

Planejamento estratégico e gestão por resultados: uma experiência a partir dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo

Residente: Suellen Decario Di Benedetto

Orientador: Antouan Matheus Monteiro Pereira da Silva

Resumo: A institucionalização e articulação das práticas de planejamento estratégico e gestão por resultados coloca-se, na atualidade da administração pública, como um grande desafio. No caso da Saúde, isso se complexifica diante do número de instrumentos de gestão a serem contemplados, com especial ênfase àqueles que se vinculam ao Sistema Único de Saúde (SUS), condicionado o repasse financeiro ao município. São eles o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Une-se a esse conjunto o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior, relevante para este trabalho. Na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, cabe à Assessoria de Planejamento (Asplan) do Gabinete a coordenação desses e outros instrumentos de planejamento e gestão. Diante disso, o objetivo geral deste estudo foi reconhecer as ações da Asplan em relação ao planejamento estratégico e à gestão por resultados a partir dos instrumentos de gestão do SUS (PMS, PAS e RDQA) do ciclo atual (2022-2025). Para embasamento das discussões foi feita uma revisão de literatura sobre planejamento em saúde e gestão por resultados com foco na administração pública. Em relação à metodologia, optou-se pelo estudo de caso, apoiando-se na produção documental da área, visando subsidiar a construção de referenciais de ação tanto para o planejamento estratégico quanto para a gestão por resultados. Os resultados aqui apresentados reforçam o compromisso da Asplan com esses temas, revelando seus esforços, desafios e limites.

Palavras-chave: Instrumentos de gestão do SUS; Planejamento estratégico; Gestão por resultados

INTRODUÇÃO

As temáticas do planejamento estratégico e da gestão por resultado têm ganhado destaque na administração pública municipal. Para além da sua institucionalização e da definição de atividades a serem cumpridas pelos diversos atores envolvidos com o campo das políticas públicas, trata-se de como articular essas duas dimensões nos diversos órgãos da Prefeitura de São Paulo, considerando a complexidade de um município com essa magnitude. No caso da Saúde, esse desafio é ainda maior por conta da própria estrutura da política de saúde e pelo grande número de instrumentos de gestão a serem contemplados por todos os entes federados.

Para melhor compreensão desses aspectos, é preciso analisar alguns dispositivos legais que se relacionam, direta ou indiretamente, com a temática deste trabalho. O primeiro documento que merece menção é a Lei federal nº 8.080, de 1990, com destaque para o Art. 36, segundo o qual

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Esse artigo define também, em seu parágrafo primeiro, o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial, vinculando-o à transferência de recursos financeiros. Em caráter complementar, a Lei federal nº 8.142, de 1990, estabelece a elaboração dos planos de saúde como elementos condicionantes para o recebimento das transferências do Fundo Nacional de Saúde, tal como disposto em seu Art. 4:

Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária [...];
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle [...];
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Para além dessas legislações que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, vale mencionar outros dois dispositivos. A Portaria nº 3.085, publicada em 2006 pelo

Ministério da Saúde (MS), institui o *PlanejaSUS*, concretizando o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos instrumentos Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). Estes devem, obrigatoriamente, ser compatibilizados com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), todos instrumentos orçamentários.

A Portaria nº 3.332, também publicada pelo MS em 2006, trouxe orientações gerais acerca dos instrumentos de gestão do SUS mencionados acima. Posteriormente, em 2012, a Lei Complementar nº 141, publicada em 2012, revogou essas portarias e consolidou as diretrizes para o planejamento no SUS em um só dispositivo.

Deslocando o olhar para o contexto municipal, tem-se o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o documento central e norteador do planejamento em saúde. Seu ciclo temporal é de quatro anos, correspondendo ao PPA, iniciando-se no segundo ano de gestão do governo. Seu conteúdo deve explicitar os compromissos firmados frente à análise da situação de saúde do município e às necessidades da população, com envolvimento de diversos atores. Para além disso, deve apresentar a definição de diretrizes, objetivos e metas, essas com seus respectivos indicadores.

A PAS, por sua vez, é o instrumento de planejamento que operacionaliza as intenções expressas no PMS, anualizando as metas e prevendo a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, com previsão na LOA. Deve conter a definição das ações que, naquele ano, garantirão o alcance das metas.

O RAG, também elaborado anualmente, é um documento de prestação de contas que traz informações sobre o alcance das metas, através dos indicadores apontados para cada uma delas no PMS. A depender dos resultados alcançados, pode apontar possíveis redirecionamentos para o planejamento, refletindo sua correspondência com uma gestão para resultados.

Há, ainda, um outro instrumento de prestação de contas que merece ser mencionado. Trata-se do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), utilizado para prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde. Suas três elaborações anuais devem trazer informações referentes ao montante e fonte de recursos aplicados no período, às auditorias realizadas ou em execução e à oferta e produção de serviços públicos, sejam eles próprios ou não.

Desde 2018, há um sistema nacional para elaboração e/ou registro desses documentos por parte de municípios, estados e Distrito Federal, em caráter obrigatório. Trata-se do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750/2019, que possui como alguns de seus objetivos apoiar os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e facilitar seu monitoramento.¹

Ainda que o DGMP seja uma das estratégias adotadas pelo MS na busca de fortalecer o que está disposto na legislação do SUS, estimulando a lógica do planejamento ascendente e a transparência em relação à gestão das políticas de saúde, não há uma metodologia normatizada para tanto. Para além dos elementos mínimos apontados pelos dispositivos legais já mencionados, o ente federativo, por meio do órgão responsável, tem certa discricionariedade sobre a estrutura e o modo pelo qual elabora e acompanha os instrumentos de gestão.

Na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo, a coordenação desses e de outros instrumentos de planejamento e gestão fica a cargo da Assessoria de Planejamento (Asplan). Essa área, vinculada diretamente ao Gabinete, ganha conformação no Decreto nº 57.857/2017, que dispôs sobre a reestruturação do órgão. Sua estrutura se manteve no Decreto nº 59.685/2020, que reorganiza a SMS, determinando como atribuições dessa assessoria a coordenação da elaboração dos instrumentos de gestão do SUS em parceria com as áreas técnicas e a promoção de uma cultura do planejamento e monitoramento, dentre outras.

A Assessoria de Planejamento tem as seguintes atribuições:

- I - subsidiar o processo de tomada de decisão estratégica da SMS, avaliando o cumprimento das diretrizes e metas do governo municipal;
- II - elaborar o Plano Municipal de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão da Saúde em colaboração com as áreas técnicas das Secretarias-Executivas, conforme diretrizes de SMS;
- III - disseminar e desenvolver metodologias de planejamento, monitoramento e avaliação de processos, projetos e programas estratégicos a fim de subsidiar a gestão da SMS, articulando as áreas afins ao tema das Secretarias-Executivas;
- IV - sistematizar o desenho e análise do sistema de indicadores de gestão da SMS, em conjunto com as Secretarias-Executivas e suas respectivas Coordenadorias;
- V - monitorar e avaliar os indicadores das pactuações interfederativas;
- VI - elaborar o Plano Plurianual (PPA), da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), bem como da prestação de contas

¹ Até 2018, as informações relativas ao RAG eram disponibilizadas através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Essa ferramenta foi descontinuada com a implementação do DGMP, conforme disposto na referida Portaria.

quadrimestral, de acordo com o planejamento estratégico da SMS e em articulação com representantes das Secretarias-Executivas;
VII – promover a cultura do planejamento, do monitoramento e da avaliação com vistas à adoção de boas práticas de gestão na SMS. (SÃO PAULO, 2020, Art. 16)

Considerando a centralidade dos instrumentos de gestão do SUS para o planejamento em saúde e a consolidação da Asplan como uma das áreas responsáveis pela elaboração e gestão dos mesmos, coloca-se como objeto desse trabalho o atual ciclo do PMS (2022-2025). Através do mesmo, espera-se reconhecer a existência de metodologias de planejamento estratégico adotadas no planejamento em saúde do município, assim como as ações da área direcionadas a uma gestão por resultados. Estudos como esse justificam-se pela relevância da temática na esfera da Administração Pública, buscando contribuir com a experiência de outros órgãos. Em relação à própria SMS, coloca-se como uma oportunidade para integrar os diversos atores envolvidos com a temática, incluindo níveis decisórios, técnicos e o também o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Devido a uma limitação temporal, não haverá possibilidade de considerar o RAG dentre os instrumentos de gestão do SUS analisados. Visto que o ciclo atual teve início em 2022, o primeiro RAG só estará disponível para análise após o dia 31 de março de 2023, posteriormente à entrega deste trabalho.

Diante do exposto, coloca-se como objetivo geral deste estudo reconhecer as ações da Asplan em relação aos instrumentos de gestão do SUS (PMS, PAS e RDQA) do ciclo atual (2022-2025), com foco no planejamento estratégico e na gestão por resultados. Quanto aos objetivos específicos, são eles:

- Conceituar planejamento em saúde e gestão por resultados na esfera pública;
- Apresentar os instrumentos de gestão do SUS do ciclo atual (2022-2025);
- Analisar qualitativamente o conteúdo dos mesmos com base na revisão de literatura realizada;
- Apontar perspectivas da área em relação aos instrumentos de gestão do SUS.

METODOLOGIA

Para que o objetivo geral deste trabalho fosse atingido, optou-se pela metodologia de estudo de caso, com ênfase dada à produção documental da Asplan.

Para além dos instrumentos de gestão do SUS do ciclo atual (2022-2025), foram consultados outros materiais elaborados e disponibilizados pela área através do site da SMS, assim como documentos internos relacionados ao tema.

A escolha por essa metodologia se deu pela importância que a Asplan tem dado ao planejamento estratégico e à gestão por resultados no cumprimento de suas atribuições. Une-se a isso uma especial atenção da equipe à gestão documental, tornando possível apresentar as experiências da área e, a partir disso, construir referenciais de ação dentro da temática abordada, assim como discutir seus limites e possibilidades.

Quanto à revisão bibliográfica, fundamental para as conceituações apontadas nos objetivos específicos, baseou-se na leitura de artigos e referências sugeridas. Para a pesquisa, foram utilizados termos como instrumentos de gestão, planejamento em saúde, planejamento estratégico, gestão em saúde, gestão por resultados e administração pública, resultando nas referências aqui apresentadas.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O termo *planejamento* é muito utilizado na administração pública e remete a um conjunto de ações proposto para atingir um objetivo pré-determinado. Uma outra definição aponta que o planejamento pode ser considerado "um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores" (VILASBÔAS; PAIM, 2008, p. 1240). Trata-se, assim, de um processo de estruturação de atividades para atingir uma situação desejada, amparando processos decisórios e sendo influenciado por eles, o que lhe confere um caráter contínuo e dinâmico.

O planejamento em saúde surge na América Latina, na década de 1960, em resposta à complexificação dos processos de trabalho nessa área. Seu enfoque inicial foi o econômico, dado o desequilíbrio entre recursos e necessidades. Tratava-se, assim, de buscar um método que pudesse racionalizar os problemas identificados, que estavam atrelados tanto ao estado quanto aos serviços de saúde, priorizando alternativas mais eficientes, ou seja, aquelas com menor custo relativo por morte evitada.

Esse método foi criado, em 1965, pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) vinculado à Universidade Central da Venezuela, com apoio da Organização Pan-

Americana de Saúde (OPAS), e é considerado um marco na construção de pensamento próprio para o planejamento em saúde. Dada a ênfase no diagnóstico dos problemas, para posterior priorização, o saber epidemiológico ganha destaque, visando à construção de indicadores de saúde. No entanto, tratava-se de uma epidemiologia pautada por um olhar descritivo e pouco questionador das limitações das informações por ela produzidas e certamente existentes.

O enfoque normativo do método CENDES/OPAS é bastante criticado por pesquisadores da Saúde Pública. Dentre eles, Rivera (1987), amplamente citado nas referências aqui apresentadas, aponta que o questionamento deve se dar sobre o seu reducionismo economicista. Segundo o autor,

essa redutividade do planejamento à dimensão da normatividade econômica significa abandonar o princípio da totalidade que caracteriza a realidade histórica. De acordo com esse princípio, a realidade histórica não admite uma diferenciação entre os fatos políticos, econômicos, ideológicos, etc. [...] Critica-se a rigidez ou a inflexibilidade do planejamento normativo, que não admite a revisão das normas (metas e/ou instrumentos). [...] A norma é definida como a situação de equilíbrio terminal, de máxima racionalidade (noção de otimização) que se pretende impor à realidade. [...] Dentro de tal visão a norma se superpõe ao comportamento histórico e o enquadra segundo os requisitos do equilíbrio. (1987, pp. 445-446)

Apesar disso, o método trouxe alguns avanços importantes para o planejamento. Destacam-se, aqui, o esforço em buscar as causas para as condições de saúde identificadas e a introdução da ideia de prognóstico, ressaltando a necessidade da construção de projeções em saúde.

Os aspectos políticos ganham visibilidade através da elaboração do documento *Formulação de Políticas de Saúde*, publicado em 1975 pelo Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde (CPPS). No modelo proposto, de caráter sequencial, busca-se traduzir o caminho intelectual percorrido pelas autoridades na formulação da política de saúde. Este perpassa pela construção de uma imagem-objetivo, entendida como

uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. [...] A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas problema que devem ser consideradas. (TEIXEIRA, 2010, p. 20)

Vale destacar, tal como aponta Paim (2006, pp. 767-782), que essa imagem-objetivo é "definida a partir de valores, ideologias, utopias e vontades" dos atores envolvidos no processo, podendo acarretar em uma distorção da realidade que se pretende retratar.

Concluída essa etapa, são estabelecidos os objetivos que se deseja alcançar, assim como os meios e prazos para tanto, traduzidos em propostas que deverão ser analisadas segundo os critérios de coerência, factibilidade e viabilidade. Por fim, a proposta escolhida deve ser formalizada e enunciada por meio de leis, decretos, portarias, planos, programas ou projetos, em termos claros e precisos.

Para além da crítica já apontada acima, outros limites são reconhecidos em relação ao método CPPS. Merecem destaque o caráter estanque das etapas sugeridas, o que não corresponde à realidade, assim como o fato de ser a autoridade política a única responsável pela construção da imagem-objetivo, desconsiderando os demais atores políticos e sociais.

No final da década de 70, um outro enfoque é desencadeado através da *Estratégia Saúde para Todos - SPT 2000*, que teve sua origem na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Naquele momento, a saúde já era entendida como completo bem-estar físico, mental e social, superando definição limitada à ausência de doença ou enfermidade. As necessidades em saúde passam, assim, a ser atreladas aos determinantes sociais. Para a validação de tais correlações, propunha-se delimitar pequenos espaços geográficos, dos quais decorreria a possibilidade de averiguar as condições de vida de grupos socialmente homogêneos, validando ou rejeitando as hipóteses de identidade entre os mesmos através de indicadores sociais e econômicos pré-determinados.

As limitações desse método refletem-se na dificuldade operacional de execução do mesmo e nos tipos de indicadores usados para aferir condições de vida de um determinado grupo. Esses diziam muito mais sobre renda e disponibilidade de serviços do que sobre a estrutura social dos sujeitos naquele determinado espaço. Um outro aspecto é a não consideração dos elementos políticos nas determinações dos problemas a serem enfrentados. Como menciona Rivera, "tal determinação não é absolutamente objetiva, mas relativizada pelos diferentes atores e suas intenções" (1989, p. 67).

Essas críticas, no entanto, não excluem o valor da aproximação com as necessidades sociais e de saúde de forma menos dissociada, caminhando para uma ampliação do objeto sobre o qual se deseja intervir. Sobre isso,

deve ficar registrada a contribuição que o enfoque faz no tocante à definição de grupos humanos prioritários e problemas de saúde prioritários pela via de uma aproximação ao conceito de necessidades sociais, que implica um cálculo duplo (em que o primeiro engloba o segundo). [...] Um traço característico do enfoque é o uso da análise de risco, em um sentido ampliado, na definição das categorias de problemas e na formulação das estratégias de ataque. Esse uso permite estudar os problemas de saúde detectados no interior dos grupos em relação aos fatores de risco condicionantes, e definir, em seguida, as estratégias de ataque [...], o que implica a formulação de ações intra e extra-setoriais [...]. (RIVERA, 1989, p. 66)

Ainda no final da década de 70 e ao longo da década de 80, tomando como ponto de partida o método CENDES/OPAS já proposto, Mario Testa, sanitarista argentino, trouxe importantes contribuições para o planejamento em saúde na América Latina, avançando na concepção de um *planejamento estratégico*. Aqui, a dimensão política ganha centralidade, especialmente ao considerar que são diversos os atores envolvidos nesse processo.

O esforço de Testa não consistiu na proposição de um método de planejamento, mas sim num modo de entendê-lo e direcioná-lo. Dentre os fundamentos que se destacam em sua obra, tem-se o *Postulado da Coerência*, que trata da articulação entre propósito, método e organização. Trata-se de um diagrama que

representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado “projeto” que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais. (TEIXEIRA, 2010, p, 25)

As práticas de planejamento em saúde inserem-se nos métodos, recebendo influência dos propósitos e determinando as estruturas e formas das organizações e de seus processos de trabalho. Seu conteúdo deve incluir um diagnóstico de saúde e propostas programático-estratégicas.

Sobre o diagnóstico, envolve uma análise da realidade - isenta de neutralidade, como visto - que permite identificar os problemas de saúde. Estes, no entanto, não devem ser dissociados da totalidade social, o que reforça a importância da

epidemiologia social. Através dela, “o processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social” (GIOVANELLA, 1990, p. 131), como problemas sociais de grande complexidade e com muitas variáveis. Por conta disso, Testa propõe outros três diagnósticos: administrativo, estratégico e ideológico. O diagnóstico administrativo envolve um olhar mais quantitativo sobre a saúde, especialmente em relação aos recursos disponíveis para as atividades necessárias. O estratégico, por sua vez, refere-se à análise das relações de poder na área, e o ideológico, à compreensão que se tem sobre saúde e sociedade.

É justamente a síntese desse momento que dá início às proposições programático-estratégicas, as quais visam

realizar ações de saúde, objetivando mudanças [...]. A ação em saúde é a parte programática da proposta. A estratégia é a forma de implementar essa ação [...]. As propostas programático-estratégicas são pensadas enquanto processos que se realizam ao longo do tempo. Tempos técnicos e políticos, desencadeados pelas ações propostas, são avaliados. (GIOVANELLA, 1990, p. 133)

No mesmo período, principalmente durante a década de 80, Carlos Matus, economista chileno, desenvolveu o *enfoque situacional* a partir de reflexões sobre política, planejamento e governo (TEIXEIRA, 2010). Suas contribuições tornaram-se um importante referencial para a área da saúde, ainda que não específicas. Ao contrário da imagem-objetivo apresentada anteriormente, o que se busca aqui é a situação-objetivo, sendo fundamental a identificação e a explicação da situação inicial (PAIM, 2006, pp. 767-782). Sobre o conceito de situação, Teixeira (2010, p. 27) traz que deve ser entendido como

um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. **Problema** é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um **ator social**. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, o ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação. (grifos do autor)

A existência de múltiplos atores no processo de planejamento promove uma visão mais ampliada acerca do problema a ser enfrentado, das quais decorrem diversas possibilidades de atuação e transformação da realidade.

Com o intuito de instrumentalizar suas reflexões, Matus propõe um método, conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual contempla quatro momentos. São eles o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O primeiro envolve a identificação, descrição e explicação dos problemas em uma determinada situação, observando-se quais são as oportunidades de ação dos atores diante disso. No momento normativo, definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários para enfrentamento dos problemas selecionados num determinado intervalo de tempo. É no momento estratégico, por sua vez, que se definem os cursos e desenhos do que precisa ser realizado. Para isso, é fundamental uma análise de viabilidade, ou seja, um balanço entre o que deve e o que pode ser feito - e isso tem relação com a capacidade dos atores envolvidos naquela determinada situação. Por fim, tem-se o momento tático-operacional, no qual as ações são executadas, o que requer “ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação” (PAIM, 2006, pp. 767-782).

Essa apresentação do processo de planejamento em momentos não deve ser vista de forma estanque, dado o caráter dinâmico das organizações e ações em saúde. Sobre isso,

Cabe destacar que a noção de momento rompe com a ideia de etapas sequenciais do planejamento, em que, a partir do conhecimento estruturado sob uma dada realidade, são definidas as ações e as estratégias para torná-las viáveis [...]. A noção de momento indica que essas etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que apenas há o predomínio de um momento sobre o outro. (TEIXEIRA, 2010, p. 29)

A partir do método PES, Matus apresenta uma outra importante contribuição: a existência e necessidade de inter-relação de diversos subsistemas de gestão, definidos a partir dos produtos e resultados a serem alcançados em conjunto. Diante dos compromissos assumidos, impõem-se diferentes graus de responsabilidade acerca dos mesmos, atrelados à governabilidade que determinado ator tem na execução das ações inicialmente planejadas. Para tanto, o monitoramento, a cobrança e a prestação de contas colocam-se como elementos fundamentais, o que será melhor abordado a seguir.

Direcionando o olhar para o cenário brasileiro, as discussões sobre planejamento ganham força a partir da segunda metade da década de 80, no contexto da redemocratização. São reconhecidas quatro vertentes que sustentam o debate

nessa área, debate este que tem correspondência temporal com a configuração do SUS e a decorrente municipalização da saúde no país, ainda que de forma bastante heterogênea. Em todas elas, reconhecem-se elementos úteis no processo de planejamento em qualquer uma das esferas de governo.

A corrente identificada como “Ações programáticas em saúde”, do Departamento de Medicina Preventiva da USP, enfatiza que as necessidades de saúde devem ser o ponto de partida para o processo de planejamento, articulando elementos epidemiológicos e sociais. Um grupo da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), inicialmente dedicado à análise crítica da obra de Carlos Matus, tem contribuído para a gestão estratégica das políticas de saúde. Uma terceira vertente, vinculada ao Laboratório de Análise e Planejamento da UNICAMP, avançou nas reflexões sobre gestão em saúde e no estabelecimento de referenciais para um processo de planejamento participativo, contemplando os diversos atores políticos envolvidos no mesmo. Por fim, um grupo ligado a pesquisas no campo da Vigilância em Saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), vem debatendo a importância do PES para orientação das práticas de atenção à saúde, enfoque este adotado, atualmente, como eixo do processo de planejamento no SUS (TEIXEIRA, 2010, p. 33-50).

Considerando, tal como aponta Paim, que "o processo de transformar o conhecimento em evidência alimentadora de uma decisão é complexo e nunca totalmente científico" (2006, p. 77), não se trata aqui de estabelecer uma linha do tempo que permita demonstrar em que momento do planejamento a administração pública, em especial a municipal, se encontra. Muitas das concepções aqui apresentadas coexistem no ato de planejar em saúde, reforçando a necessidade do debate para reconhecimento dos desafios e possibilidades existentes na prática.

GESTÃO POR RESULTADO

Na revisão de literatura anteriormente apresentada, especialmente sobre os rumos do planejamento em Saúde no Brasil, fica evidente a necessidade de fazer deste um processo vivo. Isso, por sua vez, pressupõe o envolvimento dos diversos atores políticos na identificação dos problemas prioritários e na construção de possíveis respostas aos mesmos. O resultado disso estará expresso em um plano setorial, em uma programação anual, mas é preciso reconhecer que esses

documentos, em si, não são suficientes para garantir a execução do que foi planejado. Para isso, a gestão tem um papel fundamental.

Ao contrário do que ocorreu na revisão de literatura sobre planejamento em saúde, a pesquisa realizada para a abordagem da gestão em saúde, com foco na gestão por resultado, trouxe poucas referências. Considerando que a esfera de interesse é a municipal, a ampla maioria dos estudos está atrelada aos contratos de gestão dos serviços de saúde e a experiências em estados e municípios com características muito distintas em relação à complexidade que uma cidade como São Paulo representa. Identificam-se, também, muitos estudos na área da educação, com olhares bastante específicos para esta política, o que dificulta possíveis generalizações acerca do tema.

O contexto de surgimento da gestão por resultados está relacionado com a necessidade de reformas no setor público. Ao longo da década de 90, diversos países passaram por processos de reforma administrativa, guiados pela expectativa de oferecer melhores respostas às demandas sociais. No Brasil, destaca-se a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, a qual

promoveu transformações substanciais, não somente em elementos que regulam a relação entre os servidores e o Estado, mas na construção das bases para a introdução de um pensamento gerencial sensivelmente destoante dos valores que regem a Administração Pública tradicional. (CAMARGO; GUIMARÃES, 2013, p. 135)

No interior desta *Nova Gestão Pública* (NGP), ganha destaque o conceito de *eficiência*, elevado a um princípio constitucional tal como o são a legalidade, a impessoalidade, a moralidade e a publicidade. De forma mais objetiva, refere-se à capacidade de uma organização ou instituição atingir seus objetivos com o menor gasto possível de recursos públicos, sejam estes humanos ou financeiros. Ampliando-se esse conceito,

Eficiência é o que se impõe a todo agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros. (MEIRELLES, 1998, apud CAMARGO; GUIMARÃES, 2013, p. 138)

Num cenário em que as demandas na área da saúde tornam-se cada vez mais complexas e os recursos cada vez mais escassos, os modelos de gestão pautados por essa lógica gerencial ganham destaque. Trata-se, aqui, de deslocar o foco para o que interessa ao cidadão e à sociedade, flexibilizando a forma como os processos são conduzidos e superando, assim, as limitações impostas pelo modelo burocrático tradicional na administração pública.

Diversos em suas nomenclaturas e tipologias, há alguns elementos importantes a serem considerados em todos eles, tal como pontuam Marini e Martins (2009, pp. 16 e 17). Em primeiro lugar, um modelo de gestão por resultados deve ser dinâmico, o que significa considerar os momentos de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação, incorporando as informações decorrentes dos mesmos nos processos decisórios. A abrangência coloca-se como um segundo aspecto a ser considerado, o qual considera, como uma das condições para o alcance dos resultados, o alinhamento dos esforços de todos os envolvidos. Por fim, há de se observar as múltiplas dimensões sobre as quais devem-se dirigir os esforços para realização dos resultados pretendidos, tais como processos, recursos, estruturas, sistemas da informação e pessoas.

Um outro autor, Albert Serra (2007, apud PAULO, 2016, P. 992), destaca quatro dimensões fundamentais quando se trata de gestão por resultados. São elas:

- 1) resultado como referência-chave para todo o processo de gestão; 2) atribuição de responsabilidades aos resultados pretendidos; 3) integração dos processos de gestão; 4) valorização de uma cultura organizacional com ênfase nos resultados, e não nos processos.

Ainda sobre o que caracteriza um modelo de gestão por resultado, Gomes (2009, p. 69) aponta as seguintes características:

- Alinhamento de expectativas de forma clara e transparente, entre todos os agentes políticos, externos e internos, sobre quais são as diretrizes e os objetivos da organização, por meio da tradução destes em resultados e metas a serem atingidas, o que inclui a definição de indicadores para sua apuração;
- Concessão de autonomias aos executores / implementadores das políticas públicas;
- Contratualização de resultados, autonomias e sanções;
- Avaliação dos resultados e retro-alimentação do sistema de gestão para eventuais correções de rota, constituindo assim uma ferramenta gerencial;
- Fortalecimento de uma modalidade de “accountability” – cujos “principals” são tanto os cidadãos em relação aos políticos, quanto estes em relação à burocracia – baseada no desempenho mensurado a partir de indicadores de resultados;

- Modificação do comportamento autoreferido da burocracia, substituindo-o pela atenção a metas claras e contratualizadas.

Sobre o próprio conceito de resultado, há muitas definições possíveis, sem consenso teórico. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), trata-se de

uma alteração mensurável e descritível de um estado de coisas a partir de uma relação de causa e efeito. Assim, resultado pode ser intencional ou não intencional, positivo ou negativo [...]. São considerados três tipos de resultados: em relação a programas e projetos, os bens e serviços oferecidos [...]; em relação ao plano estratégico, às alterações desejadas na realidade [...] e os efeitos produzidos pela intervenção a longo prazo, diretos ou indiretos, desejados ou não [...]. (PAULO, 2016, p. 992)

Segundo Rua (2007, p. 7, apud GOMES, 2009, p. 67), "a palavra 'resultado' [...] é genericamente utilizada para designar coisas tão diferentes quanto produtos preliminares e intermediários, produtos finais, efeitos e até impactos". A mesma autora afirma, no entanto, que é fundamental fazer a distinção entre produtos e resultados. Os primeiros referem-se a elementos constatáveis, que dizem sobre os feitos de um determinado governo, mas não necessariamente significam resultados os quais remetem à ideia do efeito que esses produtos podem produzir sobre a realidade.

A partir das definições apresentadas, Gomes (2009, p. 69) coloca que a gestão por resultados pode ser entendida como

o ciclo que começa com o estabelecimento dos resultados desejados, a partir da tradução dos objetivos de governo; prescreve o monitoramento e a avaliação do desempenho da organização ou da política pública a partir do alcance desses resultados; e retro-alimenta o sistema de gestão, propiciando ações corretivas decorrentes dessa avaliação.

É preciso reforçar que, no modelo gerencial, os gestores públicos têm "maior autonomia e flexibilidade para favorecer ajustes na linha de frente, fixar resultados, firmar contratos e controlar o desempenho organizacional" (MOTTA, 2013, p. 82), de acordo com o lugar que ocupam na administração. Isso, por sua vez, favorece a adequação entre recursos, processos e metas.

Sobre essa concessão de autonomia, vale reforçar que não vem isenta da necessidade de mecanismos de controle, pelo contrário. Um gerenciamento responsável depende dos mesmos, que devem ser aplicados de forma efetiva e tempestiva. Segundo Motta (2013, p. 85), "as descentralizações, desregulações e desburocratizações vieram sempre acompanhadas de novas centralizações e de

novas regras", o que vem sendo observado mesmo nos países em que esse modelo de gestão já está mais consolidado.

Ainda que se reconheça a importância e o valor dos modelos de gestão por resultados, sua implantação ainda é um grande desafio no interior da administração pública. Um dos aspectos que corroboram para isso é a própria dimensão política que a conforma, a qual muitas vezes se sobrepõe à administrativa. A respeito disso, Motta (2013, p. 87) coloca que

A contemporaneidade administrativa reforça a necessidade de flexibilidade e da mentalidade da mudança cotidiana [...]. Mas práticas administrativas são produto direto da natureza da interligação entre a Administração e a política. Só se pode obter uma Administração mais eficiente e eficaz com uma interação com o sistema político, mais ligado às expectativas da sociedade, mais congruente com valores e menos para fins preferenciais ou tecnocráticos.

Todo o exposto reforça a importância de trabalhos que abordem essa temática em seu âmbito mais prático, o que será feito a seguir a partir da experiência da Asplan na SMS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação e discussão dos resultados referentes ao planejamento estratégico e à gestão por resultados, foram utilizados documentos internos e externos produzidos pela Asplan. Merecem destaque o *Síntese Planejamento Estratégico – PMS 2022-2025*, o *Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025* e o *Manual de Planejamento do SUS Municipal - 2ª edição*, para além do próprio PMS do ciclo 2022-2025, das PAS 2022 e 2023 e dos RDQAs do primeiro e segundo quadrimestres de 2022.²

O PMS do ciclo 2022-2025 foi construído com metodologia própria da SMS, apoiando-se na análise de produtos dos ciclos anteriores, nas mudanças que vêm ocorrendo no interior da administração pública em relação à gestão e no conhecimento acumulado pela equipe em relação aos temas aqui discutidos. Segundo consta no Guia,

² Os documentos citados podem ser acessados e consultados através do seguinte endereço eletrônico: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=284327

a metodologia foi elaborada com intuito de refletir a ação do órgão e ao atual contexto das políticas de saúde, considerando a participação dos diversos atores envolvidos no desenvolvimento das ações de saúde, com destaque à participação social. (2021, p. 4)

A metodologia foi elaborada considerando três etapas. A primeira, realizada entre junho e julho de 2021, teve como intuito produzir um diagnóstico sobre os principais desafios em saúde a serem enfrentados pela SMS, assim como refletir sobre a perspectiva de gestão adotada pelo órgão. Isso se deu através da realização de seis oficinas, envolvendo o Gabinete e os Secretários-Executivos, assim estruturadas:

uma primeira para início do processo, com o gabinete e os Secretários-Executivos; uma por Secretaria-Executiva para se pensarem e priorizarem desafios e estratégias; uma nova oficina com o gabinete e Secretários Executivos, para se apresentarem os resultados de cada oficina se fazer um esforço de síntese e priorização final. (GUIA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025, 2021, p. 6)

Para reconhecimento dos principais desafios a serem enfrentados, foi proposto que cada participante escolhesse três problemas de saúde existentes no município e que estes, quando postos em conjunto, fossem priorizados. Uma vez indicados os principais desafios, estimulou-se a reflexão sobre como esses poderiam ser solucionados pela SMS. Concretamente, isso levou à definição de três diretrizes que nortearam a construção do PMS, assim como da missão, visão e valores, que dizem sobre a gestão do órgão.

Todos esses elementos encontram-se expressos na segunda seção do PMS. A primeira dedica-se a uma apresentação sucinta da macroestrutura da SMS, elemento fundamental para compreender a complexidade do planejamento na área. Ainda que a metodologia não abarque isso, um olhar mais cuidadoso para essa estrutura e para o produto dessa primeira etapa é potencialmente revelador do que Testa traz em seu Postulado da Coerência (TEIXEIRA, 2010).

Ainda sobre essa primeira etapa e a sua materialização no PMS, um outro ponto merece destaque. A segunda seção do plano traz o diagnóstico situacional da saúde no Município de São Paulo, composto pelo perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário. Além disso, apresenta também o financiamento e as despesas municipais. No entanto, não há correspondência temporal entre esse produto e a realização das oficinas para elaboração das diretrizes, sugerindo um certo

descolamento entre o planejamento e o diagnóstico situacional tal como foi discutido através das proposições de Matus (PAIM, 2006; TEIXEIRA, 2010). Tal apontamento ganha importância quando se olha para a própria conceituação de diretriz, a saber:

Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde. (BRASIL, 2016, apud Plano Municipal de Saúde, 2022-2025, p. 21)

Isso não significa dizer que não houve embasamento em informação qualificada para elaboração das três diretrizes nesse momento do planejamento, mas sim que há muito a avançar diante do que propõem as correntes de pensamento mais atuais nessa área. Além disso, o olhar epidemiológico refletido no PMS tem um perfil mais descritivo e pouco analítico, o que corresponde a proposições que antecedem o pensamento estratégico, tal como revelado na revisão apresentada. Em contrapartida, é preciso considerar que a metodologia proposta por Matus (TEIXEIRA, 2010), tomado como importante referência para o planejamento na saúde, não é específica para essa área. Isso traz importantes implicações quando se reflete sobre a complexidade dessa política, ainda mais num município com as proporções de São Paulo.

Retornando à metodologia construída e aplicada pela Asplan, a segunda etapa, realizada entre julho e agosto de 2021, consistiu na construção do plano em si, aproximando-se do que Matus aponta como momentos normativo e estratégico (PAIM, 2006; TEIXEIRA, 2010). Como produto, tem-se a definição dos objetivos, metas e indicadores, aspectos fundamentais para uma gestão por resultados. Também em resposta a isso, foram considerados aqui outros instrumentos de gestão que atravessam a SMS, com compromissos e pactuações já existentes. Ainda que o PMS deva ser o documento norteador do planejamento em saúde, ele não é o único e isso revela o quão complexa é, na prática, a articulação de todos os atores envolvidos com a temática. Para além da correspondência com o PPA, mencionada na introdução deste trabalho, merecem destaque o Programa de Metas 2021-2024, a Agenda 2030, o Plano Diretor Estratégico, o Plano Municipal pela Primeira Infância e o Plano de Segurança Alimentar. Além disso, foram consideradas as propostas prioritárias derivadas da 20ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, aspecto importante quando se considera a importância da participação social no planejamento.

Em resposta à legislação que dispõe sobre o planejamento ascendente e às metodologias que prezam por uma maior proximidade com as necessidades dos territórios, foram consideradas nessa etapa as proposições apresentadas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e suas respectivas Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Revela-se, aqui, um importante aspecto tanto para o planejamento quanto para uma gestão voltada para resultados: a articulação entre as diferentes esferas de gestão na saúde, das centrais às locais.

Cada uma das 27 STS, distribuídas em 6 CRS, apresentou a proposição de duas metas de acordo com as prioridades identificadas em seus respectivos territórios. Para tanto, utilizou-se como referência as oficinas que já estavam sendo realizadas para reflexão sobre Educação Permanente, mediadas pela Escola Municipal de Saúde. Posteriormente, essas metas foram alocadas em uma quarta diretriz, revelando essa especificidade. Consta no Guia (2021, p. 20) a seguinte passagem, que em muito se articula com as proposições mais atuais do planejamento em saúde:

Incluir metas por STS é uma forma de articular as diretrizes amplas do PMS com a realidade, provendo assim maior coerência entre as diferentes perspectivas e maior aproximação com os instrumentos de gestão do SUS. Ao contemplar prioridades com vínculo territorial espera-se que o PMS se torne uma ferramenta que possa nortear alterações nas condições de saúde.

Ainda em resposta ao planejamento ascendente, coloca-se a terceira e última etapa da metodologia aplicada para construção do plano, realizada entre os meses de agosto e setembro de 2021. Esta foi caracterizada pela participação social e fez uso da plataforma *Participe+*, uma ferramenta de Governo Aberto. O processo consistiu em seis momentos, a saber: 1) inserção de propostas por território de Subprefeitura, feita pelos munícipes através da plataforma; 2) priorização de 15 propostas por território através da participação dos respectivos Conselhos Gestores; 3) recebimento de 20 propostas prioritárias do Conselho Municipal de Saúde, diretamente; 4) votação popular para eleição de 5 propostas por território dentre as priorizadas nos momentos anteriores; 5) análise da viabilidade pela área técnica da SMS; 6) elaboração do documento final, com devolutiva da SMS acerca das proposições votadas.

Uma ação desse porte é fundamental tanto para o planejamento estratégico quanto para a gestão por resultados, envolvendo os cidadãos nos compromissos e

pactuações para realização das mudanças necessárias em saúde. No entanto, há de se atentar para a real incorporação dessas proposições pela gestão, o que é atravessado por questões políticas internas e externas à SMS. Tal como apontado na revisão de literatura, os resultados não se colocam como um fim em si mesmos, remetendo ao conceito de eficiência dos gestores envolvidos.

Considerando o exposto na introdução deste trabalho, é na PAS que as diretrizes, os objetivos e as metas do PMS são anualizadas em ações, que "expressam as tarefas necessárias para o cumprimento das metas. Configuram a menor e mais detalhada unidade do processo de planejamento" (Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, 2021, p. 10). É, portanto, com a elaboração e execução deste outro documento que os momentos estratégico e tático-operacional de Matus se aproximam e se fazem presentes no planejamento estratégico da SMS.

Sendo este o segundo ano de vigência do atual PMS, estavam disponíveis para fins deste trabalho as programações anuais de 2022 e 2023. Ainda que seja reconhecida uma continuidade da metodologia inicialmente aplicada pela Asplan para elaboração do plano, o planejamento das ações cabe às áreas responsáveis pelas metas, sem interferência direta nesse processo. No *Manual de Planejamento do SUS Municipal*, constam as orientações para tanto, com base no que dispõe o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP), com destaque para:

1. Consultar, previamente, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2022-2025;
2. Fazer Oficina com a Equipe de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), incluindo profissionais da área de gestão do Fundo Municipal de Saúde para decidir quais Prioridades do PMS serão executadas no ano seguinte;
3. Para cada prioridade, avaliar as diretrizes, objetivos e metas que se pretende realizar no ano seguinte [...];
9. Descrever as ações que serão realizadas para atingir cada meta anualizada;
10. As ações da PAS podem ser processuais (não se relacionam a um gasto direto de recurso orçamentário específico) ou podem depender diretamente de recursos orçamentários específicos para se concretizar. As metas são compostas por uma somatória de ações que necessitam de recursos financeiros para custeio ou para investimento. Tais metas devem vir acompanhadas da subfunção orçamentária, conforme o que está na Programação do PPA para o ano [...]. (MANUAL DE PLANEJAMENTO DO SUS MUNICIPAL, 2022, P. 19)

Essas orientações revelam um aspecto fundamental do planejamento estratégico e da gestão por resultados: a necessidade de compatibilizar as ações pretendidas com a viabilidade orçamentária. Ainda que se aponte, tanto no PMS quanto na PAS, as subfunções orçamentárias relacionadas às metas, o desafio de

avançar nesse detalhamento para o nível das ações ainda é grande na área da saúde. A Asplan tem refletido nesse sentido, mas ainda não há um produto concreto que pudesse ser apresentado neste estudo.

Ainda sobre a citação acima, um outro ponto merece destaque, referente ao distanciamento entre quem planeja as ações e os responsáveis pela gestão do orçamento. Esse descompasso faz com que muitas ações e metas previstas não sejam cumpridas, impactando diretamente nos resultados alcançados. Na revisão de literatura, a importância dessa compatibilização se faz evidente, representando mais um desafio a ser enfrentado pelos gestores públicos. Sobre isso, o texto de abertura da PAS 2023 traz:

Ressalta-se que a compatibilização das necessidades da população e a disponibilidade orçamentário-financeira requer um permanente e contínuo movimento coletivo que envolva os diversos níveis de gestão e valorize a participação e controle social na política de saúde. (PAS, 2023, p. 8)

Exceto pelo que diz respeito especificamente às ações programadas para o ano, parte da estrutura desses documentos se repete. As apresentações de ambas as PAS também guardam muitas semelhanças, dentre as quais o que deve estar presente nesses documentos.

I. a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; II. a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; III. a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (PAS, 2023, p. 7)

Assim como no PMS, aqui também se encontram identificadas as áreas responsáveis por cada uma das metas e, no caso específico da PAS, às ações a elas correspondentes. As subfunções orçamentárias relacionadas e a vinculação com as demais pactuações também se repetem aqui, buscando trazer maior clareza às correlações possíveis e necessárias para uma melhor gestão dos resultados.

No intuito de aprimorar o monitoramento das ações programadas para o ano, a Asplan desenvolveu uma proposta de ponderação dessas ações para o atual ciclo do PMS. Estas passam a receber um valor de acordo com a importância que têm para o cumprimento da meta, totalizando uma soma que deve ser sempre igual a dez. Esse acompanhamento se dá através do RDQA, estimulando as áreas a olhar para o seu andamento e realizar os ajustes que se mostrem necessários ao longo do ano. A

proposta rompe com a ideia de um planejamento estanque, ativando a retroalimentação proposta na gestão por resultados de forma tempestiva. Ainda que os resultados concretos disso não tenham como ser apresentados aqui pela temporalidade do RAG, documento que traz informações sobre o alcance das metas anualizadas, há de se reconhecer o percurso da Asplan no sentido de uma gestão mais qualificada.

Por fim, ainda que um dos objetivos principais deste estudo fosse reconhecer as contribuições da Asplan para o planejamento estratégico, há evidências que apontam para uma forte influência do planejamento normativo em relação aos instrumentos de gestão do SUS. Isso se deve, especialmente, pelos numerosos dispositivos legais que regem o planejamento em saúde, alguns dos quais citados anteriormente. Esse encontra-se fortemente normatizado, cabendo aos órgãos avançar em metodologias que deem conta de uma complexidade não abarcada pela estrutura tal como está dada.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados e discutidos demonstram o compromisso da Asplan com o planejamento estratégico em saúde e uma gestão pautada por resultados, horizontes que se colocam para toda a administração pública.

Para além do cumprimento de normativas, trata-se de responder de forma eficiente às necessidades em saúde da população do município de São Paulo, materializadas no PMS e nas PASs dele decorrentes. Como bem apontado na revisão de literatura, um plano ou uma programação não são, em si, suficientes para garantir a execução do que foi inicialmente planejado, mas podem se tornar valiosas ferramentas de gestão a partir dos esforços dos atores envolvidos. No caso da Asplan, ficou evidente o envolvimento da equipe nesse sentido, com destaque para a metodologia aplicada na construção do PMS e para os avanços em relação aos conteúdos e formas dos instrumentos de gestão do SUS como um todo.

Em relação aos desafios, dois pontos merecem atenção: orçamento e informação. Esses dois elementos precisam ser incorporados de maneira estratégica ao planejamento e à gestão por resultados, em suas múltiplas esferas. Em resposta às suas atribuições, a equipe de Asplan tem refletido muito sobre isso. No entanto, fatores como a oferta de saúde por meio de contratos de gestão e a própria dimensão

do município complexificam em muito esse processo, demandando esforços de muitas áreas e instâncias.

Por fim, reforça-se a importância de trabalhos como este para que se revelem possibilidades, desafios e limites nem sempre considerados nas produções conceituais e nos instrumentos normativos. A gestão pública tem muito a ganhar com essa aproximação teórico-prática, estimulando processos reflexivos e oferecendo insumos para as mudanças necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, DF e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: l1nk.dev/4xJQY. Acesso em: 25 jan. 2023.

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. Disponível em l1nk.dev/YDTog. Acesso em: 25 jan. 2023.

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. Disponível em: l1nk.dev/9XSR2. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006.** Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: l1nk.dev/1lwHA. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.** Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: l1nk.dev/qAPNR. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: l1nk.dev/EdEYo. Acesso em: 25 jan. 2023.

CAMARGO, F. O.; GUIMARÃES, K. M. S. O princípio da eficiência na gestão pública. **Revista CEPPG**, ano XVI, n. 28, p. 133-145, 2013.

FACCHINI, L. A. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Portal EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 14 set. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7784>. Acesso em: 25 jan. 2023.

TEIXEIRA, C. F. (org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, 161 p.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr/jun, 1990.

GOMES, E. G. M. **Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. 2009. 187 p. Tese de Doutorado em Administração Pública e Governo, FGV/EAESP, São Paulo, 2009.

KOPF, A. W; Hortale, V. A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 157-165, dez, 2005.

MARINI, C.; MARTINS, H. F. (org). **Governança em Ação – Volume 1**. Brasília: Publix Editora, 2009, 120 p.

MOTTA, P. R. M. O estado da arte da gestão pública. **RAE**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 82-90, jan/fev, 2013.

PAIM, J. S.; PINHEIRO, R. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006, p. 767-782.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>. Acesso em: 12 dez. 2022.

RIVERA, F. J. U. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 60-81, jan/mar, 1989.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico de planificação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 444-462, out/dez, 1987.

SÃO PAULO. **Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020**. Reorganiza a Secretaria Municipal da Saúde, regulamenta o § 2º do Artigo 45 da Lei nº 17.433, de 29 de julho de 2020, bem como transfere, altera a denominação e a lotação dos cargos de

provimento em comissão que especifica. Disponível em: l1nk.dev/dCsiB. Acesso em: 25 jan. 2023.

Secretaria Municipal da Saúde. **Prefeitura da Cidade de São Paulo**. São Paulo, SP, 2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun, 2008.