

# O Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela Saúde em São Paulo

Renilson Rehem de Souza e Ana Maria Malik

## Renilson Rehem de Souza

Médico, Mestre em Administração da Saúde e Secretário Adjunto de Estado da Saúde de São Paulo.

*Physician with a Master's in Healthcare Administration, and São Paulo State Secretary of Health.*

## Ana Maria Malik

Doutora pela USP, Mestre pela FGV-EAESP, Professora da FGV-EAESP e Coordenadora do GVsaúde.

*PhD from USP, Master's from FGV-EAESP, Professor at FGV-EAESP and Coordinator of GVsaúde.*



## RESUMO

O texto trata do processo de planejamento realizado na Secretaria de Estado da Saúde, à luz das modernas teorias sobre planejamento, o plano estadual de saúde (PES) e dos novos pactos para a saúde. Aborda as novas relações entre o Estado de São Paulo e os municípios, bem como o espaço da Conferência Estadual de Saúde no PES.

## ABSTRACT

*This paper deals with the planning process carried out at the State Health Department, in light of modern planning theories, the State's Healthcare Plan (PES, in Portuguese) and new healthcare pacts. It also addresses the new relationships between the State of São Paulo and its municipalities, as well as the role played by the State Health Conference in the PES.*

## INTRODUÇÃO - O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Embora o plano seja sempre visto como o produto final do planejamento, uma série de autores, principalmente ligados ao setor social, enfatiza a relevância do processo, em detrimento de seu produto. A importância se dá desde a oportunidade de coletar idéias de todos os envolvidos até pelo aumento da viabilidade de sua implantação quando mais atores se tornam interessados e implicados diretamente na sua formulação e na sua implementação.

O principal executivo de uma organização, seja ela uma empresa ou uma secretaria de saúde, certamente tem um planejamento em mente. Na verdade, se trata mais de uma idéia ou de premissas a serem consideradas do que de um plano propriamente dito. A partir dessa idéia, um técnico em planejamento pode desenvolver ou um plano acabado (o desenho mais comum) ou um processo de amplo envolvimento.

A idéia de o planejamento ser separado da execução esteve em voga na teoria há alguns anos e, na prática, é utilizada até hoje. Uma das características do formato que uniria planejamento e execução é o aumento do envolvimento dos trabalhadores com o objeto de seu trabalho, tanto em relação ao “o quê” quanto ao “como”.

Na área da saúde, no setor público, houve desde a Constituição de 1988, durante o processo de implantação do SUS, uma série de planejamentos mais centralizados que, embora elaborados por acordo com as representações dos gestores estaduais e municipais, geraram normalizações centrais, como Normas Gerais (NOBs) e algumas regulamentações. Essas Normas, mesmo sendo o resultado de um longo processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo, não conseguem representar as diversas realidades das condições de saúde ou das condições de planejamento vigentes nos diversos recantos do país. No âmbito dos estados e dos municípios apenas se deu a operacionalização das normas, sem o necessário ajuste resultante de um processo local.

Com isso, o período que vai de 1988 até o início dos anos 2000 é considerado um momento no qual a formulação de políticas e o planejamento em saúde, extremamente relevantes até a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, tiveram um refluxo considerável. Nesse momento se destaca a ênfase na descentralização da gestão para os municípios, levando a uma indefinição ou aparente falta de necessidade da gestão estadual do SUS.

Também, nesse período, o modelo de financiamento prevalente seguia o sistema do extinto INAMPS, onde os prestadores de serviços - públicos ou privados - eram remunerados com base na produção de serviços, segundo valores definidos numa Tabela de Procedimentos Hospitalares e outra de Procedimentos Ambulatoriais. Dessa forma, a programação de atividades substituiu, de modo precário, o planejamento e a gestão do sistema de saúde.

No início de 2000, houve um reconhecimento dos limites e dos problemas criados pelo processo de descentralização e do excesso de ênfase na programação. Buscou retomar o preceito constitucional de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas, além do processo de planejamento e do papel da gestão estadual.

## O PLANEJAMENTO EM SAÚDE A PARTIR DO FINAL DOS ANOS 90

A criação das agências no nível federal, bem como das organizações sociais de saúde, pode ser considerada exemplo bem-sucedido de formulação e implementação de políticas, com características mais centralizadas. Poucos, nas máquinas onde essas organizações foram geradas, tinham conhecimento das intenções por trás delas, sobre seus objetivos para além de metas numéricas e sobre o que era esperado acontecer na sua vigência. Nas secretarias estaduais de saúde se agravava a perplexidade revelada desde o final dos anos 80, quando se começou a vislumbrar seu novo papel. Seus quadros técnicos continuavam com o mesmo tipo de formação que sempre receberam. O novo papel das SES era falado, mas não construído. Continuava uma relação com os municípios em que havia lutas pelo poder, ignorando o fato de que se tratava de espaços diferentes de atuação, a rigor complementares, em que seria esperada a ocorrência de relações de regulação, não de subordinação. Quanto às secretarias municipais, ocorria quadro de disparidade entre os municípios em relação a sua capacidade de assistência e vigilância à saúde.

Para dar início a um processo eficaz de planejamento, seria fundamental ter claro qual seria seu objeto: A saúde no estado? A prestação de assistência médico-hospitalar no estado? A assistência à saúde em cada uma das regiões do estado? O funcionamento da secretaria de saúde do estado? O funcionamento das secretarias de saúde dos municípios no âmbito do estado?

O número de perguntas é infinito. No entanto, depende da resposta o desencadeamento de uma série de atividades, centralizadas ou não, que requerem in-

formações diferentes e discussões junto a interlocutores variados, entre outras coisas. Também convém perceber as diferenças entre o planejamento realizado para/pelo nível central e aquele realizado pelas pessoas das instâncias regionais ou locais, porque seu conhecimento de aspectos globais e operacionais é distinto.

Com a retomada, em 2000, do entendimento do papel da gestão estadual, reiniciou-se o processo de negociação para a construção de um novo pacto entre os gestores das três esferas de governo, que resultou nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002). Ao retomar o papel da gestão estadual, a NOAS enfatizou a necessidade do planejamento, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Por outro lado, houve o retorno à iniciativa da NOB 96, de implantar a lógica da Programação e Pactuação Integrada (PPI), concedendo prioridade à Regulação.

Como a NOAS não foi capaz de resolver todos os problemas que pretendia, tornou-se necessário um novo acordo entre os gestores, agora denominado Pacto pela Saúde, formalizado em 2006. Dentre seus princípios, se destaca a retomada da ênfase na regionalização com uma perspectiva mais operacional e com maiores possibilidades de mobilizar os municípios.

## O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E O PACTO PELA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em 2007, os estados, no cumprimento do que estabelecem a Lei nº 8.142 e as normas do SUS, tiveram que elaborar os seus respectivos Planos Estaduais de Saúde para o período de 2008 a 2011. Embora não tenha sido prevista pelo Pacto, a conveniência da integração do processo de pactuação dos municípios e do estado, com a elaboração do Plano Estadual de Saúde, tornou-se óbvia.

Por outro lado, a instância federal do SUS espera a adesão dos municípios no processo de elaboração dos planos estaduais de saúde. Esta pode ser obtida de diversas maneiras, cujos extremos são a discussão individual entre cada estado e cada um de seus municípios, e a

discussão de cada estado com todos os municípios em seu território, coletivamente. Qualquer formato intermediário é possível.

Outro desafio é o de integrar as conclusões das Conferências Estaduais de Saúde a cada Plano Estadual de Saúde. Observa-se todo tipo de desenho, inclusive em função da composição dos municípios e da prática dos diferentes estados. Eles podem ser mais ou menos participativos, no âmbito de cada um dos estados e entre estes e “seus” municípios, mais ou menos normativos, dependendo da visão dos diferentes coordenadores dos processos e com atividades de comunicação mais ou menos adequadas. Uma visão mais prescritiva e uniforme de planejamento seria inviável num país com as características do Brasil.

A elaboração de um novo Plano Estadual de Saúde de São Paulo para o quadriênio 2008 a 2011, além de cumprir uma definição legal, foi necessária para a discussão e o restabelecimento de prioridades e ações para o SUS no estado. O objetivo maior do plano é o contínuo aperfeiçoamento do SUS e a consecução dos fundamentos do sistema: a universalização, a integralidade e a equidade da atenção à saúde no estado de São Paulo.

Houve grandes avanços no desenvolvimento do SUS no estado: extensão do acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como naquela de maior complexidade e desenvolvimento da descentralização e municipalização do sistema. Estes avanços ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e novas estratégias de enfrentamento.

A elaboração do Plano ocorreu no contexto do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria MS/GM n.º 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM n.º 699/2006, levando em conta as premissas apontadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do

SUS. Decidiu-se utilizar uma estratégia de elaboração do Plano, de modo a refletir a Política de Saúde desenvolvida no estado, de maneira participativa e contemplando a descentralização regional na saúde (com envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS e, em cada um destes, com participação municipal).

A construção do Pacto pela Saúde no estado de São Paulo se deu em sintonia e simultaneamente à elaboração do Plano Estadual de Saúde. A SES iniciou esse processo com a elaboração de uma primeira versão do Plano Estadual de Saúde. Esse processo resultou em um documento com 9 eixos e suas respectivas **Diretrizes Estratégicas e Objetivos**, a saber:

**Eixo I** - Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde;

**Eixo II** - Fortalecimento e aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Estadual;

**Eixo III** - Gestão da Educação e do Trabalho no SUS;

**Eixo IV** - Redução da Mortalidade Infantil e Materna;

**Eixo V** - Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Estado de São Paulo;

**Eixo VI** - Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas;

**Eixo VII** - Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS;

**Eixo VIII** - Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS;

**Eixo IX** - Tecnologias e Inovações em Saúde.

Essa primeira versão do Plano foi submetida à apreciação das equipes regionais e dos Secretários Municipais de Saúde, pois o planejamento da Gestão Estadual do SUS não se esgota na ação da SES, mas depende de sua articulação com os municípios. A partir daí, em ação bipartite, desencadeou-se um processo, por meio de Ofi-

cinas Regionais entre maio e junho de 2007, partindo do diagnóstico de situação de saúde regional, da definição das regiões de saúde e da constituição dos Colegiados de Gestão Regional.

Este tripé propiciou a identificação e explicação dos problemas prioritários em cada região e as contribuições para o Plano Estadual de Saúde - PES. Em seguida, foram realizadas Oficinas Regionais, em agosto/2007, para apoiar a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto pela Saúde. Contou-se com parceria realizada entre a SES e universidades paulistas, que atuaram junto aos DRS e ao nível central SES. O COSEMS contratou consultores para apoio aos municípios.

O processo de elaboração do PES obedeceu a seguinte sequência:

- ✔ Elaboração de um documento preliminar, com ênfase no diagnóstico;
- ✔ Revisão do documento preliminar pelas Coordenadorias e áreas técnicas da SES, observando a coerência entre diagnóstico e objetivos propostos; metas e indicadores selecionados;
- ✔ Ajustes de diretrizes, objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores de acompanhamento pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), integrando os Colegiados de Gestão Regional juntamente com os municípios;
- ✔ Definição de prioridades regionais específicas, não incluídas na versão preliminar do Plano Estadual;
- ✔ Planejamento do conjunto de ações estratégicas de saúde a serem efetuadas em cada região;
- ✔ Consolidação das contribuições, gerando uma nova versão do PES submetida a apreciação do pleno do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Inter-gestora Bipartite (CIB)

Concluída a elaboração do PES, passou-se à incorporação das deliberações da V Conferência Estadual de Saúde, realizada em outubro de 2007. A inclusão das recomendações da Conferência tornou o PES mais próximo das necessidades da população e incluiu o Conselho Estadual de Saúde no processo, levando à aprovação do Termo de Compromisso da Gestão Estadual (TCGE) e do Plano Estadual de Saúde em dezembro do mesmo ano.

Neste processo, ficou evidente a necessidade de programação e regulação do sistema, levando a uma aceleração no desenvolvimento de um projeto de Regulação compartilhado entre estado e municípios, em vias de conclusão para implementação, a partir de outubro de 2008. No final de 2007, 643 municípios tinham seus Termos de Compromisso de Gestão aprovados, e cada uma das 64 Regiões de Saúde do estado contava com seu Colegiado Gestor Regional implantado e funcionando.

## RESULTADOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E DO PACTO EM SÃO PAULO

O processo de implementação do Pacto e de elaboração do Plano Estadual de Saúde possui os seguintes pontos que merecem destaque:

- ✔ Condução de todo o processo realizada conjuntamente pela SES e pelos municípios, por meio do CONASEMS/SP, incluindo planejamento, programação e regulação realizados de forma integrada;
- ✔ Colegiados de Gestão Regional (CGR) construídos de forma descentralizada e implantados, permitindo a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), a partir de consenso nos CGR;
- ✔ Explicitação nos TCGM de “como” cada responsabilidade sanitária deve ser realizada, permitindo seu monitoramento;
- ✔ Alocação dos recursos oriundos do tesouro do Estado explicitada de forma detalhada, por município, de acordo com a residência do usuário;
- ✔ Envolvimento de todas as coordenadorias e áreas técnicas da SES na construção do Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE), em sintonia com o Plano Estadual;
- ✔ Elaboração do Plano Estadual de Saúde a partir do Diagnóstico Situacional Loco e Macrorregional, com a participação e envolvimento da quase totalidade dos municípios do estado;
- ✔ Elevado nível de motivação, compromisso e envolvimento do pessoal dos DRS;
- ✔ Relações de cooperação entre DRS e os municípios;
- ✔ Atuação “legitimadora” do nível central da SES na promoção institucional do processo e nas ações de apoio técnico;
- ✔ Entendimento, por parte dos municípios, da importância estratégica do processo de implementação conjunta do PES e do Pacto;
- ✔ Existência da proposta preliminar de Plano Estadual com os 9 eixos balizadores; e
- ✔ Conhecimento e experiência com o SUS por parte de alguns técnicos dos DRS e municípios.

Por outro lado, foram identificados como fragilidades do processo:

- ✔ Gestores municipais (especialmente de municípios de pequeno porte) insuficientemente preparados para o planejamento;
- ✔ Recursos humanos insuficientes em termos quanti e qualitativos nos DRSs;
- ✔ Tempo insuficiente para a elaboração do PES e do Pacto, em virtude da rotina e do acúmulo de novas Portarias e Programas do MS;
- ✔ Situações críticas em alguns DRS, impedindo a priorização das atividades para o PES e Pacto;
- ✔ Problemas gerenciais e organizacionais em alguns DRS;
- ✔ Pouca clareza, por parte de alguns atores envolvidos, sobre o Pacto de Gestão e a assinatura do Termo de Compromisso;
- ✔ Inserção do processo em momento de transição da reorganização da estrutura da SES (reforma em dezembro de 2006);
- ✔ Não incorporação, no período recente, do processo realizado anteriormente (PDR/PDI/PPI) nas tomadas de decisões da SES e regional;
- ✔ Descompasso entre os tempos da gestão municipal (em fase final) e da gestão estadual (em fase inicial); e
- ✔ Fontes de informações não confiáveis.

Esse processo gerou oportunidades para:

- ✔ Melhorias na área gerencial, na organização e na integração dos atores que compõem os sistemas regionais;
- ✔ Avaliação e controle dos fluxos de serviços;
- ✔ Identificação das necessidades da ampliação do acesso, com integralidade, às ações de saúde;
- ✔ Aperfeiçoamento das relações com outros órgãos do nível central e com os Municípios;
- ✔ Integração das equipes dos DRS, dos municípios, da instância intermunicipal e dos municípios com a instância regional;
- ✔ Troca de experiências entre os municípios e oportunidade para os técnicos da SES conhecerem a realidade dos municípios;
- ✔ Fortalecimento e qualificação das equipes técnicas da DRS (e dos municípios):
  - ✔ Conhecimentos atualizados sobre o SUS;
  - ✔ Elaboração do termo de compromisso de gestão;
  - ✔ Diagnóstico e análise da situação de saúde, com vistas ao planejamento, monitoramento e avaliação;
  - ✔ Concretização da regionalização graças à nova lógica de gestão prevista pelo Pacto, baseada nas regiões de saúde; e
  - ✔ Reestruturação e fortalecimento dos DRS.

Foram identificadas como ameaça ao processo:

- ✔ Motivação e envolvimento de alguns municípios no processo aquém do desejado, resultando em termos de compromissos “cartoriais”, com negociações mínimas e enfoque burocrático;
- ✔ Resistência por parte dos municípios, especialmente os de maior porte, que não compreendem a participação do estado no colegiado e não querem interferências externas (SES ou outros municípios) na sua gestão dos financiamentos do SUS;
- ✔ Dificuldades operacionais, por falta de clareza de metodologia nos colegiados e nas câmaras técnicas no começo dos trabalhos;
- ✔ Dificuldade na realização das atividades ligadas ao PES e ao Pacto, sendo que, em alguns DRS, a pressão de trabalho decorrente de situações locais particularmente críticas esgota as energias da equipe técnica;
- ✔ Dificuldade na assinatura do Termo de Compromisso de Gestão em ano pré-eleitoral; e
- ✔ Falta de garantia de que o PES viabilize as propostas de financiamento para os projetos de investimento que possam surgir a partir desse processo.

Este processo significou um avanço na construção do SUS-SP, com impacto sobre o processo de descentralização do sistema e o início de um processo de gestão regional que cria expectativas positivas para a construção de redes de atenção à saúde, que consolidem os avanços quanto à universalidade e que garantam a integralidade da atenção à saúde da população. ■■