

## O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000

National planning of health policy in Brazil: strategies and instruments in the 2000s

Cristiani Vieira Machado<sup>1</sup>  
Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>1</sup>  
Luciana Dias de Lima<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper discusses the national planning of health policy between 2003 and 2010, in the light of the development of state planning in Brazil and Lula's administration. Firstly an historical overview is presented of the key moments for national planning regarding its effects on health care. The governmental context is then described with a review of the strategies and instruments in health planning over recent years. The methodology involved a bibliographic and documental review – including the Multi-year Plans, the National Health Plan, the Health Pact and the More Health program – considering their intention, contents and development processes. The results indicate that national health planning has been condensed in order to enable better direction of the policy. Two key moments in federal health planning were identified: between 2003 and 2006 a managerial and participative line was followed; between 2007 and 2010, the managerial line was kept allied to an effort to tie health policy to the development model. Despite the advances, health planning has displayed limitations, such as: restrictions in health financing which has compromised the execution of the plans; failure to tackle structural problems in the health care system; and the fragile territorial organization.*  
**Key words** *Planning in health care, National planning Health policy, Ministry of Health*

**Resumo** *O artigo enfoca o planejamento nacional da política de saúde de 2003 a 2010, à luz da trajetória do planejamento estatal no Brasil e do contexto do Governo Lula. Inicialmente, é traçado um histórico dos momentos relevantes para o planejamento nacional, considerando suas interfaces com a saúde. A seguir, situa-se o contexto governamental e discutem-se as estratégias e instrumentos de planejamento em saúde recentes. A metodologia envolveu revisão bibliográfica e análise de documentos – os planos plurianuais, o Plano Nacional de Saúde, o Pacto pela Saúde e o Mais Saúde – considerando o seu propósito, conteúdo e processo de elaboração. Os resultados sugerem um adensamento do planejamento nacional em saúde, visando dar direcionalidade à política. Foram identificados dois momentos no planejamento federal em saúde: entre 2003 e 2006, predominou uma orientação participativa e gerencialista; entre 2007 e 2010, a orientação gerencialista se manteve e houve um esforço de atrelar a política de saúde ao modelo de desenvolvimento. Apesar dos avanços, o planejamento em saúde expressou limitações como a não regulamentação do financiamento setorial, que tem comprometido a execução dos planos, o escasso enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde e a fragilidade da lógica territorial.*  
**Palavras-chave** *Planejamento em saúde, Planejamento nacional, Política de saúde, Ministério da Saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480/715, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ. cristiani@ensp.fiocruz.br

## Introdução

O debate sobre o planejamento estatal tem sido tratado sob diferentes enfoques, nos diversos campos de conhecimento e áreas da política. Este artigo enfoca o planejamento nacional da política de saúde no Brasil de 2003 a 2010. Além da caracterização das estratégias e instrumentos de planejamento adotados pelo Ministério da Saúde, busca-se analisar o planejamento nacional da saúde à luz da trajetória do planejamento estatal no Brasil e do contexto do Governo Lula.

A análise do planejamento setorial no período de um governo específico encerra desafios metodológicos, relacionados ao cotejamento das perspectivas: teórica e histórica; estrutural e conjuntural; nacional e federativa; geral e setorial; estatal e governamental; técnica e política. Na interface dessas perspectivas é que se situam as pontes analíticas para explicar os avanços e limites do planejamento em saúde em um dado contexto.

Dada a complexidade do tema, cabe explicitar os pontos de partida do estudo. O primeiro é o reconhecimento de que o planejamento estatal esteve, em suas origens, associado à expansão das funções do Estado na defesa e economia. No século XX, em vários países, houve aumento do intervencionismo estatal por meio do planejamento e produção direta de serviços nas áreas econômica e social. Esse movimento envolveu, em geral, a conformação de órgãos e quadros de servidores.

O segundo ponto é que a expansão do planejamento estatal ocorreu de forma diferenciada nas regiões e países. Na América Latina, o debate e as experiências de planejamento nacional estiveram associados à questão do desenvolvimento<sup>1,2</sup>. O planejamento era considerado o instrumento para superar os problemas relacionados à inserção diferenciada dos países latino-americanos no sistema mundial e às condições precárias de desenvolvimento. O maior *status* do planejamento é observado nos anos cinquenta e sessenta, relacionado à atuação da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e ao auge das ideias desenvolvimentistas, ainda que experiências de planejamento já fossem observadas anteriormente.

Porém, os avanços no planejamento em países da região – formação de burocracias especializadas, elaboração de planos – nem sempre coincidiram com mudanças estruturais. Em algumas situações, somente representaram esforços de compreensão da realidade latino-americana e de suas perspectivas, nos âmbitos técnico e intelectual<sup>1</sup>.

A crítica ao planejamento normativo e restrito às tecnoburocracias deu origem ao enfoque estratégico de planejamento, que valoriza o diagnóstico ou a análise situacional como ponto de partida para o planejamento, o planejamento como um processo social e político amplo e o plano como um instrumento de aposta para o futuro<sup>2</sup>.

A adoção da perspectiva estratégica na América Latina foi limitada, visto que, em muitos países, o fortalecimento do planejamento nacional ocorreu sob regimes autoritários, associado à centralização política e financeira. Ainda assim, alguns apresentaram avanços na construção das bases para o planejamento e alcançaram resultados pontuais.

A partir do final dos anos setenta, as transformações mundiais e o fortalecimento das ideias neoliberais levaram ao questionamento e à crise do Estado interventor<sup>3</sup>, gerando uma crise do planejamento nacional. Após duas décadas de reformas, sobram evidências de que os Estados desempenham um papel fundamental na sustentação do capitalismo e que as políticas adotadas pelos governos têm relevância para a sua inserção no cenário mundial<sup>4</sup>. Nesse contexto, a retomada da discussão sobre a capacidade do Estado e o planejamento nacional é essencial.

Os movimentos relativos ao planejamento estatal repercutem de forma diferenciada entre as políticas sociais, pois tais políticas não são determinadas apenas pela sua inserção estrutural no Estado capitalista. Para a compreensão das funções, organização e estratégias do Estado na área social, é necessário considerar as peculiaridades das políticas sociais que as distinguem nos processos históricos das sociedades<sup>5</sup>.

A trajetória do planejamento em saúde na América Latina, no âmbito teórico e prático, refletiu o cenário geral, a singularidade da saúde como campo de intervenção estatal<sup>2</sup> e as especificidades dos sistemas de saúde dos países.

O Brasil, no século XX, apresentou momentos de fortalecimento e crise do planejamento, com expressões na saúde. Nas últimas décadas, observam-se transformações no modelo de intervenção do Estado e nas políticas setoriais. Nesse sentido, é pertinente a realização de estudos sobre o planejamento nacional em saúde que busquem contribuir para a compreensão das relações entre a ação estatal e as mudanças na política, o que constitui o propósito deste trabalho.

## Metodologia

A pesquisa valorizou a influência da trajetória histórica nos desdobramentos das políticas, o peso das regras que regem a atuação do Estado e a importância dos atores nas políticas públicas, ainda que suas escolhas sejam condicionadas por limites estruturais e institucionais<sup>6,7</sup>.

Foram privilegiadas como categorias de análise a trajetória do planejamento estatal no Brasil, o contexto do Governo Lula, as estratégias e os instrumentos federais de planejamento em saúde de 2003 a 2010. As estratégias de planejamento foram compreendidas como os processos sob condução do Ministério da Saúde relacionados à afirmação de seu papel planejador na política, incluindo a articulação com outros setores e esferas de governo. Já os instrumentos são os dispositivos que materializam a ação planejadora federal, como os planos e pactos formais.

As estratégias metodológicas foram a revisão bibliográfica e a análise documental, com destaque para os planos plurianuais, o Plano Nacional de Saúde, o Pacto pela Saúde e o Mais Saúde. Na análise desses instrumentos, foram consideradas as variáveis propósito, forma/conteúdo e processo de elaboração.

## Notas sobre a trajetória do planejamento nacional no Brasil e suas interfaces com a saúde

Apesar de suas origens serem anteriores, a evolução do planejamento estatal no Brasil esteve, no campo das ideias e das práticas, associada à questão do desenvolvimento e ao fomento da industrialização. Em vários momentos da história da República, observa-se a existência de uma política deliberada que expressou a conversão das ideias em um guia de ação<sup>8,9</sup>.

A trajetória do planejamento estatal nacional sugere como momentos principais: (a) 1889-1929 – origens do planejamento; (b) 1930-1945 – estruturação das bases para o planejamento; (c) 1950-1963 – planejamento desenvolvimentista; (d) 1964-1979 – planejamento autoritário; (e) 1980-1994 – crise do planejamento; (f) 1995-2002 – planejamento gerencialista.

Desde a Primeira República, o positivismo influenciou a difusão das ideias de uma intervenção estatal planejada com o propósito de construção do futuro<sup>8</sup>. A política de defesa do café e da indústria foram peças-chave da modernização<sup>10</sup>. A saúde era uma questão prioritária para o Estado,

dentro de um “projeto civilizatório”, que envolveu a reorganização dos espaços urbanos e rurais e o controle de endemias e epidemias<sup>11</sup>.

Entre 1930 e 1945, no primeiro Governo Vargas, foram montadas as bases de ampliação e racionalização da intervenção do Estado, em geral sob um regime autoritário, com centralização federal e ruptura do pacto federativo anterior. Houve uma reforma administrativa, com criação de novos órgãos e adoção de normas de profissionalização do serviço público, influenciada pelas teorias da administração científica e pela noção weberiana de burocracia<sup>12</sup>.

As reformas também expressaram orientações relativas às atividades-fim do Estado, tendo sido criadas instituições-chave para o desenvolvimento econômico. Na área social, destacaram-se a expansão da legislação trabalhista e a criação em 1930 dos ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio e da Educação e Saúde Pública, inaugurando a trajetória dual da política de saúde<sup>11</sup>. Os instrumentos de planejamento nacional eram fragmentados e os planos se dirigiram para a área de infraestrutura.

O terceiro momento (1950 a 1963) se relacionou ao auge do desenvolvimentismo, em um contexto democrático. No campo das ideias, as principais correntes desenvolvimentistas destacavam a importância do planejamento estatal<sup>9</sup>. Nos governos Vargas e Kubitschek, foram criadas estruturas estatais e implantadas estratégias econômicas relevantes, com mecanismos de “insulamento burocrático” na administração pública<sup>13</sup>. Destaque-se a criação do cargo de Ministro Extraordinário de Planejamento em 1962 e a elaboração de planos de desenvolvimento com ênfase na área econômica e de infraestrutura, embora alguns abordassem setores sociais.

Houve inovações na saúde, com expansão da intervenção do Estado na vertente previdenciária sob um padrão seletivo, heterogêneo, centralizado e fragmentado<sup>14</sup>. Na vertente da saúde pública, foi criado o Ministério da Saúde em 1953, mantendo o foco no coletivo e nas doenças específicas<sup>15</sup>. Ressalte-se a atuação dos sanitaristas-desenvolvimentistas, com a defesa de uma política de desenvolvimento incluyente e articulada a um planejamento nacional de saúde, como expresso na III Conferência Nacional de Saúde em 1963<sup>16</sup>.

O quarto momento corresponde ao período militar (1964-1979), quando foi conduzida uma estratégia de desenvolvimentismo autoritário associada às ideias de segurança nacional e do “Brasil potência”<sup>17</sup>. Na esfera econômica, houve

expansão do intervencionismo estatal por meio do planejamento, financiamento e produção por empresas estatais. No âmbito institucional, resalte-se a reforma administrativa de 1967, com criação de novas formas jurídicas, a expansão das atribuições do órgão federal de planejamento e a criação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada<sup>18</sup>. Elaboraram-se grandes planos de desenvolvimento, sendo que alguns incluíam propostas para a saúde<sup>19</sup>.

A política de saúde expressou os traços gerais do sistema de proteção social em expansão – centralização, fragmentação institucional, privatização<sup>14</sup> –, sendo reiterada a divisão entre as vertentes previdenciária e de saúde pública. A inexistência de uma política de saúde unificada dificultava a afirmação de um planejamento nacional de saúde. As estratégias e instrumentos de planejamento sugeriam uma direcionalidade da política adversa à perspectiva do direito, ainda que tenha havido iniciativas de expansão do acesso no âmbito previdenciário e em programas específicos do Ministério da Saúde.

Um quinto momento é a crise do planejamento (1980-1994) relacionada à crise do Estado, ao questionamento do seu papel interventor e às reformas neoliberais. Os planos de desenvolvimento deram lugar aos de estabilização monetária. A década de noventa foi marcada pela democratização e liberalização econômica<sup>20</sup>. O questionamento do Estado interventor e a ênfase na descentralização e nas privatizações não favoreceram o planejamento nacional integrado e de longo prazo.

Ainda assim, a partir de 1995, configura-se um sexto momento, em que a implantação dos planos plurianuais (PPA) – propostos pela Consti-

tuição de 1988 – traduz a tentativa de aproximação entre planejamento de médio prazo e orçamento federal, retoma conceitos do enfoque estratégico, expressa a influência do planejamento corporativo e a expansão das práticas gerenciais. O núcleo do planejamento passa a ser a definição explícita de objetivos para incidir em problemas selecionados, com tradução das políticas públicas em programas, projetos, indicadores e metas<sup>21</sup>. Ao final da década, observam-se iniciativas de planejamento mais consistentes, bem como a configuração de um “novo intervencionismo regulatório”<sup>22</sup>.

No âmbito da saúde, após o reconhecimento constitucional da saúde como direito, a implantação inicial do Sistema Único de Saúde se deu em um contexto desfavorável à expansão de políticas sociais universalistas. A condução nacional da política de saúde foi unificada no Ministério da Saúde, cujo modelo de intervenção expressou uma fragilidade do planejamento integrado e a preponderância de estratégias de curto prazo. Apesar de os planos serem previstos nas leis da saúde como instrumentos de gestão das três esferas de governo, durante os anos noventa, o Ministério da Saúde não elaborou um plano nacional de saúde que explicitasse o diagnóstico situacional, diretrizes, prioridades e recursos de forma abrangente. Predominaram projetos por áreas específicas e iniciativas pontuais de coordenação intergovernamental, com base em prioridades ou metas acordadas. Em face da intensidade da descentralização, observou-se a ênfase na regulação dos sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais<sup>23</sup>.

O Quadro 1 resume os momentos históricos relevantes para o planejamento estatal no Brasil e suas interfaces com a saúde.

**Quadro 1.** Trajetória do planejamento estatal no Brasil e interfaces com a saúde no período de 1889 a 2002.

<b>Momentos relevantes</b>	<b>Contexto político nacional</b>	<b>Modelo de desenvolvimento/política econômica</b>	<b>Principais instrumentos de planejamento estatal</b>	<b>Sistema de proteção social</b>	<b>Marcos e iniciativas da saúde</b>
1889-1929 Origens do planejamento	Primeira República: projeto civilizatório e construção do Estado; peso militar; influência do positivismo; repressão.	- Liberalismo excludente; - “Ordem e progresso”; - Política de defesa do café; - Início da industrialização; - Modernização autoritária.	- Sem registro de planos integrados.	- Organização inicial de Caixas de Aposentadorias e Pensões - Lei Eloy Chaves	Higienismo e movimento sanitário - institucionalização das ações de Saúde Pública; reforma urbana, saneamento rural e controle de doenças.

continua

Quadro 1. continuação

Momentos relevantes	Contexto político nacional	Modelo de desenvolvimento/ política econômica	Principais instrumentos de planejamento estatal	Sistema de proteção social	Marcos e iniciativas da saúde
1930-1945 Estruturação das bases para o planejamento	Primeiro Governo Vargas: Governo provisório (1930-34), Governo Constitucional (1934-37), Estado Novo ditatorial (1937-45).	- Projeto nacionalista e estatista; - Impulso à industrialização: protecionismo e papel do Estado nas linhas de crédito e na infraestrutura industrial; - Conformação de órgãos e burocracia estatal (ex.: DASP).	Ênfase nos planos de infraestrutura: - Plano Especial de Obras Públicas e Defesa Nacional (1939) - Plano de Obras e Equipamentos (1944)	- Legislação trabalhista - Conformação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)	Criação de: Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) - controle de doenças específicas; Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) – assistência médica previdenciária (IAP)
1950-1963 Planejamento desenvolvimentista	- Alternância de governos (Dutra, Vargas, Café Filho, JK, Jânio, Jango); - “Anos Dourados” (JK): crescimento e esperança; - Momentos de instabilidade (suicídio de Vargas, renúncia de Jânio); - Curto período parlamentarista.	- Auge do desenvolvimentismo; - Alternância de fases que privilegiaram ajuste (Dutra, Jânio) ou expansão da atuação do Estado voltada para investimentos e crescimento (Vargas, JK); - Criação de estruturas importantes: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), Petrobrás, outras estatais; - Criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE).	- Plano Salte (Final Governo Dutra - 1950): ênfase em transportes e energia, visando à industrialização; aborda setores de saúde e alimentação, diferenciando saúde pública e saúde individual; - Plano de Metas (Governo JK -1956): energia, transportes, indústria de base, os setores de alimentos e educação correspondiam a 6,5% dos recursos. Sem proposta para a saúde; - Plano Trienal (Governo Jango- 1963): visava ao crescimento com melhoria de condições de vida (ênfase distributiva). Educação, pesquisa e saúde pública eram áreas-chave. A saúde deveria integrar-se ao desenvolvimento, que objetivava o aumento da produção e da disponibilidade de bens e serviços para a população, incluindo os de saúde.	- Expansão de algumas políticas sociais; - Agenda de reformas de base (Governo Jango) - Políticas de aumentos salariais (em alguns momentos)	- Dicotomia das políticas de saúde - Criação do Ministério da Saúde em 1953 - acentua caráter estratégico no combate de grandes males. - Difusão das ideias dos sanitaristas-desenvolvimentistas: saúde adquire significado econômico, político e ideológico (III Conferência Nacional de Saúde - 1963)

Quadro 1. continuação

Momentos relevantes	Contexto político nacional	Modelo de desenvolvimento/ política econômica	Principais instrumentos de planejamento estatal	Sistema de proteção social	Marcos e iniciativas da saúde
1964-1979 Planejamento autoritário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regime militar ditatorial, com diferentes fases;</li> <li>- Nacionalismo, ênfase na segurança nacional e no “Brasil potência”;</li> <li>- Governo Médici: “milagre econômico” e endurecimento político;</li> <li>- Governo Geisel: restrição aos direitos civis e políticos; lema da “abertura lenta, gradual e segura”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimentismo autoritário;</li> <li>- Busca de fortalecimento do planejamento em médio e longo prazo (aumento de atribuições do MP - SEPLAN e criação do IPEA);</li> <li>- Consolidação do parque de empresas estatais;</li> <li>- Alternância de políticas de investimentos e de estabilização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Ação Estratégica de Governo (1964): foco na atenuação da inflação; Valorização da educação, saúde e saneamento, previdência social, questão regional. Mantém visão dicotômica da saúde e caráter privatista da organização médico-hospitalar;</li> <li>- Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968): retomada do desenvolvimento. Persiste visão dicotômica da saúde. Na saúde pública, foco no combate às doenças endêmicas. Acentua caráter privado da saúde individual. Dedicar subitem à infraestrutura de saúde (pesquisa e assistência farmacêutica);</li> <li>- Metas e Bases para Ação do Governo (1971)- ênfase na educação, saúde, saneamento, desenvolvimento científico e tecnológico e fortalecimento da indústria nacional. Propostas para a saúde pública e medicina previdenciária;</li> <li>- I Plano Nacional de Desenvolvimento – PND (1972): visava ao crescimento a altas taxas e expansão industrial. Prioridades nacionais: habitação e educação. Pouco se refere à saúde. No Plano para Ciência e Tecnologia (I PBDCT), há propostas para produção de vacinas e medicamentos;</li> <li>- II PND (1974): ênfase na empresa nacional e na política de desenvolvimento social. Revisa a política anterior do ‘crescimento’. Pouca menção à saúde, mas o II PBDCT refere-se a pesquisas de saúde pública.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansão do sistema de proteção social centralizado, fragmentado e com distorções no financiamento e prestação.</li> <li>- Reorganização da previdência (unificação dos IAPs no INPS; conformação do SINPAS e do INAMPS)- Fases de arrocho salarial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansão da medicina previdenciária e diminuição relativa do orçamento de saúde pública</li> <li>- Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) – reitera fragmentação entre vertentes previdenciária e de saúde pública</li> <li>- Ministério da Saúde:</li> <li>- Plano Leonel Miranda (1967)</li> <li>- enfoque restrito e privatizante;</li> <li>- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976) - buscava estender serviços de atenção básica no Nordeste do país.</li> <li>- Vertente previdenciária:</li> <li>- Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social;</li> <li>- Plano de Pronta Ação (1974)</li> <li>- expansão da cobertura em saúde;</li> <li>- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974)</li> <li>- recursos para a construção de hospitais privados.</li> </ul>

continua

Quadro 1. continuação

Momentos relevantes	Contexto político nacional	Modelo de desenvolvimento/ política econômica	Principais instrumentos de planejamento estatal	Sistema de proteção social	Marcos e iniciativas da saúde
1980-1994 Crise do planejamento estatal	Crise do Estado e democratização: - Nova República; - Assembléia Constituinte e Constituição de 1988; - Governo Collor (1990-1992): liberalização econômica, instabilidade e <i>impeachment</i> ; - Governo Itamar (1993-1994): transição.	Anos 1980: crise do desenvolvimentismo conservador - Ênfase no controle da inflação e estabilização Anos 1990: hegemonia do modelo neoliberal - Predomínio de políticas de curto prazo, controle da inflação, ajuste fiscal, abertura econômica, privatizações de empresas estatais; Plano Real (1994)	Anos 1980: - III PND (implantação limitada); - Vários planos de estabilização monetária; - Constituição de 1988: planos plurianuais (PPA) - instrumentos de planejamento de médio prazo, que buscam a articulação entre planejamento e orçamento. Os PPA compreendem diretrizes estratégicas e programas referentes às várias políticas; - PPA 1991-1995: feito para cumprir exigência constitucional – implantação limitada, em face da instabilidade política e econômica.	Anos 1980: - Expansão fragmentada e reestruturação progressista de algumas políticas 1990-1994: - Contenção de gastos sociais; - Obstrução à lógica constitucional da Seguridade Social	Anos 1980: - Universalização gradativa da assistência à saúde; - Reconhecimento do direito à saúde e unificação do sistema (Sistema Único de Saúde-SUS) 1990-1994: - Leis da Saúde - Início da implementação do SUS - Ênfase na descentralização político-administrativa - Dificuldades no financiamento
1995-2002 Planejamento gerencialista	- Governos Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002): democratização, liberalização e maior estabilidade econômica e política.	Predomínio do liberalismo econômico: - Projeto de inserção do país em um cenário mundial competitivo; - Prossegue ênfase na estabilidade econômica, abertura de mercados, privatizações; - Fragilidade da política industrial; - Reformas constitucionais; - Reforma do aparelho do Estado; - Descentralização, redução do funcionalismo, ênfase no “Estado gerencial”, criação de agências reguladoras.	- PPA 1996-1999: consolidação da estabilidade; retomada dos investimentos seria consequência. Visa à construção de Estado moderno e eficiente; redução dos desequilíbrios espaciais e sociais; modernização produtiva. Conceitos como eixos nacionais de integração e projetos estruturantes; Saúde: redução da mortalidade infantil e acesso da população a serviços básicos de saúde; - Projeto Brasil 2020 (1998): construção de cenários visando à orientação estratégica de longo prazo; - PPA 2000-2003: aumento da competitividade da economia; ênfase na gestão por resultados; Saúde: qualidade e eficiência do SUS; Saúde da Família, da mulher; redução da mortalidade infantil; profissionalização da enfermagem.	- Avanços institucionais em algumas políticas- Expansão das políticas assistenciais, com destaque para as de transferência de renda.	- Descentralização sob regulação federal (normas e portarias, incentivos financeiros). - Instrumentos de planejamento: planos anuais, projetos temáticos. - Iniciativas de pactos intergovernamentais baseados em prioridades negociadas (Agenda de Saúde, Pacto de Atenção Básica, Programação da Vigilância Epidemiológica).

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de diversas referências.

## O contexto do governo Lula e o planejamento

Ainda que o governo Lula não tenha trazido rupturas radicais no modelo de atuação do Estado, é possível identificar elementos de mudança, com expressão no planejamento.

No plano econômico, no primeiro mandato (2003-2006), instaurou-se um modelo híbrido, caracterizado pela combinação de mecanismos de mercado e forte coordenação estatal. Houve esforços de manutenção da estabilidade associados à implantação de políticas seletivas de desenvolvimento industrial e apoio às empresas nacionais. Ressalte-se a revalorização do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), como protagonista de investimentos voltados para o setor privado, inserido em uma política de fomento à indústria, à inovação tecnológica e ao comércio exterior<sup>24</sup>. Em 2007, no início do segundo mandato, em face da promessa de enfatizar as políticas de desenvolvimento, foi lançado o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), um programa que envolve medidas econômicas e investimentos em infraestrutura<sup>25</sup>.

Em relação à proteção social, há autores que ressaltam continuidades em relação aos anos noventa<sup>26</sup> ou que advertem para a persistência de distorções estruturais e da não integração entre as políticas da seguridade social, o que prejudicaria a concretização da universalidade<sup>27</sup>. Um estudo recente identifica diferentes institucionalidades da política social no período, com um momento de transição no primeiro governo e a conformação de uma “institucionalidade neo-desenvolvimentista” no segundo governo Lula<sup>28</sup>.

Em que pesem as controvérsias, observa-se a implantação uma agenda social que tem contribuído para avanços no âmbito da cidadania, destacando-se as políticas voltadas para os pobres (principalmente o Programa Bolsa Família) e as orientadas para grupos específicos. No entanto, persistiu a evolução fragmentada de políticas sociais, com iniciativas rarefeitas de coordenação governamental, em comparação à complexidade e ao adensamento institucional das áreas específicas.

No âmbito do planejamento, a partir de 2003, foram adotadas iniciativas ligadas ao gabinete presidencial e à Casa Civil, que deveriam ser conduzidas em conjunto com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em articulação com os ministérios setoriais. Uma delas foi a definição de uma agenda estratégica, que envolveu a identificação pelos ministérios de mais de duas iniciativas prioritárias e a posterior sele-

ção de 45 metas prioritárias pela alta direção de governo. Destaque-se ainda o projeto “Brasil em 3 Tempos” (2007, 2015, 2022) que, além de incluir análise situacional, construção de cenários, busca de soluções estratégicas e monitoramento, procurava valorizar o plano como processo e a pactuação nacional<sup>29</sup>.

Observa-se também, a partir de 2003, uma recomposição de quadros de servidores na administração federal<sup>30</sup>, diferenciada por áreas.

## O planejamento em saúde de 2003 a 2010: estratégias e instrumentos

As estratégias de planejamento em saúde no período tiveram propósitos variados e se expressaram em instrumentos de planejamento específicos. A articulação entre planejamento e orçamento se deu, como nos anos noventa, por meio dos PPA (2004-2007 e 2008-2011). Esses PPA, elaborados sob um mesmo presidente, apresentaram diferenças quanto à orientação da estratégia de desenvolvimento. Enquanto o primeiro enfatizou a redução da desigualdade e maior inclusão social, o segundo apresentou orientação fortemente econômica, visando à aceleração do crescimento.

Estas diferenças refletiram na saúde, visto que os PPA influenciaram, em cada mandato, as estratégias e instrumentos de planejamento de iniciativa do Ministério da Saúde. O fortalecimento da função planejadora federal, em uma perspectiva mais integrada e debatida entre áreas, foi buscado por meio da construção de um Plano Nacional de Saúde (2004-2007). A valorização da coordenação intergovernamental para o alcance de prioridades da política se traduziu na elaboração do Pacto pela Saúde (2006). Por fim, o esforço de inserção da saúde em um projeto de desenvolvimento em transformação se expressou na construção do plano Mais Saúde (2008-2011).

### O planejamento em saúde no primeiro governo Lula

O PPA 2004-2007 foi elaborado em um contexto de relativa estabilidade econômica e política, com a participação da sociedade civil e esferas de governo na definição de objetivos e prioridades. Tal PPA propunha a integração de políticas de investimento para o crescimento, políticas sociais e redistribuição de renda, para reduzir as desigualdades e promover a inclusão social<sup>31</sup>.

O plano estabeleceu cinco dimensões (social, econômica, regional, ambiental e democrática) e



três megaobjetivos, que buscavam articular o desenvolvimento econômico ao desenvolvimento social com democracia. Contudo, o plano configurou uma dubiedade de orientação estratégica, pois apesar de assumir como objetivos prioritários a inclusão social e a desconcentração de renda, manteve políticas macroeconômicas de estabilização que restringiam a efetiva consolidação desta diretriz<sup>32</sup>.

Quanto à saúde, o PPA 2004 apresenta diretrizes abrangentes, que reafirmam o direito à atenção integral à saúde e indica a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de financiamento e redução das desigualdades regionais, para ampliar o acesso da população a serviços de qualidade.

O plano define a efetivação da atenção básica articulada aos demais níveis de atenção como meta prioritária e apresenta um conjunto de proposições para cada área – atenção, vigilâncias, ciência e tecnologia, trabalho e educação, participação social – e para programas específicos.

O PPA também estabelece a inserção da saúde num projeto abrangente de inclusão social e a articulação entre as políticas sociais e outras políticas. Assim, são definidos programas e ações intersetoriais em que o Ministério da Saúde assume o papel de um dos executores, junto a outros ministérios.

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde desencadeou a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, que foi balizado pelas diretrizes do PPA em construção. Após várias rodadas de discussão no interior do Ministério e com outros grupos do setor saúde, foi editado em dezembro de 2004 o primeiro Plano Nacional de Saúde do SUS.

No Plano Nacional de Saúde (PNS), foram definidos objetivos voltados à implementação do SUS, tendo como propósito ***promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais***<sup>33</sup>.

O PNS representava para a nova gestão ministerial um plano estratégico que explicitava os resultados de saúde a serem buscados no período do PPA 2004-2007 e foi assumido como um instrumento de referência à atuação dos gestores do SUS. O plano propôs como eixos de orientação, para as esferas municipal, estadual e regional, a redução das desigualdades em saúde, a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção, a redução dos riscos e agravos, a re-

forma do modelo de atenção e o aprimoramento da gestão, financiamento e controle social.

A responsabilidade pela gestão, monitoramento e avaliação do PNS coube à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e cada órgão e entidade federal deveria readequar programas e atividades aos objetivos, diretrizes e metas estabelecidas no plano.

De fato, o PNS foi um instrumento importante e diferente dos apresentados em gestões ministeriais anteriores (agenda de saúde, quadro de metas, planos anuais, projetos temáticos ou relatórios de gestão) porque firmou o compromisso político do gestor federal com a saúde, dando visibilidade às prioridades nacionais de forma mais articulada e orientando os acordos entre os gestores, que seriam retomados em outro instrumento: o Pacto pela Saúde de 2006.

A elaboração do Pacto pela Saúde foi desencadeada a partir da necessidade de mudanças no relacionamento entre as esferas de governo na saúde. Prevalencia entre os dirigentes uma visão crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS anterior, caracterizado por intensa normatização atrelada a incentivos financeiros. Em 2003 e 2004, a discussão esteve voltada para o denominado Pacto de Gestão, com maior ênfase nos aspectos referentes à descentralização, ao financiamento e à regionalização. Em meados de 2005, houve ampliação do escopo da proposta.

Após ampla discussão, o documento contendo as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006–Consolidação do SUS foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde e publicado, incluindo três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>34</sup>. Posteriormente, vários documentos federais descrevem os instrumentos operacionais do pacto e fornecem orientações para políticas específicas.

Em relação ao planejamento, são apresentadas as diretrizes e objetivos do Sistema de Planejamento no SUS, cuja ênfase recai sobre o processo de pactuação intergovernamental e os instrumentos a serem adotados (Planos de Saúde e Programação Pactuada e Integrada). São destacados pontos prioritários, como a adoção do critério de necessidades de saúde para o planejamento e a programação, a adequação de instrumentos e a cooperação entre esferas de governo para o fortalecimento e a equidade no planejamento.

Por fim, o Pacto pela Saúde propõe a formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas de governo por meio da assinatura de termos de compromisso de gestão, que compreendem responsabilidades, objetivos e metas associados a

indicadores de monitoramento. A adesão aos termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como requisito para transferência de responsabilidades e recursos.

Ressalte-se que o Pacto pela Saúde representa uma inflexão na forma de atuação federal e nas relações federativas no SUS, acentuando a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde. Além disso, a concepção de regionalização embutida no pacto representa um “novo ciclo” da descentralização da saúde no Brasil<sup>35</sup>. Ao mesmo tempo em que resgata seu conteúdo político, admite que a organização espacial do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões. Entretanto, evidenciam-se alguns limites do pacto como um instrumento de planejamento, de indução e ordenação federal de políticas.

Embora a pactuação federativa seja a principal estratégia e o eixo transversal das proposições do pacto, a base para a elaboração dos compromissos é a expectativa de solidariedade entre os entes e não o planejamento nacional, estadual ou local. Um dos pontos frágeis da proposta, portanto, é o descolamento entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental. Isso é evidenciado pela limitada ênfase no diagnóstico, como condição prévia à formalização de compromissos entre os gestores, pelas dificuldades de adaptação dos processos de pactuação e definição de prioridades a cada realidade situacional<sup>36</sup> e pela indefinição das estratégias e instrumentos para o alcance das metas (investimentos, incorporação e regulação tecnológica, garantia de recursos humanos capacitados, protocolos de atenção e mecanismos de assegurar o acesso, entre outros).

Outro aspecto refere-se à relação entre o processo de celebração dos pactos e o modelo de intervenção federal. Esta relação poderia ser aprimorada, com maior valorização do planejamento nacional, que não se restringe à coordenação de um processo “de base local e ascendente”, visto que existem atributos próprios do planejamento em cada âmbito territorial.

Por fim, não estão claras as relações entre os processos de regionalização e de celebração dos pactos, visto que, nas bases atuais, este último pode ocorrer sem que o primeiro seja de fato fortalecido. Os Colegiados de Gestão Regional, em implantação nas regiões de saúde intraestaduais, ainda não apresentam estrutura e recursos que permitam o desenvolvimento de parce-

rias e a resolução de conflitos federativos. Falta avançar nos instrumentos de planejamento, regulação e financiamento propostos para a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais.

### O planejamento em saúde no segundo governo Lula

O PPA 2008-2011 insere-se num contexto de continuidade de governo e num cenário econômico favorável ao crescimento, que exigia políticas de investimento e de expansão econômica. O plano propõe três eixos estratégicos: crescimento econômico, com a definição do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), educação de qualidade, com o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e a agenda social.

Na agenda social, identifica-se a ênfase em políticas de investimento articuladas ao PAC: *a Agenda Social priorizará iniciativas voltadas para a acessibilidade na habitação de interesse social, nos transportes e nas escolas; atendimento de reabilitação e concessão de órteses e próteses no Sistema Único de Saúde (SUS); educação inclusiva e inserção no mercado de trabalho*<sup>37</sup>.

A orientação para a saúde mantém a tônica na expansão da atenção básica (ampliação das equipes de saúde da família e saúde bucal), indicando como desafio a melhoria do SUS. O plano difere bastante do PPA anterior, com um diagnóstico tímido dos desafios do setor e com pequena articulação com outras áreas e políticas de governo.

Sem dúvida, o eixo mais valorizado do PPA 2008 é o PAC, lançado no início de 2007 como marco da busca de um novo modelo de desenvolvimento no segundo governo Lula. No rastro do PAC, alguns ministérios formularam propostas setoriais. O Ministério da Educação lançou o Plano de Desenvolvimento da Educação no primeiro semestre de 2007, possibilitando que este fosse incluído no PPA.

Já o Ministério da Saúde, apesar de ter desencadeado o processo de formulação do “PAC-Saúde” no primeiro semestre, só conseguiu lançá-lo em dezembro de 2007, após a divulgação do PPA. O processo de planejamento envolveu a mobilização das áreas do ministério para a proposição de medidas e metas objetivas, sob coordenação da Secretaria Executiva e com o apoio de consultoria externa, bem como a montagem de um sistema de monitoramento.

O plano, intitulado “Mais Saúde - Direito de Todos”, destaca em suas diretrizes que a saúde

possui duas dimensões que se associam a uma nova aposta de desenvolvimento para o Brasil: a de proteção social e a econômica. Compreende uma proposta ousada de articular a reforma sanitária brasileira e a consolidação de um sistema de saúde universal com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. Valoriza a promoção da saúde, a intersectorialidade e o fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde para tal transformação. Ressalta ainda a importância da coordenação federativa, com menção ao Pacto pela Saúde e à regionalização. Por fim, aponta a necessidade de equacionar a situação de subfinanciamento do SUS para que tais diretrizes sejam alcançadas<sup>38</sup>.

As propostas para o setor são apresentadas inicialmente em sete eixos (Tabela 1). Ressalte-se que a Fundação Nacional da Saúde havia se antecipado e divulgado em setembro de 2007 o PAC-FUNASA, contendo propostas de saneamento básico que se aproximavam da lógica de infraestrutura do PAC geral e que destacavam grupos específicos valorizados na agenda social do governo (indígenas, quilombolas). Tais ações foram incorporadas a edições posteriores do Mais Saúde.

Em cada eixo, são propostas medidas e metas físicas e financeiras, com explicitação do orçamento assegurado e de recursos para “expansão” de ações, que foram negociados com a área econômica. A Tabela 1 mostra que 86% dos recursos do plano se referiam ao eixo de atenção à saúde e que os eixos que mais dependeriam de novos recursos seriam a promoção da saúde, o complexo industrial da saúde e a cooperação internacional.

O Mais Saúde é o principal instrumento de planejamento da saúde no segundo governo Lula, bastante vinculado ao projeto do então Ministro da Saúde, de expansão de ações e de busca de uma nova inserção da saúde em um modelo de desenvolvimento em transformação. No entanto, duas limitações podem ser apontadas.

A primeira é que nem todos os eixos do documento apresentam a mesma abrangência e traduzem de forma igualmente consistente as políticas sob condução das áreas específicas. A segunda e mais decisiva é que o plano foi lançado no mês em que o Congresso Nacional decidiu pela não aprovação da continuidade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o que comprometeu sua execução, particularmente no que concerne à expansão de ações. Isso foi enfatizado pela cúpula do Ministério da Saúde ao final de 2009, quando foi lançada a terceira versão do Plano, que explicita ações prioritárias em face das restrições orçamentárias<sup>39</sup>.

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos instrumentos de planejamento em saúde analisados.

### Considerações finais

O Brasil apresenta uma longa história de planejamento estatal, embora sob um modelo específico, caracterizado pela centralização federal e por longos períodos de autoritarismo. Foi no âmbito da industrialização que o planejamento teve indubitável destaque, embora se registrem estratégias de planejamento em outras políticas. A partir dos anos oitenta, houve uma fragilização do planejamento nacional em função da crise do Estado.

**Tabela 1.** Previsão orçamentária inicial do Mais Saúde 2008-2011, por eixos.

Eixos	Assegurado(R\$)	Expansão(R\$)	Total(R\$)	% Expansão/ Total Eixo	% do Eixo/ Total Plano
Promoção da saúde	531.080.890	1.675.052.481	2.206.133.371	75,9	2,4
Atenção à Saúde	60.098.608.401	20.310.278.055	80.408.886.456	25,3	86,0
Complexo Industrial da Saúde	1.159.213.000	854.695.652	2.013.908.652	42,4	2,2
Força de Trabalho em Saúde	1.734.180.000	824.864.343	2.559.044.343	32,2	2,7
Qualificação da gestão	1.339.350.000	603.634.813	1.942.984.813	31,1	2,1
Participação social	267.000.000	29.450.870	296.450.870	9,9	0,3
Cooperação internacional	15.000.000	43.100.000	58.100.000	74,2	0,1
Saneamento*	4.000.000.000	0	4.000.000.000	0,0	4,3
<b>Total</b>	<b>69.144.432.291</b>	<b>24.341.076.214</b>	<b>93.485.508.505</b>	<b>26,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde<sup>38</sup>.

\* Nota: Na 1ª edição do Mais Saúde, de 2007, não consta o Saneamento. Na 2ª edição, de 2008, utilizada para construção da tabela, o PAC-Saneamento aparecia como anexo. Na 3ª edição, de 2009, o Saneamento é incorporado como eixo.

**Quadro 2.** Instrumentos federais de planejamento em saúde no período de 2003 a 2010.

Instrumento	Propósito	Forma/Conteúdo	Processo de elaboração
PPA 2004-2007 Brasil de todos: participação e inclusão	Estratégia de desenvolvimento de longo prazo sob quatro eixos: 1. Inclusão social e desconcentração de renda com vigoroso crescimento do produto e do emprego; 2. Crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e por elevação da produtividade; 3. Redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; 4. Fortalecimento da cidadania e da democracia.	<b>Orientação estratégica de governo</b> Megaobjetivo I- dimensão social: visa à redução das desigualdades sociais e a inclusão social; Megaobjetivo II – dimensões econômica, regional e ambiental: visa ao crescimento com geração de renda e emprego, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais; Megaobjetivo III- dimensão democrática: visa à expansão da cidadania e o fortalecimento da democracia. <b>Orientação estratégica do Ministério da Saúde</b> Promover a atenção integral à saúde, aprimorando os mecanismos de financiamento, reduzindo as desigualdades regionais e ampliando o acesso da população a ações e serviços de qualidade e humanizados, com as metas: - efetivar a atenção básica como estratégia de acesso do cidadão ao SUS; - reorganizar os hospitais com a inversão da lógica de pagamento por procedimentos para a de agravos prioritários e a estruturação de uma rede de atenção às urgências e emergências; - estímulo a modelos alternativos de atenção especializada, evitando a fragmentação da atenção e as intervenções desnecessárias.	Participação da sociedade civil e das esferas de governo: 1- fóruns de participação social em todas as UF; 2- reuniões no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social; 3- reuniões gerais e regionais com os secretários de planejamento dos estados; 4- reuniões com os conselhos de classe e representantes da sociedade civil patrocinadas pelos ministérios específicos.
PNS 2004-2007 Um pacto pela saúde no Brasil	Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para 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; Indica necessidade de uma agenda estratégica para a melhoria da saúde no país com: - revisão do modelo de financiamento; - definição de uma política de investimento direcionada para a redução das desigualdades no Brasil; - efetivação de um pacto de gestão entre os gestores das três esferas.	Eixos de orientação para a discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e regional: 1. Redução das desigualdades em saúde; 2. Ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; 3. Redução dos riscos e agravos; 4. Reforma do modelo de atenção; 5. Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social. Esta definição de prioridades indica a responsabilidade de cada esfera de governo e a necessidade de recursos. Exige um ambiente de efetiva pactuação entre União, estados e municípios, na lógica do estabelecimento de um pacto de gestão, com a revisão do processo de gestão e da relação intergestores, afirmando compromissos entre gestores e a responsabilidade sanitária.	Processo de construção envolvendo amplo conjunto de atores: 1- Seminário com técnicos do MS, CNS, CONASS, CONASEMS, MPOG e outras áreas do governo federal; 2- Pesquisa junto a participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde para sugestões de prioridades e opiniões; 3- Discussão nos colegiados e fóruns internos do MS, CIT e CNS; 4- Elaboração de pré-proposta do plano com base em 12 CNS, Projeto Saúde 2004 e PPA Governo Federal; 5- Nova rodada de discussão dos órgãos e entidades do MS; 6- Oficinas de trabalho macrorregionais com técnicos e gestores das três esferas de governo na saúde; 7- Proposta encaminhada para o CNS em agosto de 2004.

continua

Quadro 2. continuação

Instrumento	Propósito	Forma/Conteúdo	Processo de elaboração
Pacto pela Saúde Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	Corresponde ao pacto firmado entre os três gestores do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.	Inclui três dimensões: - Pacto pela Vida: corresponde à definição de prioridades sanitárias, que se traduzem em objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população, a serem acordadas pelas três esferas de governo; - Pacto em Defesa do SUS: indica a necessidade de um movimento político amplo, explicitando iniciativas e ações para garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária, que transcendam os limites setoriais e aumentem a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade; - Pacto de Gestão: dimensão com maior densidade e detalhamento, estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.	Processo de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. O documento final foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.
PPA 2008-2011 Desenvolvimento com inclusão social e educação de qualidade	Acelerar o crescimento econômico, promover a inclusão social e reduzir as desigualdades regionais; Três agendas prioritárias: o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e a Agenda Social.	Para viabilizar a estratégia de desenvolvimento, prioriza: - as políticas públicas voltadas para o crescimento e a promoção da distribuição de renda; - a elevação da qualidade da educação; - o aumento da produtividade e da competitividade; - a expansão do mercado de consumo de massa; - a utilização da diversidade dos recursos naturais de forma sustentável; - a melhoria da infraestrutura, inclusive urbana (e regiões metropolitanas); - a redução das desigualdades regionais; - a segurança e o fortalecimento da democracia e da cidadania. <b>Orientação política para a saúde</b> Desenvolver as políticas setoriais de saúde e também buscar o esforço coordenado de vários órgãos governamentais e da sociedade para garantia da saúde - políticas de inclusão social, de educação, de segurança no trabalho, de esportes e cultura, de segurança pública, de organização do espaço urbano, de trânsito e transporte.	O processo contou com a participação de segmentos representativos da sociedade em quarenta conferências sobre diversas políticas públicas, numerosos fóruns e conselhos.

continua

No caso da saúde, a trajetória fragmentada da política não possibilitava o planejamento nacional integrado. Com a instituição do Sistema

Único de Saúde em 1988, previa-se um fortalecimento do planejamento público que foi, no entanto, prejudicado pelo contexto de reformas do

Quadro 2. continuação

Instrumento	Propósito	Forma/Conteúdo	Processo de elaboração
Mais Saúde – Direito de Todos - 2008-2011	<p>Articular a reforma sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade, visando à melhoria das condições de saúde dos cidadãos. Diretrizes estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avançar na consolidação de um sistema público, equânime e universal;</li> <li>2. Consolidar ações de promoção da saúde e intersectorialidade;</li> <li>3. Priorizar objetivos do Pacto pela Vida;</li> <li>4. Aprofundar a regionalização, a participação social e relação federativa;</li> <li>5. Fortalecer o complexo produtivo e de inovação em saúde;</li> <li>6. Dar um salto de qualidade na gestão e produção de serviços de saúde;</li> <li>7. Equacionar a situação de subfinanciamento do SUS.</li> </ol>	<p>Inicialmente organizado em sete eixos, depois incorpora o saneamento. Cada eixo compreende medidas e metas físicas e financeiras.</p> <p>Eixo 1 – Promoção da Saúde: pressupõe convergência de políticas econômicas e sociais, articulação no governo federal e com outras esferas; seria um eixo transversal aos demais;</p> <p>Eixo 2 – Atenção à Saúde: envolve atenção básica, média e alta complexidade, regulação da assistência médica suplementar, vigilâncias. Compreende o maior número de medidas e mais de 85% dos recursos;</p> <p>Eixo 3 – Complexo industrial à saúde: visa dotar o país de uma base produtiva e de conhecimento para garantir capacidade de atendimento integral à saúde. Eixo muito valorizado e com expectativa de expansão;</p> <p>Eixo 4 – Força de trabalho em saúde: qualificação dos profissionais, expansão e adequação dos contratos de trabalho;</p> <p>Eixo 5- Qualificação da gestão: preocupação com modernização do Estado e com coordenação das ações no arranjo sistêmico da saúde;</p> <p>Eixo 6 – Participação e controle social: voltado para fortalecer os conselhos de saúde, ouvidoria e divulgação de direitos dos usuários;</p> <p>Eixo 7 - Cooperação internacional: visa ao fortalecimento do Brasil no cenário internacional da saúde;</p> <p>Eixo 8 – Saneamento: engloba áreas indígenas e quilombolas, áreas de interesse epidemiológico (doença de Chagas e malária), pequenos municípios, áreas rurais, controle de qualidade da água e reciclagem.</p>	<p>Parte das diretrizes do governo Lula e das prioridades da nova gestão ministerial. O Plano foi elaborado ao longo de 2007, sob coordenação da Secretaria Executiva, com participação de consultoria externa. O processo envolveu rodadas de discussão para a definição de medidas e metas nas várias áreas do Ministério da Saúde. Houve ênfase na montagem de um sistema de gestão e monitoramento.</p> <p>No segundo semestre de 2007, houve apresentação da proposta na CIT e CNS. O lançamento em dezembro de 2007 envolveu um evento na Presidência da República, com presença da cúpula do governo, diversos ministros e representantes do setor saúde. As medidas de saneamento foram preparadas separadamente e lançadas como “PAC-FUNASA”, em setembro de 2007. Na 2ª edição do Mais Saúde, o Saneamento entra como Anexo e na 3ª, como Eixo 8.</p>

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos documentos oficiais.

Estado dos anos noventa. Somente ao final daquela década, houve uma retomada de estratégias mais consistentes de planejamento estatal, com iniciativas também na saúde.

No período correspondente ao Governo Lula (2003 a 2010), há uma valorização do planejamento estatal, que parece influenciar positivamente as iniciativas setoriais de planejamento. Ressalte-se o desafio de fortalecer o planejamento nacional em um contexto democrático e federativo, o que implica debates e formação de consensos entre grupos sociais e esferas de governo.

As estratégias de planejamento adotadas pelo Ministério da Saúde no período refletiram elementos do contexto geral (a lógica do planejamento estatal no país, a conjuntura do governo Lula) e as peculiaridades da saúde (a especificidade do campo, a trajetória da política, o *modus operandi* do Ministério e a orientação política das gestões ministeriais).

Observa-se um adensamento das estratégias e instrumentos de planejamento nacional em saúde, como uma tentativa de dar direcionalidade à política. O Ministério da Saúde procurou fortalecer o

seu papel por meio do planejamento, compreendido como um processo técnico-político e social, que requer o envolvimento de vários atores.

Ademais, foram identificados dois momentos no que concerne ao planejamento federal em saúde. O planejamento em saúde no primeiro governo (2003 a 2006) é marcado por uma orientação democrática e gerencialista, envolvendo ao mesmo tempo um intenso processo de debate interno ao Ministério e com outros atores (do governo federal, de outras esferas de governo) e o esforço de tradução das prioridades políticas em metas objetivas. No período correspondente ao segundo governo (2007-2010), a orientação gerencialista se mantém e observa-se um movimento setorial de atrelar a política de saúde ao debate do modelo de desenvolvimento, com repercussões incertas. Por outro lado, o processo de planejamento não expressa tão fortemente a adoção de mecanismos participativos amplos, marcante no período anterior.

Em que pesem os avanços observados, o planejamento em saúde no período expressa fragilidades. Algumas delas se relacionam à complexidade do campo e da condução nacional de uma política de implementação descentralizada: as limitações na realização de uma adequada análise situacional, a escassez de mecanismos de coordenação, diante de uma grande variedade de

ações e metas, as dificuldades na definição de atribuições positivas para o gestor federal e os conflitos federativos relacionados à centralização-descentralização.

Porém, as maiores fragilidades remetem a fatores de ordem geral, que sinalizam um lugar modesto da política de saúde no modelo de desenvolvimento. Um deles é a não regulamentação do financiamento da saúde, que tem comprometido as propostas delineadas nos instrumentos setoriais de planejamento. Outro é o caráter delimitado das prioridades governamentais para o setor e o pouco enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde, como as distorções nas relações público-privadas e as imensas desigualdades em saúde.

Por fim, ressalte-se a fragilidade da lógica territorial no planejamento em saúde, que reflete um fenômeno mais geral de limitada apropriação da dimensão territorial no planejamento nacional. É premente a retomada da abordagem territorial com vistas à formulação de políticas diferenciadas segundo necessidades regionais e a realização de investimentos para a redução das desigualdades em saúde. Em um país imenso, heterogêneo e desigual, essas são questões críticas a serem enfrentadas para que o planejamento seja uma prática transformadora da realidade social.

## Colaboradores

CV Machado, TW Baptista e LD Lima foram responsáveis pela concepção, desenvolvimento, redação e revisão do artigo.

## Agradecimentos

O desenvolvimento da pesquisa foi favorecido pelo apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PA-PES-FIOCRUZ).

## Referências

1. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. *Debates sobre Planejamento*. Rio de Janeiro: Forum/Hachette; 1974.
2. Rivera FJU, Matus C, Testa M, organizadores. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.
3. Evans P. O Estado como problema e solução. *Lua Nova* 1993; 28/29:107-156.
4. Fiori JL. *O poder global e a nova geopolítica das nações*. São Paulo: Boitempo; 2007.
5. Lenhardt G, Offe C. Teoria do Estado e política social. In: Offe C, organizador. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. p.10-53.
6. Thelen K, Steinmo S, editors. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

7. Pierson P. *Politics in time*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
8. Fonseca PCD. Gênese e precursores do desenvolvimentismo no Brasil. *Pesquisa & Debate* 2004; 15(26):225-256.
9. Bielschowsky RA. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2004.
10. Arias Neto JM. Primeira República: economia cafeeira, urbanização e industrialização. In: Ferreira J, Delgado LAN, organizadores. *O Brasil Republicano. 1: O tempo do liberalismo excludente*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p.191-229.
11. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.
12. Warhlich B. *Reforma administrativa na Era Vargas*. Rio de Janeiro: FGV; 1983.
13. Nunes E. *A gramática política do Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
14. Draibe SM. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. [site da Internet] [acessado 2010 jan]. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=82>
15. Hamilton W, Fonseca C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2003; 10(3):791-825.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório da Terceira Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
17. Souza AR. As trajetórias do planejamento governamental no Brasil: meio século de experiências na administração pública. *Rev Serv Publico* 2004; 55(4):5-28.
18. Araújo MC, Castro C, organizadores. *Tempos modernos. João Paulo dos Reis Velloso: memórias do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
19. Pena MVJ. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. *Dados* 1977; 16:69-96.
20. Sallum Jr. B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: Sallum Jr. B, organizador. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: EDUSC; 2004. p. 47-77.
21. Vaz JC. O monitoramento do planejamento governamental em ambientes complexos. In: Reppetto F, organizador. *Reflexões para a Ibero-América – Planejamento Estratégico*. Brasília: ENAP; 2009. p. 37-44.
22. Boschi R, Lima MRS. O Executivo e a construção do Estado no Brasil. In: Vianna, LW, organizador. *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ; 2003. p.195-253.
23. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):2113-2126.
24. Boschi R. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. *A democracia brasileira*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p. 303-326.
25. Klias P. O início do Segundo Mandato de Lula e o Plano de Aceleração do Crescimento. *Lusotopie* 2007; XIV(2):157-168.
26. Costa NR. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):693-706.
27. Vianna MLW. As batatas de Pirro. Comentários sobre As regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):707-719.
28. Viana AL, Lima LD, organizadores. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. No prelo 2010.
29. Toni J. *Alta direção e planejamento estratégico: o funcionamento do gabinete presidencial como teto à capacidade para governar*. [site da Internet] [acessado 2010 mar 14]. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/044/44ctoni.htm>
30. Moraes MVE, Silva TF, Costa PV. O mito do inchaço da força de trabalho do executivo federal. *Res Pvblica* 2009; 7(2):1-17.
31. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Plano Plurianual 2004-2007: Mensagem Presidencial. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2003.
32. Fiori JL. Notas para um debate democrático sobre o “Plano Plurianual 2004-2007”. *Proposta* 2003; 97:6-11.
33. Brasil. Portaria nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União* 2004; 13 dez.
34. Brasil. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
35. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque M, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspec* 2008; 22(1):92-106.
36. Mattos RA, Robaina JR, Siqueira NN. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, Mattos RA, organizadores. *Atenção básica e integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/Abrasco; 2008. p. 295-312.
37. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano plurianual 2008-2011: projeto de lei*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.
38. Brasil. Ministério da Saúde. *Mais Saúde – Direito de Todos: 2008-2011*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
39. Brasil. Ministério da Saúde. *Mais Saúde – Direito de Todos: 2008-2011*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Artigo apresentado em 29/04/2010

Aprovado em 30/05/2010

Versão final apresentada em 01/06/2010