

# PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

INTENCIONALIDADES, PROCESSOS  
E RESULTADOS

ORGANIZADORAS

LUCIANA LEITE LIMA  
LUCIANA PAZINI PAPI

jacarta 

# **PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**INTENCIONALIDADES, PROCESSOS  
E RESULTADOS**

ORGANIZADORAS

**LUCIANA LEITE LIMA  
LUCIANA PAZINI PAPI**

# **PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**INTENCIONALIDADES, PROCESSOS  
E RESULTADOS**

ORGANIZADORAS

**LUCIANA LEITE LIMA  
LUCIANA PAZINI PAPI**

1ª EDIÇÃO  
2020

jacarta 



© dos autores

1ª edição: 2020

Revisão: Bruno Quevedo Sivelli, Giordano Benites Tronco

Projeto gráfico e editoração: Giordano Benites Tronco

Capa: Giordano Benites Tronco, Thiago Pereira Padilha

Edição: Jacarta Produções Ltda.

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P712      Planejamento e políticas públicas : intencionalidades, processos e resultados [recurso eletrônico] / Luciana Leite Lima, Luciana Pazini Papi, organizadoras. — Porto Alegre : Jacarta, 2020. 323 p. ; il. color.

Bibliografia no final de cada capítulo.  
ISBN 978-65-991391-0-9

1. Ciências sociais. 2. Ciência política 3. Políticas públicas.  
I. Lima, Luciana Leite. II. Papi, Luciana Pazini. III. Título.

CDU 351(816.5)

## CAPÍTULO 11

# A CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO SETORIAL NO ÂMBITO LOCAL: UM ESTUDO SOBRE O CASO DA SAÚDE EM CANOAS/RS (2009-2018)<sup>56</sup>

TALITA JABS EGER

*Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão Municipal (NUPEGEM).*

LUCIANA PAZINI PAPI

*Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta do departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).  
Doutora em*

VINICIUS FREITAS

*Estudante do curso de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão Municipal (NUPEGEM).*

---

5 A discussão aqui apresentada se insere em uma pesquisa mais ampla intitulada “Planejamento governamental nos municípios brasileiros: a construção das capacidades estatais na federação”, conduzida pelo Núcleo de Pesquisa em Gestão Municipal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NUPEGEM/UFRGS) e coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Pazini Papi e Dr. Diogo Joel Demarco.

6 Uma versão mais extensa deste artigo foi apresentada no IX Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP), realizado em Madrid, Espanha, em 2018, sob o título “A construção do planejamento local no Brasil: um estudo sobre o caso da saúde em Canoas (2009-2018)”.

## 1. O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES ESTATAIS LOCAIS VOLTADAS AO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL: NOTAS INTRODUTÓRIAS

Para que possamos compreender, especificamente, a origem do debate em torno da planificação em saúde no Brasil, é necessário situar o desenvolvimento da prática do planejamento no contexto político e socioeconômico da América Latina. A incorporação desse tema à pauta política dos países latino-americanos se deu em um ambiente de incremento da intervenção estatal no setor econômico, com vistas ao desenvolvimento dessa esfera (GIOVANELLA, 1991; JESUS *et al.*, 2011).

Sob a ótica desenvolvimentista, o ideário em torno do planejamento se expandiu na América Latina como uma estratégia de crescimento econômico em resposta ao “isolamento imposto pela depressão econômica e pela Segunda Guerra Mundial” (FRIEDEN, 2008 apud JESUS *et al.*, 2011, p. 29). Em confluência com as recomendações da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL), responsável por orientar desde a década de 1950 “uma política de substituição de importações para os países da área, como condição para a superação do ‘subdesenvolvimento’” (RIVERA, 1989), ao planejamento foi atribuído um papel central na condução desse projeto (BIELCHOWSKY, 2004). Porém, reduzido ao delineamento do setor econômico, o planejamento se tornou a principal ferramenta no processo de racionalização da política de substituição de importações que vinha sendo operada por muitos países à época chamados de Terceiro Mundo.

A partir da década de 1960, no entanto, ao se constatar os limites em torno da efetivação da política substitutiva e o aprofundamento das desigualdades sociais nos países que adotaram essa estratégia econômica, o desenvolvimento, antes percebido como sinônimo de crescimento econômico, passou a ser compreendido na sua inter-relação com as questões sociais. Nesse momento, a CEPAL novamente interveio, propondo o então chamado “desenvolvimento integrado” (RIVERA, 1989), que deveria ser implementado através da “redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políticas sociais” (RIVERA, 2009, p. 312).

Foi à luz do debate em torno do desenvolvimento integrado que o planejamento em saúde começou a ser pautado na América Latina. E, nos moldes do que ocorrera em torno da discussão mais geral sobre planejamento, a planificação da saúde foi também induzida por agências internacionais que atuavam diretamente sobre os países latino-americanos. Deve-se ao Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado junto à Universidade Central da Venezuela, e ao apoio fornecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) os primeiros esforços no sentido de elaborar e operacionalizar metodologicamente o planejamento em saúde na região. Conforme Rivera (1989), o método CEN-

DES-OPAS (1965), elaborado nesse período, tinha o propósito de programar os recursos de saúde, atrelando-os a um conjunto de análises de custo-benefício. Procurava-se, assim, aumentar as ações em saúde, reduzindo, ao mesmo tempo, seus custos, tendo como princípio a noção de eficiência econômica.

Tendo o planejamento em saúde derivado das propostas de planificação inicialmente elaboradas para a economia (GIOVANELLA, 1991), os méritos desse modelo se ancoravam justamente em sua proposição sobre a importância de uma atuação integrada e o decorrente estímulo à formulação de sistemas de custos (RIVERA, 1989). No entanto, seu potencial de aplicação ao campo da saúde foi limitado em razão da baixa interferência estatal sobre o setor, marcado, nesse período, por uma forte atuação privada. Não obstante corresponder a um avanço no campo da planificação em saúde à época, esse método foi amplamente criticado por seu caráter normativo, tecnocrático e economicista (MATUS, 1996).

A partir da segunda metade da década de 1970, como resposta à essas limitações, agências internacionais passaram a conceber o plano como um instrumento que, coordenado pelo Estado, pressupunha a mobilização e participação de vários atores, introduzindo, junto à necessidade de avaliação dos recursos financeiros disponíveis, a viabilidade política como um elemento crucial para o planejamento das ações em saúde. Carlos Matus, autor referência no assunto, construiu nessa década o chamado método PES – Planejamento Estratégico Situacional –, que orientou uma verdadeira mudança paradigmática no modo de pensar e organizar o planejamento governamental (MATUS, 1996; 2006). De modo que, já no final da década de 1970, a América Latina assistiu paulatinamente a ascensão do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como sucessor do planejamento normativo.

No caso brasileiro, esse debate chega com força em 1988, atrelado à constitucionalização das políticas sociais como a Saúde e a Educação, por exemplo. Em meio ao processo de descentralização do Estado que tornou os municípios, antes considerados espaços e reprodução de oligarquias, em “entes federativos” portadores de autonomia política, administrativa e financeira (TOMIO, 2005a; 2005b); e das políticas sociais, que imputou aos municípios a formulação e implementação de diversas dessas políticas (ALMEIDA; CARNEIRO, 2003); a planificação se tornou uma obrigatoriedade legal para os atores políticos em nível local, buscando inverter a trajetória brasileira de centralização dessa tarefa no Governo Federal (REZENDE, 2011; PAPI; DEMARCO, 2018).

Entretanto, há que se considerar que, diante das grandes desigualdades

sociais e econômicas identificadas em diferentes regiões do Brasil<sup>1</sup>, somadas à construção da federação que concentrou historicamente um conjunto de recursos e capacidades decisórias (PAPI, 2017), a condição dos governos locais de exercer efetivamente a autonomia que lhes foi conferida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e, assim, promover as políticas públicas qualificadas sob sua responsabilidade, apresentou restrições que extrapolavam as limitações financeiras por eles muitas vezes enfrentadas. Entre essas limitações, mencionamos as capacidades estatais, entendidas como “um conjunto de instrumentos e instituições de que o Estado dispõe para delinear objetivos e transformá-los em políticas públicas passíveis de serem implementadas” (SOUZA, 2017, p. 31).

Visto que não apenas os recursos financeiros e o poder político se concentraram historicamente no Governo Federal, como também os recursos e aparatos administrativos e burocráticos – portanto, a *expertise* – indispensáveis à formulação e à implementação de políticas públicas, a construção de capacidades locais para planejar se trata de um *vir a ser*. Em vista disso, a assunção da tarefa de “planejar” pelos municípios foi, muitas vezes, protocolar, voltada apenas para atender as prerrogativas legais constitucionais que tornaram obrigatória a confecção de planos como condição de repasses das verbas federais.

Passadas mais de três décadas desde a promulgação da CF/88, observamos o processo de descentralização se redesenhar no sentido de maior coordenação federativa, evidenciando, sobretudo, o apoio nacional à implementação de políticas públicas locais. Nesse sentido, atrelados à trajetória local de aprendizado institucional que tem levado à profissionalização dos aparatos de gestão de políticas públicas, neste artigo buscamos entender como o planejamento da saúde foi construído no município de Canoas/Brasil no período entre 2009-2018, observando, prioritariamente: 1) se o município atendeu ou não as normativas federais que dispõem sobre o tema; 2) como foi conduzido o processo de implementação do planejamento e quais setores e estruturas foram construídos para essa tarefa; e, 3) em que medida a perspectiva do PES influenciou o desenvolvimento do planejamento setorial em nível municipal. Em termos metodológicos, utilizamos a estratégia qualitativa tanto na produção quanto na análise dos dados provenientes de entrevistas semiestruturadas – com atores locais diretamente relacionados ao planejamento da saúde – e de documentos oficiais federais e municipais.

No que diz respeito à escolha de Canoas como objeto de análise, impor-

---

1 O País, que possui dimensões continentais, apresenta não apenas diversidade sociocultural, como também distintas realidades regionais que podem ser exemplificadas através do número de municípios presentes no maior e no menor Estado brasileiro. Enquanto Minas Gerais possui 853 municípios, Roraima conta com 15. Esses números apontam, entre outras coisas, para a capacidade tributária dos entes aqui mencionados, fator que repercute diretamente sobre as condições de formulação e execução de políticas públicas.



ta ressaltar que, não obstante o município figurar entre aqueles que compõem a Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), ele guarda características peculiares em relação aos seus vizinhos. Além de ser o maior município da RMPA, ter o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) e a quarta maior população do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Canoas se tornou um polo universitário, industrial e comercial, recursos que tendem a impactar positivamente a oferta de serviços públicos em âmbito local.

Ademais, entre os anos de 2009 e 2016 o município foi gerido por um governo de esquerda – Partido dos Trabalhadores (PT) – cuja principal bandeira era a gestão democrática. A partir do Orçamento Participativo, modelo de participação popular nos processos decisórios, o então prefeito Jairo Jorge deu início a uma série de experiências nas quais a sociedade civil atuava diretamente na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas municipais.

Com o intuito de analisar os elementos aqui elencados, organizamos este artigo em três pontos, além desta introdução. Iniciaremos, assim, pontuando os aspectos em torno da metodologia do PES de Carlos Matus que nos incitam a relacioná-lo com as categorias analíticas vinculadas à noção de capacidades estatais. Ao direcionarmos o nosso olhar para o campo do planejamento, iremos focar sobre a trajetória da construção da planificação em saúde no Brasil e, conseqüentemente, sobre o papel desempenhado por Matus nesse processo para, em seguida, nos determos sobre o mais atual instrumento de planejamento em saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro, o Planeja-SUS. Por fim, tendo o cenário histórico, conceitual e metodológico construído, debruçar-nos-emos sobre a experiência concreta de planejamento da saúde no município de Canoas/Brasil.

## 2. PLANEJAR PARA IMPLEMENTAR: A CONTRIBUIÇÃO DE CARLOS MATUS

Carlos Matus, economista chileno, é considerado um dos maiores representantes da abordagem estratégica-situacional em torno do planejamento. O autor, já nas décadas de 1970 e 1980, chamava atenção à importância da planificação para a concretização de um Estado autônomo e capaz. Segundo ele, o planejamento estratégico governamental é um dos pilares na tarefa de governar, pois evita que os governos sigam o fluxo dos acontecimentos, permitindo que estabeleçam prioridades políticas e o futuro desejado. Nas palavras do autor, em prefácio à edição brasileira de sua obra *Política, Planejamento e Governo* (1997):

[...] ele [o planejamento estratégico] é concebido como uma ferramenta a serviço do dirigente político moderno, no governo ou na oposição, por isso permitirá resgatar o valor prático do planejamento, bem como

superar a improvisação, a politicagem e o tecnocratismo, uma vez que permite abordar os problemas técnico-políticos reais que o governante deve enfrentar (MATUS, 1997, p.2).

Sua proposta conceitual e metodológica assume, pois, a noção de situação, aqui entendida como um “conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social” (TEIXEIRA, 2010, p. 28), como ponto de partida. O problema seria, dentro dessa mesma lógica, o fenômeno que se encontra, sob a ótica desse mesmo ator, fora dos padrões de normalidade. De acordo com Teixeira:

Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação [porquanto esse possa se constituir como] uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação. (TEIXEIRA, 2010 p.28).

Ao reconhecer a existência de uma multiplicidade de atores, Matus aponta para a combinação de estratégias comunicativas que, em um contexto interacional, permitiria tanto a enumeração dos problemas a serem enfrentados quanto o desenvolvimento de possíveis soluções.

Conforme Rivera (1989), o economista foi responsável por uma dupla contribuição no campo do planejamento estratégico. Em primeiro lugar, ao lançar mão de um modelo de processamento de problemas e soluções que, apoiando-se sobre as teorias da situação, da produção social e da ação interativa<sup>2</sup>, permitiu a construção de um protocolo que supõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional<sup>3</sup>. E, em segundo lugar, ao

---

2 Cabe salientar que a ação não é a mera execução do plano, mas uma adaptação deste às circunstâncias encontradas. Nesse sentido, o autor propõe instrumentos como a agenda do dirigente, tangendo atividades voltadas à manutenção do foco nas questões estratégicas, reconhecendo a tendência dos agentes a se “superocuparem” com problemas imediatos e de curto prazo.

3 O *momento explicativo* diz respeito à compreensão da situação indesejada, referindo-se à seleção dos principais problemas e a discussão de suas causas, sintomas e efeitos, tendo em vista que, para se aproximar de uma compreensão sobre a realidade, é necessário entender as origens das questões (causas) que levam à situação atual. O *momento normativo* relaciona-se ao processo de desenho do plano. Com base na descrição do problema feita previamente, é estabelecida a situação que se deseja alcançar. E, a partir dos nós críticos, são elaboradas operações com vistas a modificá-los de forma a atingir a situação almejada. Trata-se, portanto, da etapa propositiva do plano, ou seja, quando se discutem as condições de implementação das ações (são identificados e quantificados os recursos necessários, assim como o cenário socioeconômico e as possíveis mudanças que podem ocorrer). Por essa razão, Matus sugere trabalhar com cenários e planos de contingência. Nesse momento surgem e atuam diferentes atores presentes no jogo social, orientando o plano para a mudança desejada (HUERTAS, 1996). O *momento estratégico*, por sua vez, envolve a construção da viabilidade política da execução do plano. Isso passa pelo convencimento dos distintos atores sociais e governamentais. Assim, devem ser considerados os oponentes e os aliados num movimento de construção de apoio. Busca-se, nesse momento, prever e atuar nos possíveis interesses e motivações de cada ator e no tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. Por fim, o *momento tático-operacional* refere-se à aplicação do plano, à sua operacionalização e gestão.

apresentar uma proposta de reforma da administração pública, visando a incorporação de uma direção estratégica e da consequente criação de procedimentos de responsabilização com base no monitoramento das ações e da prestação de contas. Essa proposta, ainda segundo Rivera (1989), parte do entendimento de que a crise do planejamento expressaria, entre outras coisas, a existência de um sistema fundado sob a baixa responsabilidade estatal, característico da administração pública na América Latina.

Assim, salienta-se que, não obstante Carlos Matus assuma o planejamento como um dos principais instrumentos políticos do Estado, o autor subverte as teses anteriores acerca do ato de planejar enquanto uma ação restrita à classe técnica, postulando que o planejamento deve servir a todos os indivíduos de uma sociedade, tornando-se necessário que o sujeito que planeja esteja incluído no objeto planejado. Essa seria uma forma de combater a baixa aderência dos planos à realidade social e as dificuldades de implementação das ações planejadas. Ademais, caberia aos governos a responsabilidade do planejamento como parte da estratégia e da tática de suas gestões, devendo, contudo, contar com a participação de agentes governamentais e societários dos mais diversos setores. Em última instância, a complexificação do cenário em torno do processo de planejamento implicaria na inversão da lógica segundo a qual o plano é apenas uma peça técnica, cabendo a ele, portanto, um papel político e consequentemente de transformação deliberada da sociedade (HUERTAS, 1996). Matus defende ainda que os planos devem ter aspectos flexíveis, adaptáveis às mudanças incessantes nos cenários políticos e econômicos e que alteram as demandas societárias (MATUS, 1996). Para ele, a rigidez utilizada na aplicação do planejamento tradicional provocou o distanciamento do planejamento das reais necessidades sociais, tornando-o uma peça burocrática de pouca aderência e eficácia.

Como vimos, o método que orienta o PES proposto por Matus desenha um processo de planificação que incorpora à abordagem sequencial elementos essenciais de contextos democráticos. Isto é, considera a diversidade de atores nas decisões e ações, mas também a necessidade de aparatos administrativos, burocráticos e de controle governamental e social. É relevante pontuar que o Brasil foi um dos primeiros países da América Latina a se interessar por essa metodologia (MATUS, 1997), sendo essa perspectiva responsável por subsidiar o atual modelo teórico e metodológico do planejamento em saúde no país. Não é fortuita, portanto, a centralidade que aqui damos à metodologia do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus.

### 3. A CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

A construção do planejamento em saúde encontrou, no Brasil, suas referências primeiras nas contribuições metodológicas propostas por organismos internacionais, os quais inspiraram o País a racionalizar as ações nessa área. Primeiro, produzindo planos com contorno e foco econômico e, depois, concebendo-os como um instrumento técnico-político. Foi, contudo, no contexto da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que as ideias de Matus – que apontavam para o planejamento não apenas como um instrumento de gestão pública, mas também como um mecanismo de luta política –, encontraram no Brasil um terreno fértil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constitui um marco na história da consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Sendo a primeira conferência aberta à sociedade, em pleno processo de redemocratização do país, tendo como suporte – e horizonte – as discussões que vinham sendo travadas no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, suas propostas e diretrizes foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, instituindo uma nova maneira de conceber as políticas de saúde e, conseqüentemente, exigindo a atualização do modelo de gestão desse setor.

As ideias de Matus passaram a ser difundidas pelo Brasil ainda em 1988, a partir das palestras, assessorias e cursos que conduzia junto a órgãos governamentais, sindicatos e partidos políticos. Foi assim que, em pouco menos de quatro anos – entre 1988 e 1992 –, o economista chileno ministrou vinte e quatro cursos sobre o PES no País (MATUS, 1997). Tendo o Movimento da Reforma Sanitária atuado sob uma ampla concepção – democrática e universalizante – de saúde (COELHO; VERDI, 2005), procurando torná-la acessível não apenas quanto aos seus fins, mas também em relação aos seus meios, esse foi um dos setores da administração pública brasileira que mais absorveu e procurou implementar as ideias do pensador chileno.

A promulgação da CF/88 possibilitou a inserção do debate em torno da gestão governamental, não apenas no que tange ao sistema de saúde universal e gratuito, mas também em relação a outras áreas sobre as quais o Estado brasileiro tornava-se, então, responsável. Em termos prescritivos, a Carta Magna previa, por exemplo, a criação dos instrumentos legais voltados ao planejamento governamental, preconizando que todos os órgãos da administração pública nacional a eles se submetessem. Objetivava-se, com isso, incitar o processo de planejamento como condição à programação dos recursos financeiros destina-

dos à implementação das atividades em cada setor da gestão pública<sup>4</sup> (VIEIRA, 2009).

No campo da saúde, foi a partir das leis orgânicas vinculadas ao recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS), aprovadas em 1990, que se incorporou as concepções teóricas e as metodologias destinadas a subsidiar a formulação das políticas da área (TEIXEIRA, 2010). Desse modo, a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990 prevê que o processo de planejamento e orçamento do SUS seja ascendente, do nível local ao federal, conciliando as necessidades da política de saúde à disponibilidade de recursos em planos de saúde municipais, estaduais e federal. Em conformidade com esses planos, produzidos em todas as esferas governamentais, deverão ser elaboradas as programações anuais de saúde que, por sua vez, devem ser contempladas nas propostas orçamentárias.

A Lei nº 8.142/1990, por sua vez, institui a obrigatoriedade da consolidação de Conselhos de Saúde<sup>5</sup> nas três esferas governamentais e da elaboração de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão que possibilitem, entre outras coisas, o controle social acerca dos investimentos previstos nas programações. Com o intuito de regulamentar o SUS, criou-se, ao longo dos anos que se seguiram à sua promulgação, uma série de leis e portarias que almejavam, antes de tudo, garantir as bases legais para a sustentação dos princípios e diretrizes do sistema de saúde nacional.

Em 1992, logo após a publicação das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, o Ministério da Saúde (MS) produziu o documento “Proposta para o processo de planejamento em nível nacional”, que, conforme Vieira (2009):

[...] teve por objetivo apresentar uma proposta para o processo em nível nacional. Sugere-se então [a partir de sua elaboração] a criação do Sistema Nacional de Planejamento que supõe: a) a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento abrangendo o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios; b) a superação dos entraves na orçamentação e no financiamento da saúde; c) a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento. (VIEIRA, 2009, p. 1567).

A proposta, lançada em 1992, reforçava ainda o caráter ascendente do planejamento, destacando a importância de direcionar o olhar às necessidades locais, a imprescindibilidade da aprovação de cada um dos planos pelo Conselho de Saúde correspondente, bem como da participação social no processo

---

4 Nesse contexto foram criados o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses constituiriam, segundo Vieira (2009), os três instrumentos básicos da gestão.

5 Quanto à composição dos conselhos, estes devem contar com a participação de usuários(as), trabalhadores(as) e prestadores(as) de serviços da saúde, garantindo, assim, a participação da sociedade civil nos processos decisórios e no monitoramento das ações relacionadas à saúde.

de planejamento, monitoramento e controle das atividades desenvolvidas pela administração pública.

Em confluência com esse movimento institucional direcionado a normatizar as práticas de gestão no âmbito do SUS, em 1993, a partir da publicação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 1993), procurou-se disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, submetendo-o ao controle da sociedade. Criou-se, no âmbito da NOB-SUS/93, os parâmetros para a garantia do processo de descentralização político-administrativa e, conseqüentemente, as responsabilidades de cada um dos entes federados no campo da saúde pública, bem como os critérios de financiamento de suas ações e serviços (VIEIRA, 2009). Em 1996 uma nova NOB-SUS foi formulada, a fim de ajustar os parâmetros de operação do sistema previstos na norma que lhe precedeu.

A partir da NOB-SUS/96, instituiu-se a Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento criado para integrar o processo de planejamento da saúde. A PPI envolvia as atividades de assistência ambulatorial, hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica e propunha a reorganização do modelo de atenção, de gestão e de alocação de recursos vigente no SUS até então, definindo, ainda, os pactos intergestores, estabelecidos entre as três esferas de governo, com vistas à garantia de acesso da população aos serviços de saúde. De acordo com Vieira (2009),

[...] os municípios passaram a elaborá-la para depois da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, submeterem-na aos respectivos estados, que por sua vez fariam a harmonização entre as PPI pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (VIEIRA, 2009, p. 1568).

Não obstante o avanço proporcionado pela PPI no que diz respeito à organização do SUS em torno da pactuação de ofertas de serviços entre municípios e seus estados, os problemas relacionados ao acesso universal e equânime à saúde persistiram. Em resposta aos entraves identificados nesse processo, publicou-se, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), cuja função era ampliar o papel dos municípios na atenção básica, tal qual estabelecer o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da assistência em cada estado e no DF, a partir dos quais seriam formuladas as PPI anuais.

Já em 2006, com o intuito de avançar em relação à organização do sistema de saúde em território nacional, o governo brasileiro lançou um conjunto de reformas institucionais vinculadas ao SUS que, pactuado entre os diferentes níveis de governo, tinha por objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão pública, visando alcançar eficiência e qualidade no SUS. Chamadas de Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, essas refor-

mas previam a regulamentação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O Pacto pela Saúde é composto pelos “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão”, conformando-se neste último os eixos: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e a educação em saúde (Portaria nº 399/2006 e Portaria nº 699/2006). Conforme Sal (2012), até o ano de 2006 o Brasil não dispunha de um processo integrado de planejamento que fosse capaz de apoiar efetivamente os gestores na condução e execução do SUS, de modo que, ao constatar as dificuldades enfrentadas pelos diversos níveis de gestão governamental e a conseqüente baixa incorporação das atividades de planejamento nas distintas esferas de gestão do SUS, o MS propôs a construção do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), previsto na Portaria nº 399/2006 do Pacto pela Saúde.

O PlanejaSUS, regulamentado pela portaria nº 3.085/06, prevê a atuação integrada e contínua de todos os entes federados quanto ao processo de planejamento da saúde nacional, figurando entre seus objetivos a pactuação das diretrizes gerais para a planificação em saúde; o desenvolvimento de uma rede de cooperação entre as três esferas de governo; a capacitação contínua dos profissionais que atuam no planejamento do SUS; e a conseqüente avaliação desse planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados a partir dele (2008). A fim de garantir seu pleno funcionamento, definiram-se ainda os objetivos e as responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios, assegurando a efetiva direcionalidade aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito do SUS. O sistema é fundamentado sobre a formulação e revisão de três instrumentos básicos, comuns a todas as esferas de governo: o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), sendo o Plano de Saúde (PS) concebido como um instrumento a partir do qual se realiza uma análise situacional e, posteriormente, apresentam-se as diretrizes políticas, os objetivos, metas e resultados a serem alcançados em um período de quatro anos (à semelhança do PPA), bem como os procedimentos a partir dos quais ele será monitorado e avaliado. Orienta-se, do mesmo modo, que seus processos de formulação, monitoramento e avaliação sejam participativos. Em conformidade com a Portaria Ministerial nº 3.332/2006, constam como eixos orientadores para análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos PS: as condições

de saúde da população<sup>6</sup>, os determinantes e condicionantes<sup>7</sup> de saúde e a gestão em saúde<sup>8</sup>.

A Programação Anual de Saúde (PAS), por sua vez, tem sua elaboração e implementação ajustada ao período definido para o exercício do orçamento (um ano). Seu principal intento é instituir as ações que deverão ser desenvolvidas para concretizar os objetivos anteriormente definidos no PS, enquanto esses, por sua vez, devem estar em consonância com a LDO e a LOA. Por fim, o Relatório Anual de Gestão (RAG) deve ser composto pelos resultados decorrentes da PAS e incluir apontamentos sobre eventuais necessidades de ajustes no PS. Além de cumprir o papel de retroalimentar o planejamento, o RAG se direciona também às ações de auditoria e controle das políticas de saúde.

#### **4. O PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM NÍVEL LOCAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O MUNICÍPIO DE CANOAS/BRASIL**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), órgão responsável pela condução do Censo no Brasil, o município de Canoas tem, segundo dados de 2010, uma população de 323.827 habitantes, ocupando a 72ª colocação como município mais populoso no país, estando em 4º lugar entre os 497 municípios que compõem o Estado do Rio Grande do Sul (RS). Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano Brasil, Canoas apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de cerca de 0,750, o que corresponde a um índice de desenvolvimento considerado alto.

Quanto à política de saúde, o município dispõe de 42 estabelecimentos que atendem pelo SUS, incluindo, entre eles: quatro hospitais, duas Unidades de Pronto Socorro (UPA) 24 horas, cerca de 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas clínicas de saúde (uma destinada aos idosos e uma à família). Como exemplo da magnitude e importância que o sistema de saúde pública de Canoas tem não só para seus munícipes, mas para o conjunto do estado, citamos

---

6 No que se refere às condições de saúde da população, o MS orienta a obtenção de informações relacionadas ao perfil demográfico (crescimento populacional, índice de envelhecimento, taxa bruta de mortalidade, esperança de vida ao nascer, etc.), aos dados socioeconômicos (renda, taxa de desemprego, taxa de analfabetismo, Índice de Desenvolvimento Humano [IDH], etc.) e aos dados epidemiológicos (mortalidade por causa, morbidade, grupos vulneráveis etc.).

7 No que tange ao eixo de determinantes e condicionantes de saúde, deve-se identificar medidas intersetoriais e sua integração com o setor de saúde nos espaços de formulação, de implementação e de monitoramento de políticas públicas.

8 Em relação à Gestão em Saúde, deve-se analisar aspectos ligados ao planejamento, descentralização, financiamento, participação social, gestão do trabalho, educação e informação em saúde e infraestrutura.



a Resolução nº 112/2010 da Comissão Intergestores Bipartite (Secretaria de Saúde/RS, 2010), através da qual três hospitais locais são aprovados como Rede de Referência em Traumatologia-Ortopedia em nível estadual. A cidade pactuou o atendimento de serviços de saúde de traumatologia-ortopedia, traumatologia-ortopedia pediátrica e traumatologia-ortopedia de urgência com outros 156 municípios gaúchos, abrangendo e beneficiando cerca de 3 milhões de pessoas. Posto isso, pontuamos que a definição dos períodos a serem analisados deu-se em virtude de *i*) o PlanejaSUS ter sido desenvolvido em 2006, estando, no ano de 2008, em pleno funcionamento no Brasil, e, *ii*) em nível municipal, o final da década de 2000 ter sido marcado pela “gestão participativa popular” do PT.

Entre os anos de 2009 e 2016, Canoas foi gerida pelo governo do então petista Jairo Jorge. A importância desse fato se deve ao fato de que o PT ficou conhecido, entre outras coisas, pela implementação de um modelo de participação popular nos processos decisórios referentes às políticas públicas, o chamado Orçamento Participativo (OP). Jairo Jorge, a exemplo das práticas de gestão participativa defendidas por seu partido, deu início a uma série de experiências nas quais a sociedade civil se constituía como um importante ator na formulação, monitoramento e avaliação das políticas implementadas em Canoas. Havendo, supostamente, uma ruptura no modelo de gestão em 2017 – a partir desse período o novo prefeito, Luiz Carlos Busato, filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), assumiu a gestão da cidade –, interessa observar em que medida essas práticas se refletiram ou não no planejamento da saúde no município e se houve, efetivamente, uma mudança na forma de conduzir os processos de planejamento setorial na troca de gestão do executivo.

Os dados aqui trazidos dizem respeito a entrevistas conduzidas junto a profissionais que atuaram no campo do planejamento da saúde municipal nos períodos aqui evocados, bem como aos documentos que, previstos no âmbito do PlanejaSUS, fazem parte do arcabouço da planificação governamental desse setor. Não obstante a complexidade do campo, dos documentos e entrevistas analisados, optamos por focar, neste momento, apenas alguns aspectos: a conformidade (ou não) do planejamento local com as normativas federais que dispõem sobre a saúde; a dinâmica do processo de implementação do planejamento em âmbito local, bem como a averiguação das estruturas e setores construídos para executar as tarefas relacionadas à planificação; e, por fim, a influência do método PES sobre os documentos produzidos pelo município.

Quanto à conformidade dos planos produzidos por Canoas e as normativas produzidas em âmbito federal, todos os profissionais entrevistados apontaram para o uso das ferramentas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do PlanejaSUS, a fim de garantir a elaboração do plano setorial da saúde. Há, contudo, diferenças na compreensão que têm sobre cada um desses mecanismos.

Assim, para aquele que não dispunha de formação técnica e não havia realizado capacitações específicas no campo do planejamento, atuando, contudo, há mais de uma década na área, o plano era concebido como uma importante ferramenta, cujo princípio de sua funcionalidade se ancorava sobre a participação ampla e irrestrita em seu processo de formulação. No período em que esse profissional esteve à frente do planejamento em saúde, o processo de elaboração do plano se deu em conformidade com as diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS, tendo sido construído a partir da Conferência Municipal de Saúde e com o aval da sociedade civil que nela se encontrava. Esse processo o permite afirmar que entre “2014 e 2017 o trabalho [de planejamento foi realizado] em rede”, enquanto aquele desenvolvido por seu sucessor, a partir de 2018, não o fora.

O cerne da questão, contudo, não se encontra na simples dicotomização entre um processo centralizador *versus* um processo participativo. Longe disso, o profissional cuja ação fora criticada por não ter sido conduzida “em rede” também defende a condução do processo de planejamento de forma participativa e horizontal. Seu olhar, contudo, não se direciona à sociedade civil, mas à própria administração pública.

Tendo passado por um amplo, mas não linear, processo de capacitação em torno do planejamento em saúde ao longo de mais de vinte anos, um dos técnicos entrevistados reconhece a importância da construção coletiva do plano como garantia da aderência desse à realidade local. Compreende, no entanto, que as resoluções fruto das plenárias e conferências são apenas uma parte do que deverá subsidiar o documento final.

O servidor enfatiza que um plano se faz a partir das demandas da comunidade e da rede de trabalhadores(as) do setor, e também da incorporação do diagnóstico situacional que deveria ser realizado no início do período que inaugura cada um dos PS. É, portanto, do apelo social, das reivindicações dos mais diversos setores, e também do exercício e do olhar técnico que se instrumentaliza um plano de saúde exequível e ancorado sobre a realidade. Assim, ele defende não apenas a utilização dos mecanismos disponibilizados pelo MS, considerados por ele um avanço no setor, mas também procura imprimir as características locais a eles.

Enquanto seu antecessor procurava seguir rigorosamente as diretrizes federais, utilizando as ferramentas e os instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o responsável atual pelo setor, ao lado de uma equipe composta por estagiários(as) e residentes do campo da saúde, tem trabalhado no sentido de criar uma plataforma que disponibilize para os(as) gestores(as) de outros departamentos da área os indicadores, dados e informações necessários para viabilizar o planejamento.

Nessa plataforma constariam, por exemplo, os indicadores presentes no SISPACTO, os contatos de todos os(as) gestores(as) municipais, orientações e modelos de planejamento, relatórios, informações orçamentárias e epidemiológicas sobre o município, ou seja, se constituiria em um sistema cuja principal função seria centralizar as informações locais que, postas em diálogo com indicadores e dados produzidos em outros níveis de governo, permitiriam a elaboração de um plano mais coerente com a realidade local.

A proposição de subsistemas de planejamento não apenas exige capacidades técnicas e administrativas para que tais subsistemas sejam efetivamente implementados, mas exige, a exemplo do próprio planejar, algumas capacidades já instauradas para que eles quiçá sejam idealizados. Nos períodos anteriores à gestão iniciada em 2017, o então chamado “setor” de planejamento contava apenas com um técnico destinado à condução das atividades de planejar; nos momentos em que os prazos ditavam as regras, profissionais de outros departamentos eram mobilizados para auxiliar na tarefa.

Essa, curiosamente, parece ter sido a marca dos períodos que corresponderam à gestão popular do PT no município. Nossos interlocutores afirmaram que, de modo geral, se o planejamento era considerado um elemento de gestão importante para alguns servidores(as), o era para poucos(as) secretários(as), de modo que a possibilidade de instituir no âmbito da administração pública municipal uma equipe direcionada exclusivamente à tarefa de planejar a saúde é uma conquista bastante recente.

Quanto aos limites identificados, parece haver concordância entre os profissionais. Mencionam, assim, a ausência e/ou insuficiência de formação voltada especificamente ao planejamento governamental e, antes disso, reforçam a imprescindibilidade da “sensibilização” dos(as) profissionais, técnicos(as), secretários(as) e gestores(as) que, por terem pouca ou nenhuma proximidade com a temática, desconhecem seu valor prático e empregam, muitas vezes, barreiras à sua aplicação e desenvolvimento.

Os servidores entrevistados afirmam ainda que o fator político-partidário pode obstaculizar o processo de planejar, uma vez que, com frequência, no início de uma nova gestão, distribuem-se cargos de confiança no alto escalão do Poder Executivo, atribuindo funções da administração pública àqueles(as) que não foram devidamente capacitados(as) para realizá-las, de modo que os(as) servidores(as) podem ser estrangidos(as) a executarem ações que não possuem fundamentação técnica e/ou deixar de realizar aquelas previstas no âmbito de suas obrigações.

A permanência do corpo burocrático, garantida, em tese, por sua estabilidade no serviço público, encontra na prática política de distribuição e alocação de cargos a partidários e afins um limite muitas vezes intransponível. As

consequências dessas práticas enraizadas na administração pública brasileira se refletem sobremaneira na oferta de políticas públicas à população.

Apesar dos técnicos terem pontos de vista distintos sobre o alcance da participação e da horizontalidade na construção do planejamento em saúde, aspectos presentes na metodologia proposta por Matus, ambos reconhecem a importância de garantir o maior número de atores no processo de discussão e produção dos planos. Na prática, contudo, eles mencionam a dificuldade de agregar atores (e mantê-los envolvidos ao longo do processo) e de aprofundar o debate que deveria subsidiar a construção dos planos e, posteriormente, o monitoramento e avaliação das ações em saúde.

Entre as dificuldades encontradas, constam as já mencionadas limitações relacionadas às práticas político-partidárias, mas, também, a sobreposição de demandas e prazos ante o exíguo número de profissionais em exercício no setor. Se por um lado se pode considerar um avanço a existência de uma estrutura e de profissionais dedicados exclusivamente ao planejamento, por outro é importante mencionar que grande parte do quadro é composto por estagiários(as), havendo, assim, uma alta rotatividade e a necessidade constante de formação básica. Embora o planejamento tenha se tornado uma atividade local, deixando de ser centralizado na esfera federal, no caso de Canoas, a escassez de investimento, principalmente em recursos humanos, centralizou a *expertise* do assunto em poucos servidores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Matus (1996, p. 14), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”. Escolher o futuro, contudo, não é tarefa fácil, principalmente no campo da administração pública, espaço permeado por interesses e atores diversos, por ausência de consensos, por disputas políticas e econômicas e, muitas vezes, pelo forte desejo de transformação social que não encontra bases técnicas sobre as quais se fundamentar.

O Brasil se mostra como um interessante exemplo quando o assunto é planejar o futuro. Em tentativas que remontam práticas hoje consideradas economicistas, o país vem procurando criar as condições técnicas e sociais necessárias para não aceitar o porvir “seja ele qual for”. Essas práticas, contudo, assim como o fazer político e a compreensão sobre a realidade social, foram se tornando mais complexas ao longo do tempo, e a noção de planejamento governamental foi sendo igualmente enriquecida.

O setor da saúde brasileiro foi um dos que experimentou o maior número de possibilidades metodológicas e conceituais acerca do planejamento. Como procuramos mostrar nessas breves linhas, passou-se de um modelo de

programação de gastos a um que prevê, obviamente, a vinculação de metas e objetivos ao orçamento, mas que não perde de vista a importância da construção coletiva e do constante monitoramento a partir da participação da sociedade civil e de todos os níveis de governo. A complexidade presente no desenho do PlanejaSUS indica que o Brasil soube se beneficiar da sua história em torno da construção do planejamento.

Não se optou, portanto, por um modelo mais ou menos direcionado à economia nem, tampouco, a um fazer pura e simplesmente participativo, mas deslocado de debates e aparatos técnicos. O PlanejaSUS, não obstante as críticas que possa vir a receber, desponta como um instrumento de planejar amparado nas mais recentes e complexas teorias de planejamento governamental. No entanto, apesar do esforço despendido pelo MS na construção de um sistema voltado ao planejamento na saúde, conforme Vieira (2009) salienta, muitas vezes os planos e programações se constituem apenas como instrumentos proforma, não implicando em resultados práticos. É preciso, por essa razão, compreender o cenário político e administrativo em que esses instrumentos são operacionalizados, a fim de dimensionar seus papéis na efetivação ou ineficiência de políticas públicas.

O caso do município de Canoas, por nós analisado, aponta para algumas questões que podem nos auxiliar a compreender os limites enfrentados no campo do planejamento setorial. A complexidade em torno do processo de gestão de políticas sociais no Brasil, dado o modelo de descentralização política e financeira, bem como as inúmeras desigualdades regionais, se institui como a primeira, mas não única, barreira a ser enfrentada pelos(as) gestores(as) locais. Somam-se a ela as práticas políticas partidárias que, não atendendo muitas vezes ao escopo dos partidos que lhes sustentam, obedecem a uma lógica que parece ter sido institucionalizada no país, de modo que as importantes funções de gestão na administração pública são encarregados(as) partidários(as) que, com frequência, não têm conhecimento específico na área a que foram destinados(as) e/ou, de forma mais ampla, de gestão pública. Em alguns casos, quando a técnica é subsumida à dimensão política, a atuação de servidores(as), mesmos quando preparados(as) para o exercício de suas funções, pode ser atravessada por constrangimentos de múltiplas ordens, inviabilizando, inclusive, a realização de suas atividades profissionais.

De modo semelhante, apesar da constante produção de dados e capacitações pelo Governo Federal, dado que as realidades municipais são diversas, faz-se também necessário possibilitar a formação em nível municipal, garantindo um olhar sobre as especificidades locais; não apenas capacitações para aqueles(as) que vão atuar diretamente no campo do planejamento, mas também a chamada sensibilização daqueles(as) que não têm ingerência direta sobre esse

instrumento. O desconhecimento acerca da importância do planejamento, bem como da produção dos dados que o alimentarão, dificulta a sua elaboração – à semelhança do uso dos relatórios de gestão e monitoramento que, produzidos como retorno à necessidade prevista pelo arcabouço legal do SUS, geralmente não são incorporado nos planos que lhe sucedem. Assim fica claro que, apesar dos grandes avanços experimentados no campo do planejamento da saúde, a discussão sobre o uso, a produção e a interconexão entre os diversos instrumentos de gestão pública continua sendo muito incipiente no País.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de; CARNEIRO, Leandro Piquet. Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. **Opinião Pública**, v. 9, n. 1, p. 124-147. Campinas, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010462762003000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010462762003000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ANUNCIACÃO, Fábio Costa; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 35, n. 4, p. 845-858, out.-dez, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621020>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BIELCHOWSKY, Ricardo. **Pensamento econômico brasileiro de 1930 a 1964**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º. 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS. Brasília: DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta para o processo de planejamento em nível nacional: Sistema Único de Saúde.** Brasília: DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva – Trajetória e orientações de operacionalização.** 3. ed. Brasília: DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva - Instrumentos básicos.** 2 ed. Brasília: DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja-SUS): uma construção coletiva – Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento.** Brasília: DF, 2009c.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD (CPPS). **Formulación de Políticas de Salud: Oficina Sanitaria Panamericana.** Santiago: Organización Panamericana de la Salud, 1975.

COELHO, Elza Berger Salema; VERDI, Marta. Do higienismo as SUS: a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: VERDI, M.; BOEHS, A.; ZAMPIERI, M. F. M. (org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde.** Florianópolis: UFSC, 2005.

GIOVANELLA, Lígia. A proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. In: ENSP. **Textos de apoio: planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

JESUS, Washington Luiz Abreu, *et al.*. Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: JESUS, W. L.A.; ASSIS, M. M. A. (Orgs.). **Desafios do planejamento na construção do SUS** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 29-59.

LACERDA, Josimari Telino de, *et al.*. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

MATUS, Carlos. **Planificación, Política y Gobierno**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1987.

MATUS, Carlos. **Política y Plan**. Caracas: IVEPLAN, 1984.

MATUS, Carlos. **Política, planificação e governo**. Tomo I. 3 ed. Brasília: IPEA, 1997.

MATUS, Carlos. **Política, planificação e governo**. Tomo II. 2 ed. Brasília: IPEA, 1993.

MELLEIRO, Marta Maria; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; CIAMPONE, Maria Helena Trench. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 165-171, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a08v18n2.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasc, 1995.

MINTZBERG, Henry. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

PAPI, Luciana Pazini. **A dinâmica federativa de Brasil e Argentina: Estudo comparado sobre as mudanças nos desenhos de formulação e Implementação de políticas de combate à pobreza e de assistência social**.



2017. 236 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

PAPI, Luciana Pazini. **Repactuação das relações intergovernamentais na implementação da política de assistência social: uma análise na região metropolitana de Porto Alegre**. 2014. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

PAPI, Luciana Pazini; DEMARCO, Diogo Joel. Planejamento governamental nos municípios brasileiros: um debate sobre a construção das capacidades estatais no Rio grande do Sul. In: Encontro ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política: Democracia e Representação: impasses contemporâneos (11, 2018, Curitiba, BR-PR). **Anais do 11**. Encontro ABCP. Brasil, 2018.

PNUD [PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO]. **Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. Disponível em <[http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao\\_atlas\\_rm\\_pt.pdf](http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_rm_pt.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

REZENDE. Fernando. Planejamento no Brasil: Auge, Declínio e caminhos para a reconstrução. In: CARDOSO, J. C. **Diálogos para o Desenvolvimento: A reinvenção do Planejamento Governamental no Brasil**. Brasília, IPEA, 2011

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 112/10 (CIB/RS)**. Porto Alegre, 2010.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento em saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SILVA, Karolina Cássia Lima; SANTOS, Erlene Roberta Ribeiro; MENDES, Maria do Socorro. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 15-25. Pernambuco: Olinda, 2012.

SOUZA, Celina. Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 27-45. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003476122017000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122017000100027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

TEIXEIRA, Carmen (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas. Autonomia municipal e criação de governos locais: a peculiaridade institucional brasileira. **Revista da Faculdade de Direito**, v. 42, p. 103-120. Curitiba, 2005a. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/view/5178/3894>. Acesso em: 10 fev. 2020.

TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas. Federalismo, municípios e decisões legislativas: a criação de municípios no Rio Grande do Sul. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 123-148. Curitiba, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a09n24.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.º. 14 (Supl. 1), p. 1.565-1.577. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 fev. 2020.

VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1239-1250. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJV/Proformar, 2004.