do ANEXO 1 da presente Resolução. (Ementa elaborada pelo	Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada em conformidade com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, bem como a portaria MS/GM nº 1.481/90.	

					CDI/MS).		
Alceni Guerra	PORTARIA – 2.290	MS/GM	16/12/1991	VIGENTE	Institui os procedimentos e mecanismos para regulamentar a sistemática de planejamento para o Sistema único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS).	Institui os procedimentos e mecanismos para regulamentar a sistemática de planejamento para o Sistema único de Saúde.	
Ricardo Akel	PORTARIA - 234	MS/SNAS	10/02/1992	VIGENTE	Edita a norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no ANEXO I da presente portaria.	Normatizar a assistência à Saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.	<p>(...) 1 – O PLANEJAMENTO. O planejamento, que deve ser desenvolvido através de uma metodologia participativa, é a projeção das ações a serem executadas e a racionalização dos procedimentos técnico-administrativos, necessários à execução dessas ações. O planejamento é um processo permanente e dinâmico devendo contemplar também situações emergenciais equacionadas em curto prazo.</p> <p>(...) O planejamento é de competência das três esferas de Governo e constitui a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação, o controle e a gestão do sistema de saúde, e pressupõe o conhecimento da realidade existente e dos instrumentos disponíveis e necessários para se atingir as metas propostas. Assim, o planejamento, além de ascendente, deve ser uma tarefa dos municípios, estados e União.</p> <p>(...) As ações de recuperação da saúde a serem planejadas e desenvolvidas devem estar baseadas nos problemas de saúde de cada população e os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares existentes, os quais devem estar estruturados para atender não apenas à demanda da doença, mas também para oferecer cobertura, aos problemas de saúde da população.</p> <p>(...) Uma das conseqüências do planejamento será proporcionar o esclarecimento das responsabilidades das três esferas de governo, da definição da prestação e gestão dos serviços e do aporte dos recursos financeiros. Dessa forma, o processo de planejamento-orçamentação deve ser indivisível. Assim, a Programação e Orçamentação em Saúde – PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde.</p> <p>(...) 8.8. E vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou calamidade pública, na área de saúde.</p>
Jamil Haddad	PORTARIA - 545	MS/GM	24/05/1993	REVOGADA	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da Gestão das	Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de	(...) 2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO. O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde respectivamente. estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

					ações e serviços de saúde, através da norma operacional básica – SUS 01/93.	construção do Sistema Único de Saúde.	<p>(...) 4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO. O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS nos estados e municípios. (...) 4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios; (...) 4.1.1. Condições de gestão incipiente (...) 4.1.2. Condição de gestão parcial (...) 4.1.3. Condição de gestão simplena.</p> <p>(...) 5. DISPOSIÇÕES FINAIS. 5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.</p>
--	--	--	--	--	---	---------------------------------------	---

PERÍODO DE GOVERNO: Período FHC

MINISTRO DA SAÚDE	DOCUMENTO	ORIGEM	DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU	SITUAÇÃO	CONTEÚDO CENTRAL	OBJETIVOS	PRINCIPAIS TRECHOS (PLANEJAMENTO)
Carlos César de Albuquerque	PORTARIA – 2.203	MS/GM	06/11/1996	REVOGADA	Aprovada, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o Modelo de Gestão do Sistema Único de Saúde constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da Atenção Integral a Saúde da População e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. (Ementa elaborada pela CDI/MS).	<p>Aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.</p> <p>Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder municipal e do Distrito</p>	<p>(...) 7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL. No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam: (...) <i>a</i>) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; <i>b</i>) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual; <i>c</i>) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e</p> <p><i>d</i>) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.</p> <p>(...) 10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (...) 10.1. RESPONSABILIDADES. O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.</p> <p>(...) 11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA (...) 11.1. Programação Pactuada e Integrada – PPI 11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais,</p>

						<p>Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), Com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS).</p>	<p>mediadas pelo gestor estadual. (...)11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.</p> <p>(...) 15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO (...)A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições: a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.</p> <p>(...) 16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO. A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão: a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.</p>
José Serra	PORTARIA - 95	MS/GM	29/01/2001	VIGENTE	<p>Aprova na forma do ANEXO desta portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismo para o fortalecimento da capacidade de Gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.</p>	<p>Definir o processo de regionalização da assistência;</p> <p>Promover a integração das ações entre as três esferas de governo;</p> <p>Criar mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;</p> <p>Proceder a atualização dos critérios de habilitação de Municípios;</p>	<p>(...) desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.</p> <p>(...)o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.</p> <p>(...) O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.</p> <p>(...) i. 1 – DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. 2 – Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.</p> <p>(...) a) Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.</p> <p>(...) e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base</p>

						<p>territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).</p> <p>(...) 9.1 – Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.</p> <p>(...) 15.1 – O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.</p> <p>(...) CAPÍTULO II – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS (...) II. 1 – DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (...) 24 – Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional. 24.1 – As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.</p> <p>(...) 26 – A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.</p> <p>(...) iii.1.2 – Do processo de habilitação dos estados (...) 49 – A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições: GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.</p> <p>(...) iii.2.1 – Da desabilitação dos municípios 53 – Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.</p>	
José Serra	PORTARIA - 393	MS/GM	30/03/2001	VIGENTE	Aprova, nos termos do ANEXO I, a Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001.	Definir os eixos prioritários de intervenção para o ano de 2001.	(...) Art. 3º A Agenda Nacional de Saúde estabelece os seguintes Eixos Prioritários de Intervenção para 2001. (...) a) Redução de mortalidade infantil e materna; b) Controle de doenças e agravos prioritários; c) Reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) Desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde; f) Qualificação do controle social.
Barjas Negri	PORTARIA - 548	MS/GM	16/04/2001	REVOGADA	Aprova o documento	Potencializar o uso dos instrumentos de	(...) Art. 1º. Aprovar, o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão

					<p>“Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos quadros de metas, e do Relatório de Gestão como Instrumento de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria.</p>	<p>Gestão como ferramentas efetivas da Gestão do SUS.</p>	<p>como Instrumentos de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria.</p> <p>(...) O processo de elaboração dos instrumentos de gestão aqui descritos apresenta alguns aspectos que devem ser ressaltados: (...) (a)Articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade. Ou seja, definição de prioridades (agenda) como subsídios para os planos de saúde e para as programações, com o destaque de um conjunto de metas adaptadas às circunstâncias locais e regionais, que servirão de base à prestação de contas (quadro de metas e relatório de gestão) e à retroalimentação do processo de planejamento. (b)Vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais. (c)Definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo. (d)Circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores. (e)Ênfase em uma abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores. (f)Padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma.</p> <p>(...) 2. VISÃO GERAL DO PROCESSO (...) AGENDA: Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde; PLANO DE SAÚDE: Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões.; QUADRO DE METAS: Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão.; RELATÓRIO DE GESTÃO: Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.</p> <p>(...) (b) Plano Nacional de Saúde (PNS) A formulação e o encaminhamento deste instrumento constituem competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as mesmas utilizadas na elaboração da Agenda Nacional de Saúde.</p>
Barjas Negri	Portaria - 373	MS/GM	28/02/2002	REVOGADA	<p>Aprova, na forma do ANEXO desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o</p>	<p>Estabelecer o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde;</p> <p>Criar mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;</p>	<p>(...) A partir da publicação da NOAS-SUS01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.</p> <p>(...) CAPÍTULO I – DA REGIONALIZAÇÃO. 1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. 1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não</p>

				<p>processo de Regionalização como Estratégia de Hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de Gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.</p>	<p>Proceder a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios;</p>	<p>necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.</p> <p>(...) <i>a</i>) Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.</p> <p>(...) <i>e</i>) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.</p> <p>(...) ii.3 DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA. 41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.</p> <p>(...) 47. Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.</p> <p>(...) 48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe: (...) <i>a</i>) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;</p> <p>(...) III.1.1 COM RELAÇÃO AO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS. 53. A partir da publicação desta Norma os municípios poderão habilitar-se em duas condições: (...) » GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e » GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.</p> <p>(...) 56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas</p>
--	--	--	--	---	---	--

							<p>condições: (...) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.</p> <p>(...) iii.2.1 DA DESABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS. 59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

PERÍODO DE GOVERNO: Período LULA

MINISTRO DA SAÚDE	DOCUMENTO	ORIGEM	DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU	SITUAÇÃO	CONTEÚDO CENTRAL	OBJETIVOS	PRINCIPAIS TRECHOS (PLANEJAMENTO)
José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA - 399	MS/GM	23/02/2006	VIGENTE	Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto.	Divulga o pacto pela saúde e aprova as suas diretrizes operacionais com base em três componentes: PELA VIDA; EM DEFESA DO SUS e DE GESTÃO;	<p>(...) i – O PACTO PELA VIDA: O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.</p> <p>(...) ii – O PACTO EM DEFESA DO SUS: O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.</p> <p>(...) iii – O PACTO DE GESTÃO DO SUS. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.</p> <p>(...) As prioridades do Pacto de Gestão são: DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação. ESTABELEÇER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</p> <p>(...) A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS.</p> <p>(...) iii – PACTO DE GESTÃO. Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do</p>

						<p>Trabalho e da Educação na Saúde.</p> <p>(...) 2.2 – REGIÕES DE SAÚDE. As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território; (...) O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;</p> <p>(...) O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;</p> <p>(...) e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em saúde.</p> <p>(...) 4 – PLANEJAMENTO NO SUS. 4.1 – O TRABALHO COM O PLANEJAMENTO NO SUS DEVE SEGUIR AS SEGUINTE DIRETRIZES: O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação. Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais. Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.</p> <p>(...) Programação Pactuada e integrada da atenção em saúde – PPI. A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. (...) A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.</p> <p>(...) 3.4 – UNIÃO. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde; Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações Intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde; Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA; Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional; Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos; Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.</p>
Saraiva Felipe	PORTARIA - 699	MS/M	03/04/2006	VIGENTE	Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão	<p>Regulamentar e implementar as Diretrizes Operacionais do: PACTOS PELA VIDA e DE GESTÃO.</p> <p>(...) Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.</p> <p>(...) Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal: I – A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI; II – A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e III – As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações: <i>a</i>) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas; <i>b</i>) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e <i>c</i>) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.</p>

José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA 1.097	-	MS/GM	23/05/2006	VIGENTE	Define o processo de programação pactuada e integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do sistema Único de Saúde.	Definir o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência em saúde.	<p>(...) Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.</p> <p>(...) Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes: I – integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; II – orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades; III – ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e IV – estar em consonância com o processo de construção da regionalização.</p> <p>(...) Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes: I – Centralidade da Atenção Básica; II – Conformação das Aberturas Programáticas; III – Parâmetros para Programação de Ações de Saúde; IV – Integração das Programações; V – Composição das Fontes de Recursos Financeiros; e VI – Processo de Programação e Relação Intergestores;</p> <p>(...) Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.</p>
José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA 3.085	-	MS/GM	04/12/2006	REVOGADA	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.	Regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).	<p>(...) Art. 1º Regular o Sistema de Planejamento do SUS, nos termos do disposto nesta Portaria. (...) § 1º O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS. § 2º Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais, regionais e nacionais.</p> <p>§ 3º Como parte integrante do ciclo de gestão, esse Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde. § 4º No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.</p> <p>(...) Art. 3º Propor a instituição de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.</p>

							(...) Art. 4º O Sistema de que trata esta Portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. (...) § 1º São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS: I – o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e II – o Relatório de Gestão. § 2º Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos. § 3º O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. § 4º O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.
José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA – 3.332	MS/GM	29/12/2006	REVOGADA	Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.	Definir as orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do PlanejaSUS (Plano de Saúde; Programações Anuais de Saúde e Relatório Anual de Gestão).	(...) Art 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber: I – Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e II – Relatório Anual de Gestão. (...) Art. 2º Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS. (...) Art. 3º Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. (...) Art. 4º Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.
José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA - 204	MS/GM	31/01/2007	VIGENTE	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de bloco de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Definir os critérios de financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde; Organizar a transferência de recursos na forma de blocos de financiamento;	(...) Art. 1º Regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. (...) Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento: (...) I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica; e V – Gestão do SUS; VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (NR). (...) Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de: (...) I – Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II – Planejamento e Orçamento; III – Programação; IV – Regionalização; (...) Art. 33. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações

							para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.
José Agenor Álvares da Silva	PORTARIA - 376	MS/GM	21/02/2007	REVOGADA	Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.	Instituir incentivos financeiros para implementação do PlanejaSUS;	(...) Art. 1º Instituir incentivo financeiro para implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos da saúde, em parcela única.
José Gomes Temporão	PORTARIA – 1.229	MS/GM	25/05/2007	REVOGADA	Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal.	Orientar o fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG).	(...) Art. 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta portaria, relativas ao fluxo do Relatório Anual de Gestão, para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. (...) Parágrafo único. Quando um processo de apreciação e aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde ultrapassar o prazo do primeiro trimestre do ano, os Municípios devem encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite ata de reunião do Conselho de Saúde que formalize essa situação. (...) Art. 5º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem encaminhar seus relatórios anuais de gestão aos respectivos Tribunais de contas e guarda-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (...) Parágrafo único. O Relatório Anual de Gestão deve ser disponibilizado para os processos de monitoramento, avaliação e auditoria, sempre que necessário.
José Gomes Temporão	PORTARIA – 1.510	MS/GM	26/06/2007	REVOGADA	Desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde.	Desvincular o repasse dos recursos financeiros para implementação do PlanejaSUS dos critérios de adesão ao Pacto pela Saúde.	(...) Art. 1º Instituir incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido anualmente, de forma automática, aos Fundos de Saúde e em parcela única. (...) § 2º O repasse do incentivo será efetuado mediante encaminhamento à subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria-Executiva – SPO/SE, após aprovação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de proposta de ação a ser desenvolvida com o incentivo financeiro ora instituído, contendo os objetivos específicos, as ações a serem desenvolvidas e o cronograma correspondente.
José Gomes Temporão	PORTARIA – 1.885	MS/GM	10/09/2008	REVOGADA	Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.	Instituir incentivos financeiros para implementação do PlanejaSUS;	
José Gomes Temporão	PORTARIA – 3.176	MS/GM	30/12/2008	REVOGADA	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG).	Orientar a elaboração, a aplicação e o fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG).	(...) Art. 1º Aprovar as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), constantes desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG. (...) Art. 2º O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso

							de Gestão (TCG). (...) Art. 3º O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS na respectiva esfera de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e das respectivas PAS. (...) Art. 9º Estabelecer que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devam enviar os seus RAG aos respectivos Tribunais de Contas, e guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (...) <i>Parágrafo único.</i> O RAG deve estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.
José Gomes Temporão	PORTARIA – 2.327	MS/GM	07/10/2009	REVOGADA	Define o incentivo financeiro para o ano de 2009 destinado a implementação do sistema de Planejamento do SUS.	Definir incentivo financeiro para implementação do PlanejaSUS.	(...) Art. 1º Definir o incentivo financeiro para o ano de 2009, destinado à implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática, aos Fundos de Saúde, em parcela única. (...) § 2º O repasse do incentivo será efetuado mediante encaminhamento à Subsecretaria do planejamento e Orçamento da Secretaria-Executiva – SPO/SE, após aprovação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de proposta de ação a ser desenvolvida com o incentivo financeiro ora instituído, contendo os objetivos específicos, as ações a serem desenvolvidas e o cronograma correspondente.
José Gomes Temporão	PORTARIA – 2.751	MS/GM	12/11/2009	REVOGADA	Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do sistema de Planejamento, do Sistema Único de Saúde (SUS), Plano de Saúde.	Estabelecer os prazos e processos dos instrumentos do PlanejaSUS e do Pacto pela Saúde.	(...) Art. 1º Os prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e dos Pactos pela Saúde serão integrados conforme o estabelecido nesta Portaria. (...) <i>Parágrafo único.</i> Para a observância do caput deste artigo, consideram-se os seguintes instrumentos: I – Plano de Saúde; II – Programação Anual de Saúde; III – Relatório de Gestão; IV – Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos; e V – Plano Diretor de regionalização; (...) Art. 2º O prazo da vigência do plano de saúde, do Plano Diretor de Regionalização e do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos será de quatro anos. <i>Parágrafo único.</i> A temporalidade quadrienal do plano de saúde, do Plano Diretor de Regionalização e do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos alinhar-se-á à do Plano Plurianual (PPA). (...) Art. 3º O Plano de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização poderão ser ajustados anualmente de acordo com as indicações previstas no relatório de gestão. (...) Art. 6º A periodicidade de elaboração e a operacionalização dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde encontram-se disciplinadas no Anexo a esta Portaria. (...) Art. 8º O Plano Diretor de Regionalização deverá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e aprovado no Conselho estadual de Saúde. (...) Art. 10º O Ministério da Saúde disponibilizará o documento: “Interface dos

							Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS*, orientador do objeto desta Portaria, no sítio www.saude.gov.br/sispacto .
Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli (Interina)	PORTARIA – 1.964	MS/GM	27/07/2010	REVOGADA	Define o incentivo financeiro para o ano de 2010 destinado ao Sistema de Planejamento do SUS.	Definir incentivo financeiro para implementação do PlanejaSUS.	(...) do SUS, a ser transferido de forma automática, aos Fundos de Saúde, em parcela única. (...) § 2º O repasse do incentivo será efetuado mediante encaminhamento à Subsecretaria do planejamento e Orçamento da Secretaria-Executiva – SPO/SE, após aprovação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de proposta de ação a ser desenvolvida com o incentivo financeiro ora instituído, contendo os objetivos específicos, as ações a serem desenvolvidas e o cronograma correspondente.

PERÍODO DE GOVERNO: Período DILMA

MINISTRO DA SAÚDE	DOCUMENTO	ORIGEM	DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU	SITUAÇÃO	CONTEÚDO CENTRAL	OBJETIVOS	PRINCIPAIS TRECHOS (PLANEJAMENTO)
-----	Decreto nº 7.508, de 28/06/2011	Presidência da República	29/06/2011	VIGENTE	Regulamenta a Lei nº 8080, 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.	Regular a LOS nº 8080/90 e Organizar o SUS, o planejamento e a assistência à saúde; promover uma articulação interfederativa.	(...) Para efeito deste Decreto, considera-se: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e 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 serviços de saúde; III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação

						<p>dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.</p> <p>(...) O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.</p> <p>(...) O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.</p> <p>(...) O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.</p> <p>(...) No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.</p> <p>(...) O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.</p> <p>(...) O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.</p> <p>(...) O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.</p> <p>(...) O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.</p>
Alexandre Rocha Santos Padilha	PORTARIA - 2488	MS/GM	24/10/2011	VIGENTE	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a ESF e para o PACS.	<p>Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes.</p> <p>(...) Definir que os recursos orçamentários (...), devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família; II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo; III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde; IV - 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde – UBS.</p>

APÊNDICE B – MATRIZ DE PRODUÇÃO DOS DADOS (Leis de criação dos Planos Plurianuais – PPAs)

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEUDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLITICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
Fernando Collor	1991	Lei Ordinária n° 8.173/1991 (30/01/1991) Publicado no DOFC 31/01/91	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quinquênio 1991 / 1995.	Foi o primeiro Plano Plurianual do período pós-constituente. Plano elaborado com a finalidade de cumprir a determinação constitucional. Tinha a mesma estrutura do orçamento.	Período de Governo Collor/Itamar. Avanços da doutrina neoliberal nos países periféricos, a exemplo do Brasil. Surgimento de um campo de tensão entre o projeto de redemocratização x o projeto de rearticulação das forças conservadoras. Cenário econômico instável e inseguro, reflexo da sequência de fracassos dos planos de estabilização. Escândalo de corrupção envolvendo Fernando Collor. Impeachment de Collor. Posse do novo presidente (Itamar Franco). Indicação de Fernando Henrique Cardoso para o Ministério das Relações Exteriores e, logo em seguida para o Ministério da Fazenda. Reforma monetária e cambial, com o lançamento do Plano de Estabilização Econômica (PEE), conhecido como “Plano Real”.	(...) estabelece, para o período, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada. (...) Define: I diretrizes, o conjunto de critérios de ação e de decisão que deve disciplinar e orientar os diversos aspectos envolvidos no processo de planejamento; II objetivos, os resultados que se pretende alcançar com a realização das ações governamentais; III metas, a especificação e a quantificação física dos objetivos estabelecidos. (...) As diretrizes, os objetivos, as metas e as despesas, a que se refere este artigo, são especificados observando a seguinte estruturação: I - Diretrizes e Objetivos Gerais; II - Diretrizes e Metas Setoriais; III - Relação dos Projetos Prioritários; e IV - Quadros das Despesas. (...) A reestruturação do gasto público federal terá como objetivos básicos: a) assegurar o equilíbrio nas contas públicas; b) aumentar os níveis de investimento público federal, em particular os voltados para a área social e para infra-estrutura econômica; c) ajustar a execução das políticas públicas federais a uma nova conformação do Estado, que privilegie as iniciativas e a capacidade gerencial do setor privado e, ao mesmo tempo, fortaleça as inerentes ao Poder Público; d) rever o papel regulador do Estado, com vistas à consolidação de uma economia de mercado moderna, competitiva e sujeita a controles sociais; e) conferir racionalidade e austeridade ao gasto público federal; f) elevar o nível de eficiência do gasto público, mediante melhor discriminação e maior articulação dos dispêndios efetivados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.
Fernando Henrique Cardoso	1996	Lei Ordinária n° 9.276/1996 (09/05/1996) Publicado no DO 10/05/96	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 1996 / 1999	Segundo Plano Plurianual do período pós-constituente. Primeiro plano a receber um nome: “ <i>Plano Brasil em Ação</i> ”. Elaborado com base em um panorama econômico favorável, consequência do êxito do “Plano Real”.	Período de governo FHC (1995/2002). Avanços na consolidação político-ideológica do projeto neoliberal, com abertura da economia para o mercado interno e externo; e avanço nas privatizações das empresas estatais. Continuidade da política econômica iniciada no governo Itamar Franco. Primeiro mandato caracterizado pela ampla base de apoio no Congresso, essencial para promover as reformas políticas e econômicas. Desmonte da política de	(...) O Plano Plurianual (PPA) para o período 1996/99 tem como premissa básica a necessidade de consolidação da estabilidade de preços. A retomada dos investimentos produtivos e a deflagração de uma nova fase sustentada de desenvolvimento são consequência da estabilidade e, ao mesmo tempo, condição para a sua consolidação. (...) Três preocupações orientarão a ação do Governo no período 1996/99: a Construção de um Estado Moderno e Eficiente; a Redução dos Desequilíbrios Espaciais e Sociais do País; e a Modernização Produtiva da Economia Brasileira. (...) O Plano Plurianual (PPA) para o período 1996/99 terá, além de seu incontestável caráter social, como prioridades o investimento em infra-estrutura econômica e a

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLÍTICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
				Caracterizado por ter sido detalhado por setores. Cada setor apresentava um conjunto de ações prioritárias com objetivos e metas.	garantia dos direitos sociais, que passaram a ser orientadas, em sua maioria, por políticas focalizadas. Reforma do Estado, com a estruturação da administração gerencialista em substituição à administração burocrática.	<p>capacitação de recursos humanos. A alocação de recursos da União nessas duas áreas deve ser direcionada preferencialmente para as regiões de bases econômicas mais frágeis.</p> <p>(...) A atuação governamental será orientada para a redução das desigualdades sociais. Além da preocupação com a eficiência, a eficácia e a equidade na alocação de recursos públicos na área de seguridade (Previdência, Assistência Social e Saúde), bem como nos setores de educação, saneamento básico, habitação, desenvolvimento urbano e trabalho, o Governo aprimorará os mecanismos de descentralização das ações, além de favorecer a participação da sociedade na condução de iniciativas na área.</p> <p>(...) As ações a serem implementadas nas áreas relacionadas ao desenvolvimento social devem ser orientadas preferencialmente para as ações das quais resulte a redução dos desequilíbrios espaciais e devem observar na eleição dos critérios alocativos os diagnósticos contidos no trabalho "O Mapa da Fome: Subsídios à Formulação de uma Política de Segurança Alimentar-1994-IPEA" e no relatório da Comissão Mista do Congresso Nacional que tratou do desequilíbrio inter-regional brasileiro.</p> <p>(...) Na área da saúde: 1) descentralização do SUS, incorporando pelo menos 10% dos municípios à condição de gestão semi-plena e 60% à condição de gestão parcial, recuperando a rede pública de serviços, reforçando a capacidade gerencial e estimulando novos modelos de gestão e de organização; 2) aprimoramento da regulação das ações e serviços de saúde com o objetivo de incrementar a qualidade e proteger os usuários; 3) diminuição em 50% da taxa de mortalidade infantil, segundo a estratégia definida pelo Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, compreendendo: promoção da atenção integral a saúde da mulher e da criança; 4) promoção da vacinação de, no mínimo, 90% da população menor de 5 anos com vacina tríplice, BGC, antipoliomielite e anti-sarampo; 5) redução da desnutrição, causa básica ou associada à grande parte dos casos de morte na infância, mediante o atendimento da população alvo (crianças desnutridas e gestantes em risco); 6) implementação de ações de saneamento, visando proteger e melhorar as condições de vida e saúde, tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais mais carentes; 7) reforço e modernização da área de vigilância sanitária; e 8) redução da incidência e prevalência de doenças transmissíveis, particularmente as endêmicas</p>
Fernando Henrique Cardoso	2000	Lei Ordinária nº 9.989/2000 (21/07/2000) Publicado no DO	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2000 / 2003	Segundo Plano Plurianual de FHC (elaborado no segundo mandato). Denominado: " <i>Plano Avança</i> "		(...) A exclusão ou alteração de programas constantes desta Lei ou a inclusão de novo programa serão propostas pelo Poder Executivo por meio de projeto de lei específico (...) O projeto conterà, no mínimo, na hipótese de: I – inclusão de programa: a) diagnóstico sobre a atual situação do problema que se deseja enfrentar ou sobre a demanda da sociedade que se queira atender com o programa proposto; b) indicação dos recursos que financiarão o programa proposto; e II – alteração ou exclusão de programa, exposição das razões que motivaram a

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLÍTICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
		24/07/2000.		<p>Brasil</p> <p>Inaugura um novo modelo de plano, ao instituir a gestão por programas.</p> <p>Todo o plano é elaborado com base nos programas.</p> <p>Esse modelo fortalece a relação entre o Plano e as Leis Orçamentárias, de modo que plano/orçamento se confundem.</p> <p>As atividades do governo foram “destruídas” pelo excesso de programas e de ações orçamentárias.</p>		<p>proposta.</p> <p>(...) O Poder Executivo enviará ao Congresso Nacional, até o dia 15 de abril de cada exercício, relatório de avaliação do Plano Plurianual.</p> <p>(...) A inclusão, exclusão ou alteração de ações orçamentárias e de suas metas, quando envolverem recursos dos orçamentos da União, poderão ocorrer por intermédio da lei orçamentária anual ou de seus créditos adicionais, alterando-se na mesma proporção o valor do respectivo programa.</p> <p>(...) Fica o Poder Executivo autorizado a: I – efetuar a alteração de indicadores de programas; II – incluir, excluir ou alterar outras ações e respectivas metas, exclusivamente nos casos em que tais modificações não envolvam recursos dos orçamentos da União; III – adequar as metas físicas de ações orçamentárias para compatibilizá-las com as alterações nos seus valores, ou produto, ou unidade de medida respectivos, efetivadas pelas leis orçamentárias anuais e seus créditos adicionais ou por leis que alterem o Plano Plurianual</p>
Luiz Inácio “Lula” da Silva	2004	<p>Lei Ordinária n° 10.933/2004 (11/08/2004)</p> <p>Publicado no DOU 12/08/2004.</p>	<p>Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2004 / 2007.</p>	<p>Primeiro plano do período de governo Lula.</p> <p>Denominando: “Plano Brasil de todos: participação e inclusão”.</p> <p>Sua orientação estratégica era baseada na inclusão social vinculada ao consumo de massa, sustentado pelo “Programa Bolsa Família”.</p> <p>Seguiu os mesmos passos do plano do governo FHC, apresentando como inovação a participação da sociedade civil na primeira etapa do plano, ou seja, na elaboração.</p> <p>O PPA seria um instrumento importante de planejamento, até o</p>	<p>Período de governo Lula (2003/2010). A vitória nas eleições de 2002, pode ser indicativo da insatisfação da sociedade com o modelo de desenvolvimento (econômico, político e social) do país. Continuidade da política econômica do governo FHC, demonstrando (neste aspecto) certa sustentação ao ideário neoliberal. Adoção de uma política social focalizada no combate à pobreza, centrada principalmente no Programa Bolsa Família. Reforma da Previdência, com redução dos direitos dos trabalhadores. Ampliação dos espaços de participação da sociedade civil, entre 2003/2008 (criação de 13 novos Conselhos Nacionais; realização de 48 Conferências Nacionais e 03 Conferência Internacional) (MORONI, 2009). Lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), contemplando medidas para elevar os investimentos públicos em obras de infraestrutura social. No setor saúde, seria lançado, em 2007, o PAC-saúde, e depois o</p>	<p>(...) Integram o Plano Plurianual: Orientação Estratégica de Governo; Programas de Governo; Órgão Responsável por Programa de Governo; e Programas Sociais.</p> <p>(...) O Poder Executivo promoverá a participação da sociedade civil organizada na avaliação e nas alterações do Plano.</p> <p>(...) O processo de elaboração do Plano Plurianual 2004-2007 inaugura uma nova fase no planejamento governamental brasileiro. A construção e a gestão do Plano a partir de um amplo debate com a sociedade busca a implantação de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, marcado pela transparência, solidariedade e corresponsabilidade. A implementação de mecanismos que ampliem a participação da sociedade nas escolhas de políticas públicas é um traço distintivo deste PPA.</p> <p>(...) O ponto de partida é a Estratégia de Desenvolvimento de Longo Prazo: inclusão social e desconcentração de renda com vigoroso crescimento do produto e do emprego; crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos, e por elevação da produtividade; redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam esse crescimento sustentável; e valorização da identidade e da diversidade cultural, fortalecimento da cidadania e da democracia.</p> <p>(...) A estratégia é decomposta em três megaobjetivos que espelham o seu conjunto: 1) Inclusão Social e Redução das Desigualdades Sociais; 2)</p>

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLÍTICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
				lançamento do PAC.	“Mais Saúde: direito de todos”, concentrados em uma proposta de novo modelo de gestão, que tem como princípio a relação entre saúde e desenvolvimento econômico. Explode a crise financeira internacional, em 2008.	<p>Crescimento com Geração de Emprego e Renda, Ambientalmente Sustentável e Redutor das Desigualdades Regionais e 3) Promoção e Expansão da Cidadania e Fortalecimento da Democracia.</p> <p>(...) O processo de consulta à sociedade civil sobre a Orientação Estratégica de Governo inaugura um ciclo de aperfeiçoamento contínuo do Plano Plurianual, introduzindo canal de diálogo direto com a sociedade no processo de planejamento. Nesta primeira fase as discussões se centraram no topo do processo de planejamento, ou seja, nas diretrizes estratégicas.</p> <p>(...) Quanto à orientação das políticas sociais, o que se busca é promover a expansão do atendimento, com qualidade, e garantir um tratamento prioritário para aqueles segmentos tradicionalmente excluídos dos benefícios das ações públicas e discriminados por preconceitos sociais.</p>
Luiz Inácio “Lula” da Silva	2008	Lei Ordinária n° 11.653/2008 (07/04/2008) Publicado no DOU 08/04/2008.	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2008 /2011.	<p>Segundo plano do período de governo Lula.</p> <p>Denominando: “Desenvolvimento com inclusão social e educação de qualidade”.</p> <p>Com o lançamento do PAC, o PPA perdeu a referência de protagonismo do planejamento governamental.</p> <p>O PPA buscou incorporar as metas e prioridades inscritas no PAC (não houve aderência total).</p> <p>Na prática, houve um paralelismo entre o PAC e o PPA.</p>		<p>(...) Integram o Plano Plurianual: Programas Finalísticos; Programas de Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais; e Órgãos Responsáveis por Programas de Governo.</p> <p>(...) O Plano Plurianual 2008-2011 organiza a atuação governamental em Programas orientados para o alcance dos objetivos estratégicos definidos para o período do Plano.</p> <p>(...) Os programas e ações deste Plano serão observados nas leis de diretrizes orçamentárias, nas leis orçamentárias anuais e nas leis que as modifiquem.</p> <p>(...) A gestão fiscal e orçamentária e a legislação correlata deverão levar em conta as seguintes diretrizes da política fiscal: I - elevação dos investimentos públicos aliada à contenção do crescimento das despesas correntes primárias até o final do período do Plano; II - redução gradual da carga tributária federal aliada ao ganho de eficiência e combate à evasão na arrecadação; III - preservação de resultados fiscais de forma a reduzir os encargos da dívida pública.</p> <p>(...) Serão considerados prioritários, na execução das ações constantes do Plano, os projetos: I - associados ao Projeto-Piloto de Investimentos Públicos - PPI e ao Programa de Aceleração do Crescimento - PAC; e II - com maior índice de execução ou que possam ser concluídos no período plurianual.</p> <p>(...) Para efeito desta Lei, entende-se por: I - Programa: instrumento de organização da ação governamental que articula um conjunto de ações visando à concretização do objetivo nele estabelecido, sendo classificado como: a) Programa Finalístico: pela sua implementação são ofertados bens e serviços diretamente à sociedade e são gerados resultados passíveis de aferição por indicadores; b) Programa de Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais: aqueles voltados para a oferta de serviços ao Estado, para a gestão de políticas e para o apoio administrativo; II - Ação: instrumento de programação que contribui para atender ao objetivo de um programa, podendo ser orçamentária ou não-</p>

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLÍTICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
						<p>orçamentária, sendo a orçamentária classificada, conforme a sua natureza, em: a) Projeto: instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou aperfeiçoamento da ação de governo; b) Atividade: instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo; c) Operação Especial: despesas que não contribuem para a manutenção, expansão ou aperfeiçoamento das ações do governo federal, das quais não resulta um produto, e não gera contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.</p> <p>(...) As ações do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC constantes do Plano Plurianual 2008-2011 integram as prioridades da Administração Pública Federal, e terão tratamento diferenciado durante o período de execução do Plano.</p> <p>(...) O Poder Executivo fica autorizado a: I - alterar o órgão responsável por programas e ações; II - alterar os indicadores dos programas e seus respectivos índices; III - incluir, excluir ou alterar ações e respectivas metas, no caso de ações não-orçamentárias; IV - adequar a meta física de ação orçamentária para compatibilizá-la com alterações no seu valor, produto, ou unidade de medida, efetivadas pelas leis orçamentárias anuais e seus créditos adicionais ou por leis que alterem o Plano Plurianual; V - incorporar as alterações de que trata o § 3º do art. 15 desta Lei, decorrentes da aprovação da lei orçamentária para 2008, podendo ainda incluir os demais elementos necessários à atualização do Plano Plurianual; VI - incorporar anexo contendo relação de obras inacabadas, observando as decisões do Tribunal de Contas da União sobre o assunto.</p>
Dilma Rousseff	2012	<p>Lei Ordinária nº 12.593/2012 (18/01/2012)</p> <p>Publicado no DOU 19/01/2012.</p>	<p>Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012/2015.</p>	<p>Primeiro plano do período de governo Dilma.</p> <p>Denominado: <i>“Plano Mais Brasil: mais desenvolvimento, mais igualdade, mais participação”</i>.</p> <p>Segue a mesma lógica do plano anterior, ou seja, buscou incorporar as prioridades e metas do PAC-2.</p> <p>Igualmente aos demais planos, demonstrou excessiva vinculação plano/orçamento.</p>	<p>Período de governo Dilma (2011/2014). Crise financeira internacional, recessão europeia. Medidas polêmicas como a abertura do capital da Infraero e a privatização de aeroportos. Restrição de investimentos. Aprovação de projetos conflituosos, tais como o projeto de Desvinculação das receitas da União (DRU), permitindo que o governo federal possa retirar 20% dos recursos orçamentários da Seguridade Social. Lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro. Lançamento do “Plano Brasil sem Miséria” (2011). No setor saúde, regulamentação da LOS nº 8080/90; instituição do “Programa Mais Médicos”; Regulamentação de dispositivo constitucional, definindo os valores mínimos a serem aplicados</p>	<p>(...) O planejamento governamental é a atividade que, a partir de diagnósticos e estudos prospectivos, orienta as escolhas de políticas públicas.</p> <p>(...) O PPA 2012-2015 é instrumento de planejamento governamental que define diretrizes, objetivos e metas com o propósito de viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas, orientar a definição de prioridades e auxiliar na promoção do desenvolvimento sustentável.</p> <p>(...) O PPA 2012-2015 terá como diretrizes: I - a garantia dos direitos humanos com redução das desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de gênero; II - a ampliação da participação social; III - a promoção da sustentabilidade ambiental; IV - a valorização da diversidade cultural e da identidade nacional; V - a excelência na gestão para garantir o provimento de bens e serviços à sociedade; VI - a garantia da soberania nacional; VII - o aumento da eficiência dos gastos públicos; VIII - o crescimento econômico sustentável; e IX - o estímulo e a valorização da educação, da ciência e da tecnologia.</p> <p>(...) O PPA 2012-2015 reflete as políticas públicas e organiza a atuação governamental por meio de Programas Temáticos e de Gestão, Manutenção e</p>

CHEFE DE GOVERNO	ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO CENTRAL	CARACTERÍSTICAS	CONJUNTURA POLÍTICO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS TRECHOS
				<p>Cria os programas temáticos, em substituição aos “programas” dos governos anteriores.</p> <p>Reduz o número de programas para 65 programas temáticos.</p> <p>Teve como prioridade erradicar a miséria, com base na continuidade dos investimentos em infraestrutura, conforme definido no PAC-2.</p>	<p>anualmente em ações e serviços de saúde. Contradições nas políticas de governo Dilma, tentativa de conciliar as diretrizes neoliberais com uma agenda de desenvolvimento social.</p>	<p>Serviços ao Estado, assim definidos: I - Programa Temático: que expressa e orienta a ação governamental para a entrega de bens e serviços à sociedade; e II - Programa de Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado: que expressa e orienta as ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental.</p> <p>(...) Os Programas constantes do PPA 2012-2015 estarão expressos nas leis orçamentárias anuais e nas leis de crédito adicional.</p> <p>(...) A gestão do PPA 2012-2015 consiste na articulação dos meios necessários para viabilizar a consecução das suas metas, sobretudo, para a garantia de acesso dos segmentos populacionais mais vulneráveis às políticas públicas, e busca o aperfeiçoamento: I - dos mecanismos de implementação e integração das políticas públicas; II - dos critérios de regionalização das políticas públicas; e III - dos mecanismos de monitoramento, avaliação e revisão do PPA 2012-2015.</p> <p>(...) A gestão do PPA 2012-2015 observará os princípios da publicidade, eficiência, impessoalidade, economicidade e efetividade e compreenderá a implementação, o monitoramento, a avaliação e a revisão dos Programas, Objetivos e Iniciativas.</p> <p>(...) O Poder Executivo fica autorizado a incluir, excluir ou alterar as informações gerenciais e os seguintes atributos: I - Indicador; II - Valor de Referência; III - Meta de caráter qualitativo, cuja implementação não impacte a execução da despesa orçamentária; IV - Órgão Responsável; e V - Iniciativa sem financiamento orçamentário.</p>

APÊNDICE C – MATRIZ DE PRODUÇÃO DOS DADOS
(Documentos de PGS formulados pelo MS)

ANO	DOCUMENTO	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	CARACTERÍSTICAS	PRINCIPAIS TRECHOS
1990	Plano Quinquenal de Saúde 1990/1995 – A saúde do Brasil Novo	Fernando Collor de Mello	Alceni Guerra	<p>Documento de Planejamento Governamental em Saúde, formulado pelo Ministério da Saúde no intuito de definir as ações setoriais de saúde durante o período de governo Collor/Itamar.</p> <p>Elaborado em conformidade com as propostas de campanha, de Collor/Itamar, inseridas no documento “Brasil Novo” visando a obtenção de uma “ampla e radical reforma sanitária, retirando a saúde da condição perversa a que foi secularmente relegada” (BRASIL, 1991).</p> <p>O plano está desdobrado em cinco partes: 1) Estamento jurídico legal (situação da saúde na ordem institucional); 2) Diretrizes políticas (princípios básicos que respaldarão as atividades de saúde); 3) Estratégia Central (detalhamento necessário para que o plano possa alcançar seus propósitos); 4) Situações sistêmicas, metas, propósitos e atividades (agrupamento das principais ações em benefício da população); e 5) Situações Específicas (definição e hierarquização das prioridades a partir de um elenco de atividades operacionais).</p> <p>No texto do plano consta que “a nova Lei Orgânica da Saúde e o Sistema Único de Saúde – SUS, ensejarão condições objetivas para promovermos a reforma sanitária”.</p> <p>O plano quinquenal de saúde (1990/1995), traduziria a missão do Ministério da Saúde em “coordenar e liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades, prolongando e melhorando a qualidade de vida de todo o povo brasileiro e contribuindo para o desenvolvimento</p>	<p>(...) Dentre as atribuições, compartilhadas entre os três níveis de governo, a competência do Ministério da saúde traduz A SUA MISSÃO, QUE É A DE COORDENAR E LIDERAR O CONJUNTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, IDENTIFICANDO RISCOS E NECESSIDADES, PROLONGANDO E MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA DE TODO O POVO BRASILEIRO E CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO NACIONAL.</p> <p>(...) O Plano está linearmente desdobrado para facilitar sua leitura e compreensão. Partimos do Estamento Jurídico (...) As diretrizes políticas (...) A Estratégia Central (...) As Situações Sistêmicas, Metas, Propósitos e Atividades (...) As Situações Específicas.</p> <p>(...) Estamento Jurídico Legal (...) As ações individuais, coletivas ou de serviço público relativas à saúde das pessoas e da população guardam estreita relação com o sistema institucional legal vigente, definido pelo Estado e administrado pelo governo em todos os seus níveis. Embora a lei não possua, por si só, capacidade de produzir mudanças sociais, seu papel é importante para definir direitos e obrigações e respaldar as ações das autoridades, principalmente daquelas que se relacionam com o Estado de Direito.</p> <p>(...) Diretrizes Políticas (...) o Ministério da saúde pautará sua ação, no período de 1990/1995, pelas seguintes DIRETRIZES POLÍTICAS: Respeito à cidadania universal (...); Novo modelo de atenção à saúde (...); Organização e administração do sistema (...); Descentralização (...); Desenvolvimento de Recursos Humanos (...); Informação em Saúde (...); Participação social (...); Relação entre os setores público e privado (...); Intercomplementaridade setorial (...); Tecnologia de alta complexidade (...); Financiamento setorial (...); Ciência e tecnologia em saúde (...); Condições ambientais e sanitárias (...); Cooperação técnica (...); Comunicação social.</p> <p>(...) Estratégia Central (...) Essa estratégia constitui-se de um conjunto de movimentos táticos que devem dar-se, de forma concomitante, em três grandes componentes de transformação do sistema de saúde, que são o jurídico, o institucional e o operacional.</p> <p>(...) Situações Sistêmicas, Metas, Propósitos e Atividades (...) Agrupados nas seguintes ações: I – Novo modelo de atenção à saúde; II – Epidemiologia; III – Recursos humanos; IV – Medicamentos; V – Imunobiológicos; VI – Sangue e hemoderivados; VII – Ciência e tecnologia; VIII – Informação e informatização; IX – Comunicação social e educação para saúde; X – Saneamento e meio ambiente; XI – Vigilância sanitária; XII – Financiamento setorial.</p> <p>(...) Situações Específicas. Hierarquia de prioridades: I – Emergência, acidentes e violência; II – Mortalidade infantil e perinatal; III – Doenças transmissíveis; IV – Doenças crônico-degenerativas; V – Desnutrição e carências nutricionais; VI – Mortalidade materna; VII – Saúde</p>

				<p>nacional”.</p> <p>Primeiro plano elaborado, no setor saúde, após a promulgação da CF/88 que teve como finalidade indicar os caminhos constitucionais e operacionais a serem seguindo para conduzir o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Apostou no gerenciamento como instrumento capaz de fornecer bases de modernidade, eficiência, eficácia e efetividade aos esforços a serem desenvolvidos de forma cooperativa.</p> <p>Em seu texto oficial, defendia que as transformações a serem introduzidas deveriam contar com a participação integral da população brasileira, respondendo às diretrizes constitucionais.</p> <p>Defendia a necessidade de buscar alterar a rotina obsoleta de funcionamento comum dos serviços de saúde, enfatizando a defesa das ações de preventivas como alternativa para antecipar o curso do processo que levaria à doença.</p> <p>Reconhecer que os recursos financeiros são limitados, e por isso, devem ser utilizados de maneira mais eficaz, exigindo um modelo gerencial para otimizá-los.</p> <p>Promoveu um discurso da gerência participativa por objetivos para nortear a gestão do Ministério da Saúde.</p>	<p>do adolescente; VIII – Saúde do trabalhador; IX – Saúde do idoso; X – Saúde do índio; XI – Saúde mental; XII – Alcoolismo; XIII – Drogas; XIV – Infecção hospitalar; XV – Doenças iatrogênicas; XVI – procedimentos de alta complexidade</p>
1995	Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995/1999	Fernando Henrique Cardoso	Adib Domingos Jatene	<p>Apresenta o elenco de orientações e medidas que nortearão o setor saúde do governo federal no período de 1995 à 1999.</p> <p>As orientações e medidas serão traduzidas pelas diretrizes políticas e pelos planos de ação dos órgãos do Ministério da Saúde.</p> <p>O plano foi apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde, nas reuniões dos meses de maio, junho e julho de 1995, tendo recebido importantes sugestões e recomendações.</p>	<p>(...) A rede de serviços disponíveis no Brasil (...) tem-se caracterizado, na maioria das vezes, como insuficientes ou incapazes.</p> <p>(...) Além do “sucateamento” físico da rede, o SUS enfrenta graves problemas com a inadequação dos modelos organizacionais vigentes, tanto no Ministério da Saúde quanto nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esses modelos estão incompatíveis com o desempenho das novas responsabilidades, em que um atendimento “de massa” – de qualidade elevada – não pode, na saúde, permitir a pioria e muito menos a falta de qualidade dos serviços.</p> <p>(...) No campo adjetivo – administrativo –, em que se retrata o dilema permanente centralização versus descentralização, impõe-se uma ampla descentralização do poder decisório para as agências e agentes de saúde (...) essa descentralização pode configurar inclusive, em muitos casos,</p>

				<p>Representou um documento para garantir visibilidade das intenções do Ministério da saúde.</p> <p>Representou um valioso subsídio para o Plano Plurianual de Ações do Governo Federal (1996/1999).</p> <p>As diretrizes políticas estabelecidas no plano de ação do Ministério da Saúde (1995/1999) representaram um detalhamento do plano de governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, para o setor saúde.</p> <p>São apresentados os Planos de Ação dos Órgãos e Entidades vinculadas do Ministério da Saúde, destacando os objetivos, as ações prioritárias, as estratégias de ação, entre outros itens. Os órgãos e entidades descritos no plano são: Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN); Central de Medicamentos (CEME); Secretaria de Assistência à Saúde (SAS); Fundação Nacional de Saúde (FNS); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH).</p>	<p>a exigência de uma abdicação de competências de uma instância de ação a outra.</p> <p>(...) Outro dilema administrativo que é o da concentração versus desconcentração. Neste âmbito, é indispensável um sério estudo no tocante a concentração das ações.</p> <p>(...) Fica, assim, evidente, a necessidade de convergência das ações realizadas por organizações com culturas e práticas tão diferentes como são as diversas unidades componentes ou vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tornando indispensável e premente a definição de grandes linhas políticas que norteiam e perpassem todas as atividades desenvolvidas.</p> <p>(...) As diretrizes políticas aqui apresentadas constituem um detalhamento, no âmbito do Ministério da Saúde, do Plano de Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, e buscam dar consequência prática aos preceitos estabelecidos na Constituição Federal.</p> <p>(...) o Ministério da Saúde procurará fixar-se no que constitui a essência do seu trabalho, qual seja a prestação de cooperação técnica e financeira às duas outras instâncias do SUS.</p> <p>(...) No conjunto de diretrizes, o Ministério da Saúde concederá especial prioridade: à recuperação e modernização da capacidade operativa e gerencial do Sistema Único de Saúde; à redução da mortalidade na infância, como componente do Programa Comunidade Solidária; à “erradicação” do Triatoma Infestans e do Aedes aegypti, à “eliminação” da hanseníase, do sarampo e do tétano neonatal e à redução da incidência das doenças transmissíveis, sobretudo a malária e a cólera; à assistência integral à saúde da criança, do adolescente e da mulher.</p> <p>(...) O Ministério da Saúde concederá especial atenção às seguintes condições básicas para a consecução das diretrizes estabelecidas: a definição de fontes estáveis e suficientes de recursos, bem como o estabelecimento de mecanismos que assegurem a regularidade no desembolso financeiro do Tesouro Nacional para o Fundo Nacional de Saúde; a recuperação, o reequipamento e a readequação das unidades prestadoras de serviços do SUS; a organização do sistema nacional de informação em saúde; a definição e implantação de medidas, nos campos da gestão do trabalho e da educação para o trabalho em saúde, que assegurem a ampliação da cobertura, do impacto e da satisfação social com o SUS; o fortalecimento da ciência e tecnologia, de modo que as necessidades de saúde possam nortear as ações nesse campo.</p> <p>(...) O plano de ação também contempla as diretrizes gerais – quanto ao modelo de atenção; quanto ao financiamento e quanto à reordenação institucional –, e as diretrizes específicas</p>
2001	Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	<p>Adequação da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, adaptando-se à uma nova realidade da operacionalização das ações, a partir de uma ótica de Gestão por Programas (Decreto nº 3496/2000).</p> <p>Estruturação do PPA 2000/2003 “Avança Brasil”, sob a ótica do Planejamento Setorial da Saúde.</p>	<p>(...) A estrutura do PPA, no âmbito do Ministério da Saúde, contempla 10 macroobjetivos: 1 – Sanear as finanças públicas; 2 – Elevar o nível educacional da população e ampliar a capacitação profissional; 3 – Ampliar o acesso aos postos de trabalho e melhorar a qualidade do emprego; 4 – Ampliar a capacidade de inovação; 5 – Fortalecer a participação do país nas relações econômicas internacionais; 6 – Assegurar o acesso e a humanização do atendimento na Saúde; 7 – Combater a fome; 8 – Reduzir a mortalidade infantil; 9 – Assegurar os serviços de proteção social à população mais vulnerável à exclusão social; 10 – Ampliar os serviços de saneamento básico e de saneamento ambiental das cidades.</p> <p>(...) Os programas são classificados em: 1 – Finalísticos gerenciados pelo MS; 2 – Finalísticos</p>

				<p>Apresentação de uma nova concepção do Planejamento Governamental do Setor Saúde.</p> <p>Segue as orientações estratégicas da Presidência da república, dentro do compromisso assumido pelo Ministério da Saúde com a Agenda Nacional, priorizando o que ficou estabelecido na Declaração Conjunta do Ministro da saúde e Secretários de Estado de Saúde.</p> <p>Elaborado numa perspectiva de integração entre Planejamento e Orçamento.</p>	<p>interministeriais gerenciados por outros Ministérios; e 3 – Gestão pública, apoio administrativo e outros com gerências diversas.</p> <p>(...) Os principais avanços esperados para as questões: qualidade do SUS; DST/Aids; Alimentação saudável; Assistência farmacêutica; Hanseníase; Atendimento ambulatorial e hospitalar; Dengue; Infecções hospitalares; Sangue; Saúde da Criança; Saúde do Idoso; Saúde da Família; Saúde da Mulher; Saúde do Jovem; Saúde Suplementar; Saúde Mental; Pesquisa e desenvolvimento; Doenças transmitidas por vetores; Câncer; Enfermagem; Saúde do Indígena; Imunoperveníveis.</p> <p>(...) A adoção da classificação de “Função” e “Subfunção” (...) é determinante para os estados, Distrito Federal e municípios, quando da elaboração de suas respectivas peças orçamentárias.</p> <p>(...) Nesse contexto de interseção do PPA com estados, Distrito Federal e municípios ressalta-se a importância da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que outorga responsabilidade aos municípios, com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.</p> <p>(...) A base da elaboração da PPI é municipal, se constituindo em um processo ascendente, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade e qualidade na atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.</p> <p>(...) Deverá também ser demonstrado, por programas e por ações, de forma regionalizada, a execução física e financeira do exercício anterior, além da acumulada, constando, detalhadamente, a origem dos recursos aplicados.</p> <p>(...) O Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal compreender as atividades de elaboração, acompanhamento e avaliação de planos, programas e orçamentos, além da realização de estudos e pesquisas socioeconômicas</p>
2004/2007	Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela Saúde no Brasil	Luiz Inácio Lula da Silva	Humberto Costa	<p>Publicado pela Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004.</p> <p>O Plano foi aprovado na reunião do CNS no dia 04/08/2004.</p> <p>Caracterizado pelo MS como instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS.</p> <p>Elaborado na perspectiva de responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde no País.</p> <p>O MS disponibilizou versão completa (na íntegra) na internet, endereço www.saude.gov.br.</p> <p>O PNS foi elaborado ao final do PPA da saúde 2004/2007, com um discurso de manter e até ampliar as mobilizações alcançadas no PPA.</p>	<p>(...) O plano de saúde é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam assim a direcionabilidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal.</p> <p>(...) Com o apoio da Abrasco e da Fiocruz, foi formulada uma agenda de trabalho, cujo desenvolvimento teve início em meados do segundo semestre de 2003. Uma das etapas iniciais dessa agenda consistiu na realização do Seminário sobre Plano Nacional de Saúde, em novembro de 2003, com o objetivo de afinar conceitos e colher subsídios sobre estrutura/conteúdo; processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação do PNS; definição de atores para a realização de consulta e participação na construção do Plano.</p> <p>(...) Para agilizar o processo e imprimir-lhe a necessária racionalidade, estabeleceu-se que as discussões e a escuta de diferentes atores e segmentos seriam realizadas a partir de uma pré-proposta do Plano, elaborada com base: a) nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS); b) no Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da 12ª CNS, desenvolvido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, Secretaria de Gestão Participativa/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Organização Pan-Americana da Saúde, que consistiu no levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais; e c) no Plano Plurianual (PPA 2004-2007), instrumento do Governo</p>

				<p>OBJETIVO: Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados.</p> <p>No PNS foram estabelecidos cinco recortes, contendo ao total 22 objetivos. Os recortes são: 1) Em relação às linhas de atenção à saúde; 2) Em relação às condições de saúde; 3) Em relação à gestão em saúde; 4) Em relação ao setor saúde; e 5) Em relação ao investimento em saúde.</p>	<p>Federal, estabelecido no Art. 156 da Constituição de 1988, que é aprovado mediante lei específica do Poder Executivo.</p> <p>(...) A proposta do PNS, encaminhada previamente aos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, foi analisada e aprovada na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004.</p> <p>(...) Assim, o presente Plano Nacional de Saúde está estruturado em quatro partes, a saber: (i) princípios que orientam o PNS; (ii) síntese da análise situacional da saúde no Brasil; (iii) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007; (iv) gestão, monitoramento e avaliação do PNS.</p> <p>(...) Os objetivos, as diretrizes e as metas correspondentes são apresentadas segundo os seguintes recortes: (i) linhas de atenção à saúde; (ii) condições de saúde da população; (iii) setor saúde; (iv) gestão em saúde; e (v) investimento em saúde.</p> <p>(...) Os objetivos a serem alcançados com o PNS são os mesmos do Plano Plurianual 2004/2007 da Saúde, estabelecidos também em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo são 22 objetivos específicos e um geral, que se refere ao PNS como um todo.</p> <p>(...) Na sua operacionalização, o Plano Nacional deve estar fortemente articulado com a agenda estratégica para a melhoria da saúde no País a qual compreende: (i) a revisão do modelo atual de financiamento, (ii) uma política de investimento direcionada para a redução das desigualdades no Brasil e (iii) a efetivação de um pacto de gestão junto aos gestores das três esferas. Esse pacto requer inicialmente a qualificação dos processos de gestão do SUS, que viabilizem de fato decisões tripartite em torno dessa agenda estratégica.</p> <p>(...) O processo de formulação do Plano Nacional de Saúde – PNS – teve os seus fundamentos Plano Plurianual – PPA – do Governo Federal, que definiu como orientação estratégica: 1) a inclusão social e a desconcentração de renda, com vigoroso crescimento do produto e do emprego; 2) o crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e por elevação da produtividade; 3) a redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; e 4) fortalecimento da cidadania e da democracia.</p> <p>(...) Essa orientação envolve cinco dimensões – a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática –, contempladas nos três megaobjetivos do PPA, a saber: 1) “inclusão social e redução das desigualdades sociais”; 2) “crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais”; e 3) “promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia”.</p> <p>(...) são propostos os seguintes eixos de orientação: 1) a redução das desigualdades em saúde; 2) ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; 3) a redução dos riscos e agravos; 4) a reforma do modelo de atenção; e 5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.</p>
2008/2011	Plano Nacional de	Luiz Inácio Lula da	José Gomes	A elaboração do PNS teve início em fevereiro de	(...) O processo de construção do PNS compreendeu duas etapas: a primeira comum ao PNS e ao PPA e, a outra, observando os princípios e diretrizes que regem cada um. O PPA é apresentado ao

	Saúde (2008/2011)	Silva	Temporão	<p>2007.</p> <p>Em março de 2007, houve uma mudança na gestão do MS, com a entrada do novo ministro [José Gomes Temporão].</p> <p>Necessidade de formulação de uma nova Agenda Estratégica, concretizada no “Programa Mais Saúde”.</p> <p>Necessidade de promover ajustes financeiros, devido a revogação da CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira).</p> <p>Aprovado na plenária do CNS do dia 15 de outubro de 2009.</p> <p>O PNS está subdividido em quatro objetivos; doze diretrizes e setenta e uma metas.</p> <p>O processo de elaboração está fundamentado em alguns documentos norteadores, entre os quais: 1) Relatório Final da 13ª Conferência de Saúde; 2) Pacto pela Saúde e as políticas, orientações e regulamentações subsequentes; 3) compromissos e prioridades do MS para esta gestão, expressos no discurso de posse do Ministro da Saúde, em 19 de março de 2007, e no Programa Mais Saúde; 4) avaliação do Plano Plurianual 2004-2007 – PPA – ano base 2005, realizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 6) avaliação do PNS 2004 -2007, realizada com o apoio da Rede Interagencial de Informação para a Saúde e do Comitê Temático Interdisciplinar do Plano Nacional de Saúde (Ripsa/CTI-PNS); 7) Objetivos do Milênio – ODM – para 2015, constantes do compromisso firmado pelo Brasil e por todos os outros Estados-membros das Nações Unidas; 8) informações e análises do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – constantes da coleção Progestores (2006) e dos cadernos ações de saúde, para cada Unidade Federada (2007); 8) os planos estaduais e municipais obtidos pela SPO/SE</p>	<p>Congresso Nacional até o último dia útil do mês de agosto, o que gera a necessidade de um cronograma para viabilizar o cumprimento deste prazo.</p> <p>(...) A formulação do PNS e do PPA, com o direcionamento que lhes é próprio, seguem os prazos definidos. Em relação ao PPA, cumpriu-se a agenda fixada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Quanto ao PNS, a agenda de construção incluiu as seguintes etapas: a) estruturação de uma primeira versão, baseada no consolidado das propostas oriundas dos órgãos e entidades do MS, na qual foram identificadas as lacunas existentes; b) articulação com órgãos e entidades do MS para preenchimento das lacunas identificadas, incorporando medidas e metas consignadas no Mais Saúde; c) análise dessa versão pelo CTI-Ripsa, com a inserção das sugestões oriundas deste Comitê; d) avaliação da nova versão pelos órgãos e entidades do MS; e) apreciação pelos dirigentes e formalização da proposta do MS de PNS 2008-2011; f) apresentação da proposta do MS ao Conselho Nacional de Saúde –CNS– em sua reunião ordinária de 12 de agosto de 2009, e aprovação do presente PNS, em 15 de outubro subsequente, com a incorporação das recomendações emanadas do Conselho.</p> <p>(...) O PNS 2008/2009-2011 está estruturado em três partes: (i) análise situacional; (ii) objetivos, diretrizes e metas para o período (com a identificação, em anexo, do conjunto de indicadores); e (iii) operacionalização, monitoramento e avaliação do PNS.</p> <p>(...) O PNS 2008/2009-2011 contempla quatro objetivos, a saber: 1) Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população; 2) Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde; 3) Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população; 4) Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo para melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.</p> <p>(...) No PNS estão indicadas as seguintes diretrizes: 1) vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos; 2) prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços; 3) aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde; 4) ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada; 5) implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos; 6) aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar; 7) aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas; 8) desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde; 9) implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde; 10) aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS; 11) ampliação e fortalecimento da participação e do controle social; e 12) fortalecimento da cooperação internacional</p>
	Plano Mais Saúde –	Luiz Inácio Lula da	José Gomes	As ações para a saúde seriam inseridas na	(...) Não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação

2008	Direito de Todos 2008/2011	Silva	Temporão	<p>política de desenvolvimento do governo federal, voltada para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social.</p> <p>A saúde seria contemplada a partir de duas dimensões – parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riqueza para o País – que, associadas representam uma nova aposta para o desenvolvimento do Brasil.</p> <p>Teve como objetivo aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor saúde, como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro.</p> <p>Contemplou 73 medidas e 165 metas num total de R\$ 89,4 bilhões, estando R\$ 65,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24,3 bilhões destinados à expansão das ações.</p> <p>No discurso oficial do governo federal, evidencia-se uma tentativa de articular o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade.</p> <p>Apresentaria sete eixos de Intervenção, com suas Diretrizes, Medidas e Metas Prioritárias, a saber: Promoção da Saúde; Atenção à saúde; Complexo Industrial e de Inovação em Saúde; Força de trabalho em saúde; 5 – Inovação da Gestão; 6 – Participação e Controle Social; 7 – Cooperação entre os países.</p>	<p>crecente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida.</p> <p>(...) O direito à saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares.</p> <p>(...) Entre as grandes lacunas para que a saúde se constitua num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento, cabe destacar os seguintes: a reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas (...); a presença de uma significativa iniquidade de acesso (...); a oferta de bens e serviços permanece fortemente desigual na sua distribuição territorial, reproduzindo a desigualdade pessoal e regional (...); o descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde (...); o movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde, embora forte e de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se um visão regionalizada do País (...); o predomínio de um modelo burocratizado de gestão (...); o subfinanciamento do SUS (...); a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos.</p> <p>(...) O Programa Mais Saúde: Direito de Todos objetiva aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, enfrentando os enormes desafios ainda presentes.</p> <p>(...) O Programa, ora apresentado à sociedade brasileira, contempla 73 medidas e 165 metas num total de R\$ 89,4 bilhões, estando R\$ 65,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24,3 bilhões destinados à expansão das ações.</p> <p>(...) O Programa Mais Saúde: Direito de Todos define as seguintes diretrizes estratégicas que norteiam os Eixos de Intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos previstos, a saber: 1 – Avançar na implementação dos princípios constitucionais para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral (...); 2 – Consolidar as ações de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade (...); 3 – Priorizar, em todos os Eixos de Intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida (...); 4 – Aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo as diretrizes aprovadas pelo Pacto da Saúde (...); 5 – Fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde (...); 6 – Dar um expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde (...); 7 – Equacionar a situação de subfinanciamento do SUS.</p> <p>(...) A estratégia adotada neste programa articula o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira.</p> <p>(...) o Programa Mais Saúde: Direito de Todos parte da premissa de que é necessária uma grande articulação do Governo Federal e deste com os estados e municípios para a Promoção da Saúde, mediante a convergência de um amplo conjunto de políticas econômicas e sociais (Eixo 1); (...) uma expressiva expansão do sistema de atenção à saúde, envolvendo a assistência básica e as</p>
------	-------------------------------	-------	----------	--	---

					ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar e a integração com ações voltadas para o monitoramento, a prevenção e a vigilância em saúde (Eixo 2); (...) avanço do complexo industrial e de inovação em saúde, dotando o País de uma base produtiva e de conhecimento capaz de garantir uma capacidade de oferta interna que permita o atendimento integral às necessidades de saúde da população (Eixo 3); (...) é essencial para o sucesso da estratégia um forte investimento na força de trabalho em saúde centrado em sua qualificação, expansão e adequação das formas e dos contratos de trabalho (Eixo 4); (...) o SUS deve passar por um processo de inovação de gestão que garanta a eficácia, a eficiência, a efetividade das ações e a otimização dos recursos aplicados, mediante o estabelecimento de compromissos pactuados com resultados entre todos os gestores do sistema (Eixo 5); (...) aprofundando a participação e o controle social (Eixo 6); (...) ações de cooperação entre os países (Eixo 7)
2012/2015	Plano Nacional de Saúde 2012/2015	Dilma Vanna Rousseff	Alexandre Padilha	<p>Foco na promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>A elaboração teve início em Fevereiro de 2011.</p> <p>No processo de construção deste PNS, ocorreu a compatibilização com o Plano Plurianual (PPA) – instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento federal.</p> <p>A construção da proposta do PNS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.</p> <p>plano é estruturado em duas partes. A primeira destaca o resumo das condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS. A segunda aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas que contribuirão para o atingimento do objetivo de aprimoramento do SUS, visando o acesso universal, de qualidade, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.</p>	<p>(...) O presente Plano Nacional de Saúde/PNS tem por objetivo aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros. O alcance desse objetivo no período 2012-2015 será orientado por 14 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas estabelecido: Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção; Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade; Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção; Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais; Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em Saúde; Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS; Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde; Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde; Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS; Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável; Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS; Diretriz 14 –</p>

					<p>Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.</p> <p>(...) Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este PNS: a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento; b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.</p>
2011	Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011/2015	Dilma Vanna Rousseff	Alexandre Rocha Santos Padilha	<p>Tem como principal característica propor o alinhamento estratégico entre PPA, PNS e PAS.</p> <p>A partir do alinhamento estratégico, foram estabelecidas diretrizes únicas para o Plano Estratégico e os demais instrumentos formais de planejamento, a saber: PNS (1 objetivo; 16 diretrizes, das quais 2 são diretrizes transversais; 111 metas e 29 indicadores); PPA (01 programa temático; 16 objetivos; 174 metas; 123 indicativas; 45 indicadores); e Plano Estratégico (16 objetivos estratégicos; 131 Estratégias; 582 resultados e 98 prioridades).</p> <p>Construção de uma visão mais sistêmica para monitorar e avaliar as políticas públicas de saúde, na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS), no âmbito da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), representando uma iniciativa para Planejar, avaliar e monitorar a política na atual gestão do Ministério da Saúde.</p> <p>Tentativa de harmonização entre os instrumentos de planejamento e gestão: Plano Plurianual; Plano Nacional de Saúde; Agendas estratégicas de gestão do MS e Programação Anual de Saúde (PAS).</p> <p>Tentativa de construir um Planejamento Estratégico (PE) para compatibilizar os instrumentos de planejamento e gestão, expressando os compromissos com as necessidades do SUS e com o Plano de Governo.</p> <p>Manutenção de um modelo de gestão voltado</p>	<p>(...) a criação de um Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS), no âmbito da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), representa uma importante iniciativa para a alteração desse cenário. Planejar, avaliar e monitorar – ainda que com perspectivas, momentos e dimensões diferenciados – são essenciais para a consecução das políticas públicas e ganham potência política na atual gestão do Ministério da Saúde.</p> <p>(...) Necessidade de harmonização entre os instrumentos de planejamento e gestão: Plano Plurianual (PPA 2008/2011), então em andamento; o início do PPA 2012/2015; o “Mais Saúde” – agenda estratégica da gestão anterior; o novo Plano Estratégico do MS; o Plano Nacional de Saúde (PNS 2008/2011); o PNS 2012/2015; e, por fim, a Programação Anual de Saúde (PAS), com ações, recursos e outros elementos voltados para o cumprimento das metas do PNS.</p> <p>(...) Foram, então, formulados 16 objetivos estratégicos que, como norteadores institucionais, passaram a fundamentar a visão de futuro do MS para a gestão de 2011 a 2015. Destes 16 objetivos, 15 estão diretamente relacionados à gestão da Saúde, enquanto o 16º, “contribuir para erradicar a extrema pobreza no País”, é um objetivo transversal do governo. Assim, o Plano atual do MS, com seus vários instrumentos, expressa os compromissos com as necessidades do SUS e com o Plano de Governo.</p> <p>(...) Além do alinhamento estratégico entre PPA, PNS e PAS, o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde foi sendo aprimorado para proporcionar transparência às ações desenvolvidas e dar visibilidade aquilo que está sendo feito em prol da saúde da população.</p> <p>(...) O Ministério da Saúde (MS) vem consolidando, ao longo dos últimos anos, um modelo de gestão voltado para resultados que visam garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de Saúde, um desafio pautado em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a Saúde é parte integrante do desenvolvimento do País, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira.</p> <p>(...) A elaboração do Planejamento Estratégico ocorreu simultaneamente à discussão do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA) para o período 2012 – 2015. O PNS é a peça de planejamento que contempla ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e os desafios do setor Saúde e é aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além do respeito à participação social, é assegurado neste instrumento o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O PNS prevê também a compatibilização com o PPA, instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e</p>

				<p>para resultados, visando garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de Saúde, um desafio pautado em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a Saúde é parte integrante do desenvolvimento do País, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira.</p>	<p>iniciativas, a integração entre planejamento e orçamento federal, para o período de quatro anos.</p> <p>(...) O desdobramento da estratégia considerou a adoção e a customização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) uma metodologia de Planejamento Estratégico Público, cujos temas são os problemas públicos, sendo também aplicável a qualquer órgão para o qual os problemas a serem abordados não sejam exclusivamente o mercado, mas o jogo político, econômico e social. Essa teoria é capaz de aumentar a capacidade de previsão, por tratar-se de um cálculo que precede e preside a ação para criar o futuro. Nesse modelo, não há uma única apreciação da realidade e leva-se em conta a complexidade do sistema social, no qual a análise econômica não é considerada como única dimensão preponderante na explicação da realidade e na elaboração do plano.</p> <p>(...) No início da gestão, em 2011 (...) o planejamento foi introduzido como parte intrínseca do cotidiano da nossa gestão. Em 11 de fevereiro de 2011, parte-se para a construção de um processo participativo que teve como consequência a constituição de uma agenda estratégica, posteriormente orientada para resultados (...) Em 27 de maio de 2011, foi apresentada em Oficina realizada na Enap a consolidação do Planejamento Estratégico – que expressava as prioridades da gestão, cujas políticas e compromissos seriam acompanhados e geridos ao longo de sua execução, ao tempo em que foi pactuado o processo de monitoramento e firmado com os gestores o compromisso de elaboração dos planos de ação, ou seja, o desdobramento operacional do planejamento realizado pelas áreas técnicas, contemplando as principais atividades para execução dos resultados (...) em fevereiro de 2012 foram realizadas 16 oficinas de revisão do Planejamento Estratégico, com a participação de mais de 300 gestores e técnicos representantes das secretarias do MS e entidades vinculadas (...) Em 3 de abril [2012] ocorreu a Oficina de Consolidação do Planejamento Estratégico 2012, com cerca de 80 dirigentes do Ministério da Saúde.</p> <p>(...) O Plano de Saúde tem como função principal orientar e estruturar as linhas de atuação programáticas que serão entregues à população na forma de ações e serviços de Saúde.</p> <p>(...) No processo de construção do PNS ocorreu a compatibilização com o Plano Plurianual (PPA): instrumento de governo que estabelece, a partir de um programa temático, os objetivos, as metas regionalizadas, os indicadores de desempenho e as iniciativas que serão operacionalizadas pelas ações com a cobertura orçamentária determinada pela Lei Orçamentária Anual (LOA) correspondente a cada exercício do período coberto pelo PPA.</p> <p>(...) O PPA 2012 – 2015, encaminhado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo, em 31 de agosto de 2011, foi elaborado com base em diretrizes oriundas do Programa de Governo. Entre essas diretrizes, destaca-se a Visão Estratégica, que indica em termos gerais o País almejado em um horizonte de longo prazo e estabelece, ainda, os macrodesafios para o alcance dessa nova realidade, operacionalizados por meio da atividade governamental e do monitoramento e avaliação da atuação estatal.</p> <p>(...) No âmbito do MS, esse processo contou com o engajamento direto do ministro e de seus dirigentes e resultou no Programa Temático: Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, com 16 objetivos, 174 metas, 123 iniciativas e 45 indicadores, nos quais estão contidos os desafios e os compromissos de governo para o período 2012 – 2015.</p>
--	--	--	--	---	--

APÊNDICE D – MATRIZ DE PRODUÇÃO DOS DADOS (Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde – CNS)

ANO	CONFERENCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
1996	10ª CNS	Fernando Henrique Cardoso	Adib Domingos Jatene	1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde. 3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde.	<p>(...) reorganizar as instituições da esfera federal no desempenho de suas funções de planejamento, coordenação, articulação, fiscalização e cooperação técnica no setor de saneamento (p.15).</p> <p>(...) o enquadramento dos Municípios na gestão plena, conforme a NOB nº 01/96, para agilizar o repasse integral de recursos financeiros Fundo a Fundo de Saúde, aumentar a autonomia no planejamento das ações e no estabelecimento de metas de acordo com as necessidades e os problemas da população de cada Município (p18).</p> <p>(...) práticas gerenciais organizadas a partir do planejamento estratégico e participativo, do estabelecimento de metas e análise dos resultados, da descentralização administrativa e da gestão colegiada (p.24).</p> <p>(...) O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem gerir o SUS de forma colegiada, com instrumentos de articulação entre os diferentes setores do governo e com a participação da sociedade. Também deve ser consolidado um sistema de co-gestão pública entre a União, os Estados e os Municípios, implantando o planejamento interinstitucional, orçamentário e financeiro, com controle social, para garantir o funcionamento e implementação do SUS (p.24)</p> <p>(...) O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde nos Sistemas Locais, Estaduais e Nacional de Saúde, voltados para a democratização das informações e acessíveis aos Usuários, Conselheiros, Trabalhadores em Saúde e Gestores do sistema, para possibilitar o controle social, a fiscalização, a gerência, e o planejamento do SUS (p.30).</p> <p>(...) estimular a participação dos Usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, Unidades e Serviços de Saúde (p.34).</p> <p>(...) Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram pela manutenção da Seguridade Social e das suas fontes de financiamento, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Defenderam a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 169/93, que estabelece o percentual de recursos das contribuições sociais e das receitas fiscais que devem ser repassados para o financiamento do SUS. Deliberaram ainda sobre novas fontes de financiamento para o SUS, critérios para distribuição de recursos para a saúde, funcionamento dos Fundos de Saúde únicos a nível Federal, Estadual e Municipal, critérios para o planejamento, a gestão e o controle dos recursos do SUS, distribuição dos recursos financeiros entre os setores público e privado e sobre a tabela de procedimentos do SUS (p.40).</p> <p>(...) Todos os Gestores do SUS, tendo como poder deliberativo o respectivo Conselho de Saúde, devem estabelecer o planejamento e orçamento ascendente, compatibilizando as necessidades da Política de Saúde com a disponibilidade de recursos e prevendo recursos suficientes nas respectivas propostas</p>

ANO	CONFERÊNCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
					<p>orçamentárias. Desta forma se democratiza a gestão financeira pela adoção do planejamento participativo na definição de prioridades e se inicia a construção do orçamento participativo que deve envolver, além do Conselho de Saúde, os Trabalhadores em Saúde, e Movimentos Sociais (p.48).</p> <p>(...) apoiar, com estudos epidemiológicos, o planejamento das ações de Saúde visando a mudanças na lógica do modelo assistencial (p.65).</p>
2000	11ª CNS	Fernando Henrique Cardoso	José Serra	<p>Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.</p> <p>1) Controle social.</p> <p>2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil.</p> <p>3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.</p> <p>4) Recursos humanos.</p> <p>5) Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.</p>	<p>(...) A Programação Pactuada Integrada (PPI) é reconhecida como um instrumento útil para o planejamento dos gastos, mas sua imposição pelo governo federal faz com que ela não seja assumida com seriedade pelas demais esferas de governo (p.24).</p> <p>(...) Uma das razões para isso é a falta de assessoria do MS aos estados e municípios, para garantir a integralidade, a articulação e integração, e para a superação das dicotomias das ações de saúde, inclusive na sua vigilância. O MS arrefeceu a discussão sobre a vigilância em saúde e a criação das agências tende a fragmentar o SUS nesta área. Houve consenso em que há um longo caminho a percorrer no sentido da integração da vigilância sanitária com a vigilância epidemiológica e ambiental, e de que a epidemiologia não tem sido utilizada para nortear o planejamento das ações de Saúde (p.28).</p> <p>(...) A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo, ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) falta de controle sobre Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; e c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do Sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde (p.44)</p> <p>(...) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizarem, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas (princípios do SUS, seu papel na Atenção à Saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistemas de informação, NOB, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido da sua instituição como sujeitos de transformação da ideologia hegemônica (p.65)</p> <p>(...) A 11ª Conferência Nacional de Saúde aprovou também propostas que visam a inclusão dos Conselhos no processo de planejamento e execução orçamentária da esfera de governo ao qual estão vinculados, reafirmando o caráter deliberativo de suas funções. Para concretizar tal objetivo, devesse exigir que os Planos Municipais de Saúde, os Orçamentos Anuais, os Planos Plurianuais, os Planos de Investimento, as Políticas de Recursos Humanos, as Prestações de Contas e os Contratos/Convênios assumidos pelo gestor sejam discutidos e submetidos à apreciação dos Conselhos. Da mesma forma, deve-se recomendar aos Tribunais de Contas que as prestações de contas dos municípios referentes à Saúde só sejam aprovadas quando anexada uma certificação de prestação de contas expedida pelos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (p.69)</p> <p>(...) Acabar com a institucionalização de recursos vinculados a programas (PACS, PSF, Tc) bem como com a programação por oferta, pois entende-se que a alocação de recursos deve seguir um planejamento global de ações baseadas em necessidades, definidas a partir do nível local, respeitadas as necessidades e peculiaridades loco-regionais (p.88)</p>

ANO	CONFERÊNCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
					<p>(...) Garantir a implementação da PPI no máximo até 1º de março de 2001, incluindo definições sobre uma política regionalizada de equipamentos, para que os próprios municípios envolvidos definam suas necessidades de alta complexidade, garantindo o planejamento regional da oferta de serviços e de equipamentos de média e alta complexidade (p.100).</p> <p>(...) Reorganização dos sistemas de saúde por meio de metodologia de planejamento que contemple a garantia de acesso, diagnóstico e vigilância continuada à Saúde. O Plano de Saúde deve assegurar a incorporação de tecnologia a partir de critérios epidemiológicos, promovendo a regionalização dos serviços de alta complexidade e provisão de equipamentos (p.113).</p> <p>(...) Os participantes discutiram a reorganização do Sistema de Saúde apontando a necessidade de sistematização do planejamento em Saúde no enfoque estratégico-situacional a partir da análise loco-regional das diferentes realidades econômicas e socioculturais do País. Esse processo deve respeitar as bases da democracia e permitir a participação dos cidadãos nos produtos finais – planos, projetos e programas que –, por sua vez, devem assegurar o direcionamento operativo do Sistema de Saúde nas três esferas de governo; e serem acompanhados e avaliados por meio de mecanismos ajustados às necessidades do Sistema de Saúde (p.118).</p> <p>(...) Utilizar o Plano Municipal de Saúde como instrumento principal para a condução dos Programas de Atenção à Saúde, desde a concepção, controle e aplicação das deliberações das conferências e conselhos à adoção de processo de planejamento participativo como estratégia de elaboração e ações definidas pela territorialidade, detectando áreas de risco e microáreas homogêneas (p.118).</p> <p>(...) Os participantes da 11ª CNS enfatizam a necessidade de incluir no modelo de gestão do sistema um novo instrumento de planejamento com pactuação integrada, em contraponto à PPI, que ajuste a Atenção Integral à Saúde, incluindo assistência, vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, assistência farmacêutica e outras; e contemplando, em nível nacional e estadual, procedimentos de alto custo e otimização dos recursos do FAEC. A implementação da programação deve ser regionalizada e ter o seu cumprimento garantido por dispositivos legais, sem ingerências político-partidárias, por intermédio da implantação e monitoramento do Cartão SUS, pelas câmaras de compensação, de forma descentralizada e com Controle Social.</p>
2003	12ª CNS	Humberto Sérgio Costa Lima	Luiz Inácio Lula da Silva	<p>Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Direito à saúde. 2) A Seguridade Social e a saúde. 3) A intersetorialidade das ações de saúde. 4) As três esferas de governo e a construção do SUS. 5) A organização da atenção à 	<p>(...) Para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a tão almejada integralidade na atenção, toma-se imperativo promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo, assentada em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, que potencializem os recursos financeiros e integrem a formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão para lidar com conflitos (p.67).</p> <p>(...) Descentralizar as ações e os serviços de saúde, de acordo com a legislação vigente, fortalecendo as instâncias descentralizadas de gestão para consolidar o SUS, garantindo a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, o incremento da autonomia dos entes federados, a capacidade local de planejamento e de execução das ações, com descentralização de recursos financeiros e com mecanismos e processos para coibir as ações clientelistas, corporativas e de mercantilização da saúde (p.68).</p> <p>(...) Aprimorar e criar instrumentos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de planejamento, de coordenação e de avaliação do Sistema Único de Saúde nas três esferas de</p>

ANO	CONFERÊNCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
				saúde. 6) Controle social e gestão participativa. 7) O trabalho na saúde. 8) Ciência e tecnologia e a saúde. 9) O financiamento da saúde. 10) Comunicação e informação em saúde.	governo (p.68). (...) Definir prioridades para a alocação de recursos pelo planejamento ascendente integrado, aprovando-as nos respectivos Conselhos de Saúde conforme prevê a legislação e integrando-as com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), o Plano Plurianual (PPA) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), considerando as diferenças regionais e promovendo a avaliação das execuções desses Planos (p.151). (...) Garantir amplo sistema de controle social da seguridade social nas diferentes esferas de governo, respeitando as diversidades e especificidades e considerando aspectos de gênero, etnia e pessoas com deficiência e necessidades especiais, com representação composta por 25% de gestores e prestadores, 25% de trabalhadores e 50% de usuários. (...) Garantir a operacionalização das normas operacionais do SUS, com destaque para os seguintes pontos: I. pactos financeiros entre os gestores, acompanhados por auditorias das três esferas de governo; II. Programação Pactuada e Integrada (PPI) integrando o Plano Plurianual (PPA); III. execução pelas secretarias estaduais e pelo Ministério da Saúde de suas responsabilidades na PPI, com efetivo acompanhamento, fiscalização, apoio e assessoria técnica aos gestores municipais; IV. encaminhar ao Ministério Público (federal e estadual) e aos Tribunais de Contas (da União e dos estados), os questionamentos dos gestores sobre a PPI e os termos de garantia de acesso firmados entre os gestores estadual e municipais; V. democratizar os instrumentos de pactuação e avaliação da PPI (p.73). (...) Realizar revisão anual do Plano Plurianual (PPA) das três esferas de governo, com participação da sociedade civil, visando a adequar os seus conteúdos para viabilizar os Planos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde e os Quadros de Metas Anuais (p.73).
2007	13ª CNS	José Gomes Temporão	Luiz Inácio Lula da Silva	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. 1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.	(...) Inserir políticas públicas nas três esferas de governo, voltadas à saúde do homem, que contemplem a prevenção, a promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde com a elaboração de cartilha educativa. Propor a participação do homem nas ações de planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina (p.31). (...) Estimular os municípios a implementar, por meio do estabelecimento de redes, ações relacionadas ao planejamento intersetorial e gestão de cidades, como a Agenda 21 Local, Cidades Saudáveis e Cidades Sustentáveis (p.42). (...) Desenvolver programas de processos avaliativos de impactos sociais, ambientais e de vulnerabilidade das populações para o adocimento diante dos projetos estaduais de construção de hidrelétricas sob a responsabilidade gestão federal, estadual, municipal e das instâncias de controle social na perspectiva de garantir a participação destes no planejamento, acompanhamento, monitoramento e fiscalização das ações e serviços já em desenvolvimento e os a serem implantados (p.62). (...) Informação Integral para o SUS em todos os municípios, atendendo, inclusive, a população flutuante, como mecanismo de controle de regulação das ações, por meio de implantação e implementação do cartão SUS e do prontuário eletrônico, bem como da integração dos bancos de dados já existentes (SIM, Sinasc, Sinan, SIA, SIH, SIAB, Sismasus e outros), estabelecendo padrões para

ANO	CONFERÊNCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
					<p>representação e compartilhamento de dados em saúde, com garantia jurídica de privacidade e confidencialidade, garantindo a melhoria dos registros, dos bancos de dados e da geração de informação objetivando o planejamento real e de qualidade das ações de saúde, a otimização dos recursos e a avaliação dos impactos das ações (p.81).</p> <p>(...) O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem apoiar as secretarias municipais de saúde na implantação do processo de descentralização orçamentária, das ações e dos serviços de saúde, da promoção e proteção à saúde, da assistência e da gestão, de acordo com a legislação vigente, a partir dos serviços de saúde mais complexos, considerando o planejamento com estudo de viabilidade para a implementação de unidades na rede hierarquizada até o nível da atenção básica, de um sistema de apuração de custos e consumo (tipos de serviços) e de mecanismos e processos para coibir as ações clientelistas, corporativistas e de mercantilização da saúde.</p> <p>(...) O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem rever o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDR e PDI) e qualificar a gestão do planejamento, do gerenciamento e da avaliação do financiamento do SUS e da execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto ao alcance de resultados sanitários, com a definição das responsabilidades e os recursos financeiros suficientes para realizar as ações preconizadas no Pacto, respeitando a EC nº 29 e a adoção de medidas punitivas para o gestor não cumpridor desses dispositivos (p.118).</p> <p>(...) Implementar o Pacto pela Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, visando estabelecer prioridades sanitárias, a partir do perfil epidemiológico, e fortalecer a saúde pública no país, com a regionalização solidária, criando os colegiados regionais de gestão, com responsabilidade sanitária e cooperação técnica entre os níveis de governo pactuadas por meio dos termos de compromisso com controle social, considerando o planejamento participativo, as tecnologias de informação e os indicadores para a promoção da saúde (p.118).</p> <p>(...) O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem participar e incentivar o desenvolvimento dos programas de saúde em âmbito regional e municipal, por meio de apoio ao planejamento loco-regional e do fortalecimento do papel estadual na oferta de serviços; no desenvolvimento de ações de saúde e na fiscalização por meio de auditorias, respeitando e fortalecendo a descentralização do sistema e as autonomias municipais; promovendo a ampliação de serviços, como laboratórios de análises clínicas, hospitais de urgência e emergência, oferta de leitos e de recursos humanos suficientes para atender a demanda dos municípios dos módulos assistenciais, garantindo o acesso aos usuários a partir de critérios técnicos, e que estes serviços não sejam repassados ao setor privado (p.123).</p> <p>(...) Democratizar, por meio de lei federal, a gestão dos serviços de saúde incentivando a implantação de Conselhos Gestores de caráter paritário e deliberativo em todas as unidades e serviços do SUS e conveniados, garantindo a participação de profissionais de saúde e sociedade civil organizada e promovendo a sua articulação permanente com os Conselhos de Saúde, com vistas a trabalhar o processo saúde-doença e o planejamento das ações com base nas necessidades de saúde da população (p.165).</p>
2011	14ª CNS	Alexandre Rocha Santos	Dilma Vanna Rousseff	Acesso e acolhimento com qualidade. Um desafio para o SUS	<p>(...) Fortalecer a gestão participativa, nas três esferas de governo, contemplando todos os componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS (ouvidoria, auditoria, gestão</p>

ANO	CONFERÊNCIA	CHEFE DO GOVERNO	MINISTRO DA SAÚDE	TEMA	PRINCIPAIS TRECHOS (DELIBERAÇÕES – RELATÓRIO FINAL)
		Padilha		<p>todos usam o SUS!</p> <p>SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo Brasileiro.</p> <p>Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;</p> <p>Participação da comunidade e controle social;</p> <p>Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde).</p>	<p>participativa, informática e informações em saúde e articulação interfederativa), fortalecendo o planejamento estratégico entre todos os setores e os conselhos de saúde, no sentido de contribuir para articular, mobilizar e estimular a participação popular na elaboração e modificação dos termos de compromisso do pacto de gestão, para defender o SUS, mudar o modelo de atenção e fortalecer a participação popular, com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade (p.13).</p> <p>(...) Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor de saúde (p.14).</p> <p>(...) Melhorar a efetividade do planejamento de forma que as ações e serviços de saúde sejam integrados, do nível local até o federal, em parceria com os Conselhos de Saúde, de forma que compatibilize perfil epidemiológico e recursos financeiros (p.35).</p> <p>(...) Em relação ao financiamento do SUS é preciso aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional 29. A União deve destinar 10% da sua receita corrente bruta para a saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas (p. 66).</p> <p>(...) em defesa dos SUS como direito constitucional, 100% estatal e de qualidade; pela regulamentação da EC nº 29/00 em seu projeto inicial (União 10%, Estados 12% e Municípios 15%) (p.86).</p> <p>Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS (p.26).</p> <p>Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros (p.67).</p> <p>(...) Repúdio à Privatização do SUS. Os(as) delegados(as) presentes na 14ª CNS decidem por se manifestar publicamente contra qualquer forma de privatização do SUS, principalmente as novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH) e qualquer dispositivo privatizante que desconsidera o Controle Social (...) (p.107)</p>

APÊNDICE E – PLANO DE ANÁLISE

OBJETIVOS DO ESTUDO	ELEMENTOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE	PERÍODOS EM ANÁLISE					SÍNTESE HORIZONTAL
			SARNEY 1985/1990	COLLOR/ITAMAR 1990/1994	FHC 1995/2002	LULA 2003/2010	DILMA 2011/2014	
Identificar as condições político-institucionais nas quais se desenvolveu o Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014	Condições: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas ▪ Econômicas ▪ Sociais 	Institucionalidade Política Situação econômica e planos de ajuste Aspectos sociais e ações de combate às iniquidades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto grau de comprometimento com a preservação da <i>institucionalidade política</i>. ▪ Graves problemas políticos e sociais gerados pela situação econômica (elevada dívida externa; fracasso dos ajustes fiscais; hiperinflação). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expansão avassaladora da doutrina neoliberal. ▪ Discurso e prática, do governo, favoráveis à ideologia reformista neoliberal como caminho para a modernização da economia e do Estado. ▪ Ameaças de retrocesso às conquistas sociais consagradas na CF/88. ▪ Crises dos planos de estabilização e tendência à continuidade das políticas econômicas. ▪ 1994: Reforma monetária e cambial – CRIAÇÃO DO PLANO DE ESTABILIZAÇÃO ECONÔMICA (PEE) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidação político e ideológica do projeto neoliberal. ▪ Formação de coalizões para sustentar o projeto neoliberal (especialmente no primeiro mandato de governo). ▪ 1995: Criação do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), responsável por elaborar o Plano Diretor para Reforma do Estado (PDRE). ▪ PDRE: Substituição da administração burocrática pela administração gerencial; centrado em três aspectos (ajuste fiscal; programa de privatizações; e programa de publicização). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clima de “euforia” x “desconfiança” ▪ Política de continuidade aos ajustes macroeconômicos. ▪ Manutenção de alguns aspectos de sustentação do ideário neoliberal. ▪ Tentativa de atendimento às demandas das classes populares e também aos interesses da burguesia. ▪ Escândalos de corrupção política “MENSALÃO”. ▪ Mudam-se as pessoas, mudam-se as “cores”, mudam-se os governos, MAS PERMANECE O DO MÍNIO DO CAPITAL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crise financeira internacional (2007/2008). ▪ Processo de desaceleração da economia brasileira. ▪ Adoção de medidas econômicas de continuidade, na tentativa de manter o ritmo de crescimento do PIB. ▪ Aspectos sociais: adoção de um conjunto de ações de combate à pobreza (aumento do valor de transferência de renda; incentivo ao ensino técnico – PRONATEC; redução da tarifa de energia elétrica). ▪ Na contramão destas medidas, o governo lança o Plano Nacional de Logística (PNL). 	

OBJETIVOS DO ESTUDO	ELEMENTOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE	PERÍODOS EM ANÁLISE					SÍNTESE HORIZONTAL
			SARNEY 1985/1990	COLLOR/TAMAR 1990/1994	FHC 1995/2002	LULA 2003/2010	DILMA 2011/2014	
<p>Verificar as bases jurídico-normativas que regulam/regularam o Planejamento Governamental em Saúde, no âmbito federal, nos períodos de governo de 1985 à 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CF/88 ▪ LOS nº 8080/90 ▪ LOS nº 8142/90 ▪ NOBs ▪ NOAS ▪ Leis, decretos, portarias e resoluções que tomam o PGS como objeto de discussão. 	<p>Situação do instrumento jurídico normativo</p> <p>Importância do instrumento jurídico normativo para o PGS</p> <p>Influência dos instrumentos jurídicos normativos nos documentos de PGS, formulados pelo MS.</p>	<p><input type="checkbox"/> CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ O Estado exercerá as funções de fiscalização, incentivos e PLANEJAMENTO (Art. 174º, CF/88). ▶ “PPA/LDO/LOA forma a base de um sistema integrado de planejamento e orçamento” (PARES; VALLE, 2006). ▶ Manteve a concepção normativa e reducionista instituída pelos militares e seus tecnocratas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leis Orgânicas da Saúde (nº 8080/90 e nº 8142/90). ➢ Define a responsabilidade da direção nacional em “elaborar o PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO”; e estabelece a “previsão do PLANO QUINQUENAL de investimentos da rede” (LOS nº 8080/90, Art. 16º e Art. 35º) ➢ Define a alocação de recursos financeiros com base nos “investimentos previstos no PLANO QUINQUENAL DO MS” (LOS nº 8142/90, Art. 2º). ▶ Normas Operacionais (NOB-SUS 01/91; 01/92 e 01/93). ▶ Portaria nº 2.290/1991 (Sistemática de planejamento para o SUS). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Normas Operacionais (NOB-SUS 01/96 e NOAS-SUS) ▶ NOAS-SUS: <input type="checkbox"/> Estabelece a regionalização com ênfase no Planejamento territorial. <input type="checkbox"/> Define três estratégias: Elaboração do PDR; Fortalecimento da capacidade gestora; atualização dos critérios de habilitação e cria os critérios de desabilitação. ▶ Portaria n 393/2001: Define a Agenda Nacional de Saúde, enquanto etapa inicial do processo de planejamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pacto pela Saúde: redefine o modelo de gestão do SUS; mudança no processo de descentralização e regionalização; definição dos instrumentos de planejamento (PDR; PDI e PPI). ▶ PlanejaSUS: instrumento estratégico para institucionalizar a prática do planejamento em saúde. ⚡ LIMITAÇÕES (possíveis motivos para o “fracasso”): número excessivo de publicação de portarias; limitações para o planejamento ascendente. ▶ Diversas portarias ministeriais (PLANEJAMENTO). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SETOR SAÚDE: Mudanças geradoras de críticas, dúvidas e muitas desconfianças. ⚡ Decreto nº 7.508/2011: gerou expectativas em relação a regionalização e ao planejamento em saúde; Definiu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como novo modelo de contratualização. ⚡ Lei Complementar nº 141/2012: Regulamentou a EC-29. ⚡ Lei nº 12.871/2013: Instituiu o Programa “Mais Médicos”. 	
<p>Descrever os documentos de Planejamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano quinquenal de saúde ▪ Plano de Ação do 	<p>Processo de construção dos documentos de PGS,</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▶ PLANO QUINQUENAL DE SAÚDE (1991/1995) – 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ PLANO DE AÇÃO DO MS (1995/1999) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004/2007) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 	

OBJETIVOS DO ESTUDO	ELEMENTOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE	PERÍODOS EM ANÁLISE					SÍNTESE HORIZONTAL
			SARNEY 1985/1990	COLLOR/ITAMAR 1990/1994	FHC 1995/2002	LULA 2003/2010	DILMA 2011/2014	
<p>Governamental em Saúde, formulados pelo Ministério da Saúde, nos períodos de governo de 1985 à 2014</p>	<p>MS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PPA do setor saúde ▪ PNS (2004/2007; 2008/2011 e 2011/2015) ▪ Programa “Mais Saúde” ▪ Planejamento Estratégico do MS. 	<p>formuladas pelo MS.</p> <p>Estrutura dos documentos de PGS, formuladas pelo MS.</p> <p>Diretrizes e Metas estabelecidas nos documentos de PGS, formulados pelo MS.</p> <p>Adequação dos documentos de PGS, formulados pelo MS, à realidade social.</p> <p>Compatibilização entre o Relatório Final das CNS com os documentos de PGS, formulados pelo MS.</p> <p>Compatibilização dos documentos de PGS, formulados pelo MS, com o PPA.</p>		<p>“A SAÚDE DO BRASIL NOVO”.</p> <p>‡ Documento produzido pelo MS para apresentar as aspirações do setor saúde.</p> <p>‡ Constituído por 15 diretrizes e 3 grandes componentes (jurídico, institucional e operacional).</p> <p>‡ Nenhuma das 15 diretrizes foi contemplada em sua totalidade no PPA (1991/1995).</p>	<p>‡ Elaborado com a perspectiva de garantir visibilidade das intenções do MS; apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde; e formado por um conjunto de Planos de Ações dos Órgãos vinculados ao MS.</p> <p>► PPA 2000/2003 DO SETOR SAÚDE</p> <p>‡ Seguindo a lógica do PPA federal, foi elaborado a partir da Gestão por Programas; assumiu compromisso com a Agenda Nacional; e tentou implantar um novo modelo gerencial.</p>	<p>‡ Deveria ser elaborado a partir das deliberações da 12ª CNS; do Projeto Saúde 2004 e do PPA 2004/2007.</p> <p>‡ Construído com participação de diversos atores sociais (Ex.: ABRASCO; FIOCRUZ; CONASS; CONASEMS...).</p> <p>‡ Passou a ser reconhecido como instrumento indispensável para a atuação das esferas de direção do SUS.</p> <p>‡ Firmou compromisso político com o governo federal.</p> <p>► PROGRAM A “MAIS SAÚDE: DIREITO DE TODOS”</p> <p>‡ Conhecido como PAC-SAÚDE.</p> <p>‡ Lançado quatro meses antes do PPA 2008/2011.</p> <p>‡ Estruturado em 7 diretrizes estratégicas,</p>	<p>DO MS:</p> <p>‡ Elaborado na tentativa de compatibilizar três instrumentos de planejamento: o PPA; o PNS e a PAS.</p> <p>‡ Essa compatibilização, harmônica entre os instrumentos, passou a ser denominada de alinhamento estratégico (uma tentativa de harmonizar os instrumentos de planejamento e gestão do SUS; e, construir um Planejamento Estratégico, capaz de expressar os compromissos do MS com os planos de governo).</p> <p>‡ Estabelecimento de diretrizes únicas para o Plano Estratégico e os demais instrumentos.</p>	

OBJETIVOS DO ESTUDO	ELEMENTOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS PARA ANÁLISE	PERÍODOS EM ANÁLISE				SÍNTESE HORIZONTAL
			SARNEY 1985/1990	COLLOR/ITAMAR 1990/1994	FHC 1995/2002	LULA 2003/2010	
						<p>norteadoras de 4 pilares bases do programa.</p> <p>⚡ Ficou limitado pela não aprovação da CPMF.</p> <p>⚡ Possibilitou a formulação de uma agenda estratégica, utilizada como instrumento balizar para o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS)</p>	
SÍNTESE VERTICAL							