



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

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO NA ANVISA

Maria Zilma dos Santos

Salvador - Bahia
2007

Maria Zilma dos Santos

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO NA
ANVISA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Vigilância Sanitária

Orientação: Prof. Dra. Carmen Fontes Teixeira

Salvador - Bahia
2007

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

S237i Santos, Maria Zilma dos.

A Institucionalização do Planejamento na Anvisa. / Maria Zilma dos Santos. –Salvador: M. Z. Santos, 2007.

140 p.

Orientador: Profª. Drª. Carmen Fontes Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Planejamento. 2. Gestão – Organização. 3. Gestão – Administração.
4. Avaliação. 5. ANVISA. I. Título.

CDU 614.2



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

Maria Zilma dos Santos

A Institucionalização do Planejamento na ANVISA

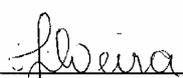
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de julho de 2007

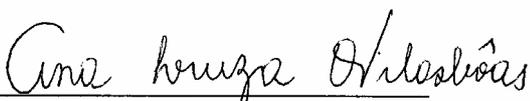
Banca Examinadora:



Profª. Carmen Fontes Teixeira / ISC - UFBA



Profª. Lídia Tobias Silveira /ANVISA/MS



Profª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas / UEFS

Salvador
2007

Maria Zilma dos Santos

à amada e doce Ana Júlia,
ao amado e terno João Vitor,
filhos do amor,
minha luz de cada amanhecer.

ao Eduardo Nakamura, (*in memoriam*) pela
sua luta incansável por uma saúde pública
digna e, por ter proporcionado a minha
participação nessa história.

Desfrutar o momento ou cuidar do amanhã? (...)

O cérebro humano é formado por circuitos modulares que não estão perfeitamente integrados. A perspectiva concreta de gratificação imediata de certos desejos ativa uma região do cérebro - o sistema límbico – que demanda pronta satisfação, sem se importar com o amanhã. Mas a impaciência do curto prazo não é tudo. O primata impulsivo que nos agita em segredo tem um adversário à altura: o córtex pré-frontal, que pondera os prós e os contras de diferentes escolhas e não se deixa levar com facilidade pela sedução do momento.

Se a atração pelo prazer do momento (...) ata-nos ao presente, os cuidados com o amanhã imaginado (...) elevam-nos ao futuro.

No sempre renovado embate entre a impulsividade da cigarra límbica e o calculismo prudente da formiga pré-frontal, o resultado não está dado de antemão.

Eduardo Giannetti, “o valor do amanhã”

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas oportunidades que tenho na vida.

Minha eterna gratidão às pessoas que me ajudaram nessa realização:

à professora Carmen Teixeira, pela generosa orientação acadêmica;

aos entrevistados, pela receptividade e disponibilidade, contribuindo com importantes informações para o desenvolvimento deste trabalho;

aos que caminharam comigo o dia a dia deste período denso, difícil e tão importante de minha vida;

à Lídia, pelo carinho, compreensão e apoio desmedido durante o período de realização deste trabalho;

à Patrícia e Rosângela, pela disponibilidade cristã, paciência e contribuição afetuosa nos momentos em que quase capitulei;

à Yaskara, Luciana e Patrícia, por tornarem mais leves minhas obrigações para que eu pudesse me dedicar à conclusão dessa árdua missão a que me propus;

aos companheiros de trabalho da Assessoria de Planejamento da Anvisa, pelo apoio, incentivo e acolhimento nos momentos de tensão e angústia, em especial, Rodrigo e Ericka;

à Alessandra pelo carinho e paciência de todos os dias;

aos colegas do mestrado, novos amigos, pelo agradável e solidário convívio durante o curso;

à Auristela e Letícia pela valiosa contribuição;

e, aos meus filhos, por tudo que fizeram ou deixaram de fazer para facilitar essa minha realização.

RESUMO

As diferentes definições de planejamento variam conforme o papel que o Estado exerce na formulação e implementação das políticas em um determinado momento ou conjuntura específica. Nesse estudo, o planejamento é parte de um pensamento estratégico e não um método é um modo de entender os problemas de saúde. É um processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar o conjunto de propostas de ação, visando intervir sobre um determinado recorte da realidade. Esse estudo busca demonstrar a realidade do planejamento institucional e teve como objetivo principal descrever e analisar o processo de planejamento na Anvisa, no período de 1999 a 2006. Para isso, foi realizada revisão documental, incluindo os produtos do processo de planejamento, quais sejam, Plano Plurianual, Contrato de Gestão, Plano Nacional de Saúde e Programação Anual. Foram realizadas entrevistas com os diretores presidentes e os coordenadores de planejamento da Agência no período estudado. Os resultados foram sistematizados tomando como referência os elementos que compõem o “postulado da coerência” formulado por Mario Testa, isto é, o propósito, método e organização em cada um dos momentos correspondentes às distintas gestões da Agência, no período. Constatou-se que, o planejamento na Anvisa apresenta certo grau de institucionalização, porém, ainda é entendida pela alta Direção apenas nos limites da sua dimensão técnica. O estudo revela que os produtos do planejamento não foram utilizados como ferramenta na gestão e que o esforço de estruturação das práticas de planejamento e programação foi interrompido após a elaboração dos referidos documentos, caracterizando apenas o cumprimento das determinações legais. É clara a separação que se estabelece entre planejamento e a execução das atividades, sem a compreensão de que o planejamento deve ser um processo permanente, como forma de garantir o êxito na elaboração e na execução das diretrizes da organização. Conclui-se que o planejamento na Anvisa não se constitui numa prática cotidiana valorizada em todos os setores. É uma ação desvinculada do orçamento e a programação, o monitoramento e a avaliação não são procedimentos reconhecidos no processo de gestão.

Palavras chave: planejamento, gestão, monitoramento e avaliação, orçamento.

ABSTRACT

The different definitions of planning vary according to the role the State plays on the formulation and implementation of the policies at any specific moment or conjuncture. In this study, the planning is a part of strategic thinking and not a method; it is a way to understand health problems. It is also a process that consists of drawing, executing, following and appraising the proposed action as a group, aiming to reflect only a specific part of the reality. This study tries to show the reality of institutionalized planning and has as its main objective to describe and analyze the process of planning at ANVISA, in the period between 1999 and 2006. For this purpose, a review of documents, including the results of the planning process; which are the Pluriannual Plan, the Managing Contract, the National Health Plan and the Annual Program; were completed. The main directors, the coordinators and the coordinators of planning area in the Agency were interviewed during the period studied. The results were organized taking reference to the "Coherence Postulate" by Mario Testa, which are, the objective, the method and the organizations in each of the references related to during the management process at the Agency in this period. It was demonstrated as a result that the planning at ANVISA presents a certain degree of institutionalization although the directors see it only in the limits of the technical dimensions. The study reveals that the results of the planning were not used as a tool in the management process and that the effort of structuring the uses of the planning and programming were interrupted after the creation of the documents, showing only the obedience of the legal agreements. There is a clear distinction which is made between the planning and accomplishment of the activities, without the understanding that the planning must be a permanent process, as a way of assuring success in the creation and accomplishment of the organization policies. We could conclude that planning at ANVISA is not a valued daily practice in all sectors. It is an action which is not related to the budget of the Program, the monitoring and appraising are not well-known procedures in the management process.

Key words: planning, management, monitoring and appraisal, budget.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAVS - Assessoria de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária

AFE - Autorização de Funcionamento de Empresas

ANVS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APLAN - Assessoria de Planejamento

ASCOM - Assessoria de Comunicação

CENDES - Centro Nacional de Desarrollo

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CCPS - Centro Panamericano de Planificação em Saúde

CG - Contrato de Gestão

CGPL - Coordenação Geral de Planejamento do MS

CGTEC - Coordenação Geral de

CGU - Controladoria da Geral da União

CGPL - Coordenação Geral de Planejamento

Copesq - Comissão de Pesquisa

DICOL - Diretoria Colegiada

FDG - Fundação para o Desenvolvimento Gerencial

GADIP - Gabinete do Diretor Presidente

G - Gerência

GG - Gerência - Geral

GGGAF - Gerencia Geral de Gestão Administrativa a Financeira

GGLAS - Gerência Geral de Laboratório Analítico de Saúde

GGRHU - Gerência Geral de Recursos Humanos

GGTES - Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde

GGTIN - Gerência Geral de Tecnologia da Informação

GPD - Gerenciamento Pelas Diretrizes

GRR - Gerenciamento de Rotina baseado em processos Reestruturados

GT - Grupo de Trabalho

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

MPO - Ministério do Planejamento e Orçamento
MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS - Ministério da Saúde
NADAV - Núcleo de Assessoramento a Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária
NAEST - Núcleo de Assessoramento à Gestão Estratégica
OGU - Orçamento Geral da União
OPAS/ OPS - Organização Panamericana de Saúde
PDCA - Planejamento, execução (do), verificação (check), agir (act)
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDVISA - Plano Diretor da Vigilância Sanitária
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PAF - Portos, Aeroportos e Fronteiras
PLANOR - Planejamento e Orçamento
PL - Projeto de Lei
PMG - Programa de Melhoria da Gestão
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPA - Plano Plurianual
RI - Regimento Interno
SALTE - Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SEPLAN - Secretaria de Planejamento
SIGPLAN - Sistema de Informações Gerenciais
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SISPLAM - Sistema de Planejamento e Monitoramento
SISPOM - Sistema de Planejamento, Orçamento e Metas
SNVS - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SPA - Secretaria de Planejamento
STP - Saúde Para Todos
SUS - Sistema Único de Saúde
SVNS - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SVS - Secretaria de Vigilância à Saúde
TA - Termo Aditivo
VISA - Vigilância Sanitária
CIT - Comissão Intergestores Tripartite

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO.....	14
1. ELEMENTOS PARA UM REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
1.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA	20
1.1.1. O Planejamento Estratégico Situacional	21
1.1.2. O enfoque estratégico da Escola de Medellín	22
1.1.3. O Planejamento Estratégico segundo o pensamento de Mario Testa.....	23
1.2. PLANEJAMENTO NO BRASIL: PRÁTICAS E PRODUTOS.....	28
1.2.1 O Plano Plurianual.....	31
1.2.2. O Contrato de Gestão	37
1.2.3 O Plano Nacional de Saúde	39
2. ANVISA: CARACTERÍSTICAS DA ENTIDADE E GESTÃO PÚBLICA	41
2.1 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO NA ANVISA	42
2.2 FORMALIZAÇÃO DOS COMPROMISSOS DE GESTÃO NA ANVISA	44
2.2.1 Plano Plurianual (PPA).....	46
2.2.2 Contrato de Gestão (CG)	48
2.2.3 Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007.....	52
2.2.4 Planejamento e Orçamento - PLANOR	54
3. PERCURSO METODOLÓGICO	57
3.1 DESENHO DO ESTUDO	58
3.2 PRODUÇÃO DOS DADOS	59
3.2.1 Identificação e análise documental.....	59
3.2.2 Entrevista.....	60
3.2.3 Observação participante	61
3.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS	62
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	62
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	64
4. RESULTADOS DA PESQUISA: ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PLANEJAMENTO NA ANVISA.....	65
4.1 PRIMEIRO MOMENTO: 1999 A DEZ 2002.....	66
4.1.1 Atores	66
4.1.2 Propósito.....	67
4.1.3 Método.....	74
4.1.4. Organização.....	84

4.2 SEGUNDO MOMENTO: MARÇO DE 2003 A JUNHO DE 2005	89
4.2.1 Atores	89
4.2.2 Propósito.....	90
4.2.3 Método.....	94
4.2.4 Organização	101
4.3 TERCEIRO MOMENTO: A PARTIR DE JULHO DE 2005	107
4.3.1 Atores	108
4.3.3 Método.....	112
4.3.4 Organização.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
APÊNDICES	131
APÊNDICE A - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	131
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
APÊNDICE C - CARTA DE SOLICITAÇÃO AO DIRETOR PRESIDENTE.....	133
APÊNDICE D - MATRIZ DE ANÁLISE DOCUMENTAL	134
APÊNDICE E - ROTEIROS DE ENTREVISTAS.....	139
DIRETORES PRESIDENTES	139
COORDENADORES DE PLANEJAMENTO.....	140
APÊNDICE F - DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	140

INTRODUÇÃO

O Brasil, Estado federativo, democrático e de direito, traz na sua Carta Magna a conquista de um importante referencial dos direitos sociais do cidadão brasileiro: o reconhecimento do direito à saúde e a obrigação do Estado em garantir a sua promoção, proteção e recuperação¹. Essa conquista, segundo Costa e Rosenfeld (2003), é produto do movimento nacional pela democratização da saúde, a Reforma Sanitária, assumindo em seu corpo grande parte das proposições sistematizadas na 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986. Também, a Carta Magna de 1988, propôs mudanças na gestão pública, ao conceber planos e instrumentos de planejamento, sobre os quais falaremos neste trabalho.

O planejamento público brasileiro, a despeito de suas lacunas, vem evoluindo ao longo dos anos, registrando seus primeiros passos já na Constituição de 1946². Esta Constituição, denominada “planejamentista”, já se referia aos planos setoriais e regionais, com reflexos no orçamento, a exemplo do que se vê nos dias de hoje. Porém, até 1964, os planos eram caracterizados por contemplar somente elementos de despesa, com ausência de uma programação com objetivos, metas e recursos reais. Ou seja, o plano era desvinculado do orçamento e sem estruturas técnicas administrativas.

Com o início do período de governo militar, o planejamento governamental ganha formalização e institucionalização, assim como a programação econômica, por influência da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e dos militares que, por formação, valorizam o planejamento e a estratégia. No entanto, vale lembrar que o planejamento implantado foi o adotado no setor privado, o que não atendia na integralidade o setor público, dada as suas características próprias de gestão.

Na década de 80, o quadro que se apresentava na gestão pública brasileira era de notória insuficiência do planejamento normativo economicista (GARCIA, 2000). Ou seja, o

¹ Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e da outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.

² http://www.planejamento.gov.br/conheca_mp/conteudo/historico.htm

planejamento público encontrava-se em deterioração, com o modelo financeiro falido e perda da legitimidade dos dirigentes políticos militares.

Em meio a essas questões, há a pressão para a transição democrática dos anos 80, que redundou na convocação da Assembléia Nacional Constituinte. A nova Constituição, também chamada de Constituição Cidadã, fruto desta Assembléia, com todo o avanço, não conseguiu superar a concepção normativa economicista e reducionista do planejamento governamental, ignorando a nova realidade social, cultural e econômica e os avanços teóricos do planejamento público moderno em uma perspectiva estratégica.

Porém, com a nova Constituição e todas as mudanças no aparelho do Estado e, ainda, o movimento em direção à criação de cultura de planejamento público, uma vez que ficou patente a importância desse instrumento para o desenvolvimento do País, o que se viu na década de 90 foi a incorporação de aspectos relacionados à dimensão política na gestão pública, como a participação de agentes sociais e a adoção de conceitos como transparência, gestão, *accountability*³, equidade e justiça.

A década de 90, com as mudanças no cenário econômico e social – internacional e nacional – que levaram ao questionamento do Estado, repercutiram também na área da saúde no Brasil. Foi uma época marcada por discussões sobre o papel do Estado, modernização administrativa, desregulamentação e privatização, sendo que as mudanças ocorridas fortaleceram o papel regulador do Estado, com a criação de agências – reguladoras ou executivas – tendo como pano de fundo a responsabilidade de dotar esse Estado de qualidade e eficiência.

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Busca-se o fortalecimento das funções de regulação e de coordenação do Estado, particularmente no nível federal, e a progressiva descentralização vertical para os níveis, estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e infra-estrutura. (MARE, 1995).

³ Prestação de contas. Diz respeito à responsabilidade de uma pessoa ou de uma organização com relação à aplicação dos recursos financeiros empregados na produção de bens ou prestação de serviços.

Ao tempo em que se discutiam as reformas do aparelho do Estado, questionando instituições e papéis institucionais, numa tentativa de delimitar suas ações para áreas típicas, também o Estado avançava na discussão de instrumentos de gestão para melhorar o uso dos seus cada vez mais escassos recursos. Essa discussão não se limitou aos aspectos econômicos, mas envolveu também as questões sociais, como a área da saúde e, em específico, a da vigilância sanitária – foco deste estudo.

Até 1988, a vigilância sanitária era identificada como “um conjunto de medidas que visa elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário, relativas a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde.” (COSTA e ROSENFELD, 2003).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a vigilância sanitária assume maior significado dentro da saúde pública. Com a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde, a Vigilância Sanitária recebeu como atribuição “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Dessa forma, suas ações passaram a ter como fim a promoção, proteção, cura e reabilitação da saúde, nas três dimensões tecnológicas – baixa, média e alta complexidade e nos três níveis de governo – federal estadual e municipal. Ou seja, assume a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Segundo Costa e Rozenfeld (*ibidem.*), tal definição é uma evolução, resultado do processo social de democratização da saúde no país, legitimado na Constituição Federal de 1988. Por essa definição, a vigilância sanitária adquire maior significado, coincidindo com o início do processo de quebra do modelo de atuação pública tradicional predominante no setor: a prática cartorial e clientelista e o isolamento em relação às demais ações de saúde. (SOUTO, 2004). Essas mudanças propiciaram que a vigilância sanitária deixasse de ter visão mais burocrática, que predominou até meados da década de 80, e passasse a incorporar, em seu discurso, a saúde do consumidor.

As funções de vigilância sanitária eram então exercidas pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS) que se tornou, posteriormente,

Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS/MS) somente. Lucchese (1992, *apud* SÁ, 2006) descreve a então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária como uma área cronicamente deficiente de recursos e meios, na qual era inerente um “conflito de identidade”, composto por duas alternativas praticamente excludentes: atender mais rapidamente às demandas das empresas ou zelar pela saúde da população mediante a melhor qualidade na análise dos processos.

A Secretaria de Vigilância Sanitária também apresentava baixa capacidade governativa, tanto na área de medicamentos quanto no setor de serviços. Segundo Lucchese (2001), no âmbito do Ministério da Saúde poucas pessoas percebiam a importância da vigilância sanitária para a sociedade, o risco que isso implicava e o desconforto que a incerteza da ação regulatória estatal trazia ao agente privado.

Em meio a esse dilema é que a vigilância sanitária no País, no fim da década de 90, vive um período conturbado de denúncias de corrupção e de total ineficiência em sua gestão, com o mercado apresentando diversos produtos falsificados ou inócuos. O Brasil, um país de tradição administrativa patrimonialista, suscetível aos poderosos interesses políticos e econômicos, carecia de mudança na situação vigente. O modelo hegemônico e ineficaz clamava por novas formas de pensar e atuar em saúde, favorecendo a construção de propostas que privilegiassem a intervenção sobre determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (PAIM, 2001).

De um lado, segundo Piovesan (2001), o cenário político apresentava-se favorável para reforma e, de outro, tinha-se a vigilância sanitária na agenda política, compondo assim um quadro ideal para criação de uma agência reguladora na área da saúde. Desta forma, foi criada pelo então Ministro da Saúde José Serra, através da Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – anteriormente ANVS e atualmente Anvisa. Sua característica é de autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia financeira, independência administrativa e decisória, quadros próprios qualificados e regras específicas para compras e serviços. Outra característica importante é a sua tomada de decisão, que ocorre por meio de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco diretores indicados pelo Presidente da República e aprovados pelo Senado Federal. Esses dirigentes têm estabilidade no cargo, conferida por mandatos não coincidentes, cuja destituição é prevista em caso de comprovação de improbidade administrativa.

Este estudo propõe descrever e analisar os processos de planejamento e seus produtos voltados para a gestão da vigilância sanitária e suas inter-relações com os momentos vividos por essa área no País, a partir da criação da Anvisa. A pesquisa tem como população e área de estudo os Diretores-Presidentes, os Coordenadores da área de Planejamento e os documentos formais de governo (produtos do planejamento): o Plano Plurianual (PPA), o Contrato de Gestão (CG), o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o documento de referência da Anvisa para programação anual, o Planejamento e Orçamento (PLANOR).

A motivação para a realização deste trabalho se reforça, principalmente, pela inexistência de estudos sistemáticos sobre esse tema na Anvisa. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi colocada a seguinte pergunta de investigação: ***Como vem se desenvolvendo o processo de planejamento na Anvisa?*** Para responder a essa pergunta foi definido como objetivo principal de investigação, *descrever e analisar o processo de planejamento e seus produtos no período de 1999 a 2006*, e como objetivos secundários a *identificação dos momentos e atores envolvidos*, tendo como hipóteses a serem verificadas ao fim desse estudo: *i. os produtos do planejamento (planos, contratos e programações) traduzem parcialmente os propósitos da Instituição, porém não são utilizados na construção de sua viabilidade e na legitimação das mudanças institucionais; ii. o planejamento como ferramenta de gestão, implica na utilização de práticas mais estruturadas, com acompanhamento e validação dos compromissos formais de governo assumidos nos planos, contratos e programações, em coerência com os propósitos estabelecidos.*

Assim, este trabalho é composto de quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo traz o resultado de uma revisão bibliográfica acerca do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil. O segundo capítulo aborda as características da Anvisa e o modo como ocorre a formalização de seus compromissos de gestão pública, obrigatórios segundo a legislação brasileira, inclusive os produtos do processo de planejamento. O terceiro capítulo, por sua vez, descreve a metodologia utilizada para a realização da pesquisa e, por fim, o quarto capítulo aborda os resultados obtidos, considerando os três momentos de gestão – três diferentes diretores-presidentes da Anvisa. Apresenta uma análise crítica sobre tais resultados, à luz do Postulado da Coerência, isto é, analisando os propósitos, os métodos e a organização do processo de planejamento desenvolvido em cada período.

1. ELEMENTOS PARA UM REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos diversos e importantes dão conta da gênese do planejamento desde a criação do Estado soviético. Em estudo recente, Vilasbôas (2006) argumenta que:

(...) o planejamento tem sido designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhos, como construção dialética dos conceitos e vivências acumuladas. (VILASBÔAS, 2006, p. 21)

A referida autora (*ibidem*) abordando a teoria de Testa afirma, ainda, que as diferentes definições de planejamento variam conforme o papel que o Estado exerce na formulação e implantação das políticas em um determinado momento ou conjuntura específica. Como ação social, o planejamento pode ser visto como prática social; e, em sua dimensão técnica, tem o papel de transformar um objeto em produto vinculado a uma realidade resultante da atuação humana. Reitera que o ato de planejar é:

Um processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar o conjunto de propostas de ação, com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou a modificação de uma determinada situação. (VILASBÔAS & TEIXEIRA, 2001).

Na medida em que se constitui como um meio de desenhar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais, o planejamento é uma ferramenta organizacional para condução da ação, mediada/subordinada à cultura organizacional (RIVERA & ARTMANN, 1999).

Tais conclusões colocam o planejamento como importante ferramenta da gestão para responder ao desejo de transformação da realidade social, vinculada diretamente à capacidade e vontade política, assim como para a condução de uma prática institucional transformadora.

Este capítulo se propõe a fazer, inicialmente, uma revisão bibliográfica acerca do planejamento na América Latina e no Brasil, enfocando, as propostas metodológicas desenvolvidas nos últimos quarenta anos, em especial o Postulado de Coerência de Mário Testa, tomado como referencial para o desenvolvimento do estudo. Em seguida analisa os produtos do processo de planejamento governamental no Brasil.

1.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Na década de 60, a América Latina estava convencida de que o uso do planejamento normativo levaria à “transformação do atraso e da pobreza em novos modelos de riqueza (...) com normas de conteúdo racionalizadores (...) e que o objeto do planejamento era o sistema sócio-econômico” (TESTA, 1992).

O Centro Nacional de Desarrollo (CENDES) da Universidade Central da Venezuela e técnicos ligados às idéias da CEPAL constroem um método de programação em saúde - o método CENDES/OPS, que é assumido pelos países latino-americanos presentes na Reunião de Punta del Este. Segundo Kalil e Paim (1986), o método propunha como idéia central a eficiência no uso dos recursos e o planejamento nacional entendido como somatório dos planejamentos locais das chamadas áreas programáticas. Além de compatibilizar a saúde com os planos econômicos, a implantação do método facilitaria a formação de planejadores nos diversos países envolvidos.

As condições históricas configuradas nos países latino-americanos na segunda metade da década de 60 e na década seguinte, entretanto, inviabilizaram a institucionalização desse método e propiciaram o surgimento do enfoque estratégico, inicialmente incorporado à proposta metodológica do Centro Panamericano de Planificação de Saúde (CPPS), em meados da década de 70.

Para Rivera e Artmann (1999), o planejamento estratégico surge como reconhecimento da complexidade do seu objeto (a realidade social) ao introduzir as idéias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do ato de planejar, assim como da importância da viabilidade política, que passa a ocupar o papel central na nova proposição.

Destaca-se que esse movimento aconteceu em um importante momento da América Latina, de substituição dos regimes burocrático-autoritários por governos com aspirações e compromissos de redemocratização, quando se abriram espaços para discussões de políticas sociais nas esferas de governo e na sociedade. (TESTA, 1989). O planejamento passa a ser

visto como um instrumento para a promoção de mudanças econômicas, sociais e políticas, não sendo, portanto, “possível modificar um setor com proposta setorial, mas pode criar condições para modificar o social a partir do social mesmo” (TESTA, 1989).

Giovanella analisando Testa aponta que o planejamento estratégico pode ser compreendido, na Saúde, como formulações que buscam romper com a normatividade de um “deve ser”, que se impõe sobre a realidade. Admite o conflito entre forças sociais com interesses distintos sobre a situação problema a ser enfrentada, considera o problema do poder e a análise para a construção da viabilidade política, como parte do processo de planejamento (GIOVANELLA, 1990).

Neste enfoque destacam-se três vertentes: a do planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, o enfoque estratégico da Escola de Medellín, que não são objeto deste estudo, e o pensamento estratégico de Mário Testa, que é tomado como referencial para a realização deste estudo. Alguns estudiosos apontam que Matus e Testa compartilham de algumas idéias, sobretudo a respeito da significação estratégica do plano, da necessidade de considerar o problema, da construção da viabilidade e da existência da oposição, entre outras. Entretanto, Testa critica Matus pela substituição da normatividade técnico-econômica em detrimento de uma normatividade política, o que reduziria a eficácia de sua proposta (TESTA, 1992).

Para melhor entendimento da contribuição específica do pensamento de Mario Testa, este estudo traz uma breve abordagem das demais propostas.

1.1.1. O Planejamento Estratégico Situacional

O Planejamento Situacional, na formulação de Carlos Matus, tem como preocupação central a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Para esse autor, governar exige a necessária e permanente articulação de três variáveis: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema.

A planificação situacional refere-se à arte de governar em situações de poder compartilhado, o que significa dizer, governar nas situações mais comuns da realidade. Para Matus, aquele que planifica realmente é o que realiza o cálculo último de síntese que precede e preside a ação. É um método de planejamento centrado em problemas e operações para enfrentá-los. O plano é modular, concebido em momentos: momento “explicativo, (...) é o equivalente do diagnóstico da planificação normativa; momento normativo, (...) o desenho do que deve ser; momento estratégico, (...) surge então o problema da viabilidade; e momento tático-operacional, (...) em que toda análise acumulada deve transformar-se em ação estratégica” (MATUS, 1989).

Segundo Matus (*ibidem*), dependendo do grau de formalidade do cálculo, ou seja, de como estão regulamentados os procedimentos práticos, o planejamento pode assumir diferentes formas de expressão:

- a) Formato estruturado – com procedimentos formalizados para elaboração de proposta de ação, calcado na análise situacional, da coerência, da viabilidade das proposições, incorporando o acompanhamento e a avaliação das propostas para uma revisão sistemática.
- b) Formato não estruturado – um cálculo estratégico sistemático, sem formalidades. (VILASBÔAS, 2006, p. 24)

De acordo com Teixeira e Paim (2000), o PES foi intensamente difundido nos últimos 20 anos, inicialmente no meio acadêmico e, posteriormente, pelos organismos internacionais. Sua concepção está calcada numa teoria geral de planificação, capaz de subsidiar as práticas nas situações mais comuns, em qualquer realidade social e histórica. Para o setor público, o PES é considerado uma ferramenta importante para o processo de gestão. Vilasbôas (2006) acrescenta, entretanto, que Matus não destaca a problemática do sujeito, supondo já estarem prontos para o cálculo que precede e preside a ação, enquanto Testa privilegia a constituição dos sujeitos para intervenção nas instituições.

1.1.2. O enfoque estratégico da Escola de Medellín

A Escola de Medellín é uma linha desenvolvida pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Medellín, Colômbia, que tem como nomes de referência J.J. Barrenechea e E. Trujillo. Essa linha de pensamento teve início nos anos 60 e pode ser

considerada como norteadora das ações da Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Também se baseia em uma crítica ao enfoque normativo, privilegiando a reflexão sobre os aspectos político-gerenciais envolvidos na transformação de sistemas de saúde.

Uma síntese dessa reflexão pode ser encontrada em Chorny (1998), para quem o planejamento normativo ou tradicional relaciona os objetivos e as metas com recursos mediante algum tipo de elaboração mental que permita estabelecer quais seriam essas relações. Acredita que a seleção de recursos e de ações a serem realizadas somente sairá da fase baseada em opiniões e princípios quando a decisão for tomada por critérios que levem em consideração os custos e benefícios. Isso exige procedimentos, registros e investigações que permitam obter dados e informações mais profundas sobre a realidade do setor. Aliás, o excesso e a redundância da informação também podem ser prejudiciais tanto quanto a sua falta para o planejamento e a gestão institucional.

Este viés normativo e economicista é substituído pela preocupação com a análise setorial e institucional, especialmente em seus aspectos administrativos e gerenciais, tomando-se como ponto de partida a identificação de problemas e a seleção de prioridades de intervenção. Como antecedentes mais imediatos da Escola de Medellín, apontam-se as Estratégias e o Plano de Ação para alcançar a *Saúde para Todos* no ano 2000 (STP/2000), nas Américas, com o objetivo de diminuir as desigualdades de acesso aos sistemas de saúde.

Para esta proposta, a atenção primária é adotada como principal estratégia, sendo que, para o planejamento em saúde, os “espaços população” constituem-se no seu objeto privilegiado de atenção. Nessa perspectiva, este enfoque se difundiu particularmente no âmbito do movimento em torno da implantação de Sistemas Locais de Saúde – SILOS, como parte do processo de descentralização da gestão de sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2001).

1.1.3. O Planejamento Estratégico segundo o pensamento de Mario Testa

Mário Testa, a partir da sua autocrítica e crítica ao planejamento normativo, modelo do qual era adepto, reflete sobre o fracasso das tentativas de transformações sociais no contexto

de países da América Latina, alterando sua linha de pensamento. Ou seja, passa a entender o planejamento como parte de um pensamento estratégico e não apenas como um método.

Para alguns autores, a teoria de Testa não resulta numa proposta de método de planejamento, mas indica um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento voltados para o comportamento dos atores sociais. A ênfase está na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde como práticas ideológicas, confirmadoras de seus sujeitos e “entende saúde como jeito de andar a vida” (TESTA *apud* GIOVANELLA, 1990).

Testa (1989) acredita que o Estado desempenha um papel determinante nos propósitos de governo, principalmente em se tratando de governos capitalistas dependentes, como os dos países latino-americanos, interessados na garantia de sua continuidade. Nestas condições, o desenho estratégico configura-se na busca da eficácia do plano. A existência do plano seria a exigência para o desenho da estratégia, que se materializaria no plano como forma de implementação da política. Para esse autor, quanto mais maduro o capitalismo, menos importância tem a razão política e a razão estratégica na estruturação das relações, resultando em múltiplas alianças, o que seria coincidente com uma determinação de método e propósito a partir das organizações.

Esse autor propõe, para o planejamento da saúde, “integrar o cálculo tradicional – referente ao diagnóstico e a proposta administrativa – com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e a análise das repercussões das ações propostas sobre esta estrutura, procurando traçar uma aproximação da proposição de Habermas: criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação.” (TESTA, 1992).

A estratégia, para Testa (1995), não é uma maneira de alcançar a meta, mas de se colocar em situação de aproximação para alcançá-la, ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao próprio desempenho. Neste sentido, o pensamento estratégico deve ser utilizado em disciplinas que têm algum tipo de enfrentamento, onde não se pode agir sem pensar estrategicamente: entre inimigos, no jogo, na política, entre seres humanos e objetos não humanos, por exemplo, a natureza, ou entre instituições e circunstâncias externas, administração ou planejamento.

O fundamento dessa proposição para o planejamento em saúde resulta na compreensão do planejamento como prática histórica, espaço de construção de estratégias de transformação social. Ou seja, *o propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social e esse pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade, intervir na construção da história.* (GIOVANELLA, 1990).

Para dar consistência ao seu pensamento, Testa (1989) se apóia no Postulado da Coerência como uma necessária *relação entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam de realizá-los.* Afirma que *a dinâmica do relacionamento entre essas categorias marca os parâmetros do planejamento, necessário nestas condições históricas.* O *Postulado da Coerência* situa os problemas de saúde enquanto problemas sociais, a compreensão e análise do Poder na sociedade e no próprio setor saúde. Em seu livro *Pensar em Saúde*, Testa (1992, p 112), refletindo sobre seu Postulado, discute os três pontos focais: *o propósito, o método e a organização.*

1. Os *propósitos*: os propósitos de um governo podem ser definidos como de legitimação, de crescimento e de transformação. O propósito permanente corresponderia à *legitimação da situação atual*, isto é, *sua própria legitimação como governo*, confirmador de suas *características dominantes da formação econômico-social*, para a sua manutenção. O *propósito principal* corresponderia ao *crescimento*, à faculdade de produzir. O *propósito possível* corresponderia ao acesso às condições que conduzem a uma *transformação*, ou seja, a uma nova forma de estrutura social – o propósito de mudança social.

2. O *método*, por sua vez, é a teoria de como se pretende solucionar o problema. Assim, pressupõe a existência de uma questão específica. Se os enfoques são conflitivos, geram métodos diferentes ou contraditórios, devendo, portanto, ser testados teoricamente, até gerar um resultado com respaldo científico.

3. A *organização*: é o terceiro componente do Postulado, formatado a partir de determinações sociais, culturais, políticas e econômicas, ou seja, da história, fator que determina as formas de organizações de uma sociedade. Funciona como aspecto institucional ou com a consolidação burocrática de uma organização, o grupamento de pessoas com interesses comuns: os atores sociais. Portanto, a análise de organizações em um momento histórico, remete a determinações advindas do passado e do momento atual. A determinação

da história atual e a do passado explicam a existência de uma estrutura organizacional, sua adequação às necessidades do momento, sua funcionalidade, sua condição para legitimação, ou seja, a *sua variabilidade*.

Analisado por Rivera (1995), a institucionalização organizacional seria caracterizada pela formalização das relações internas à organização e pela normatização dos métodos de trabalho. Essa institucionalização equilibrada poderia gerar determinações recíprocas, implicando na possibilidade de determinar os propósitos de governo ao gerar comportamentos baseados na aquisição de capacidades profissionais estabelecidas “de um que fazer útil”. As organizações com potencialidade transformadora são conscientes da sua dominação. Para esse autor, institucionalizar implicaria em normas reconhecidas legitimamente em contextos comunicativos.

Assim, para melhor compreensão, uma organização seria determinada pelos propósitos definidos e pelo método adotado, ou quando a organização carregar maior tradição e estabilidade, ela própria determina os propósitos e o método, mesmo condicionada por eles. Desta forma, os propósitos de uma organização seriam determinados pelo papel do Estado, o método adotado seria determinado pela teoria referente ao objeto em questão e a forma de organização seria determinada pela história que, por sua vez, determina o papel do Estado e influi sobre a teoria, sendo construída pelos sujeitos sociais constituídos (TESTA, 1989).

Segundo Paim (2002), a organização e gestão em serviços de saúde ainda não dispõem de sólida base teórica ou experiência sistematizada na literatura brasileira que permita orientar as ações de planejamento. Esse autor (*ibidem*) cita, porém, concepções de organização como ação (ato de organizar) que dispõe as partes de forma articulada, dividindo tecnicamente o trabalho para atingir determinado objetivo. Pode ser expresso em forma de organograma, regimento e normas administrativas. É a organização da ação para implementar políticas e programas, concretizar objetivos sociais coletivamente estabelecidos; organização como estrutura configura algo estabelecido, como o Estado e, organização como saber ou disciplina é a sistematização de experiências, estudos e reflexões.

Para Testa (1989), outro fator central na análise das organizações e fundamental na capacidade transformadora dos sujeitos é o *Poder*. Para esse autor (*ibidem*), o conceito de organização abarca não só o aspecto institucional como os atores sociais com seus interesses

diferenciados. Assim, o poder é visto não como qualquer poder, mas aquele que é exercido pela ação consciente do povo que luta por liberdade. O poder da sociedade estaria situado em ambos os sentidos da organização.

Na saúde tem-se como principais tipos de poder, o técnico, o administrativo e o político, cada qual resultante da capacidade individual e/ou da capacidade de um grupo social (TESTA, 1989). O poder técnico decorre da capacidade de gerar e trabalhar com informações de características diferentes. O poder administrativo decorre da capacidade de se apropriar e atribuir recursos, enquanto que o poder político decorre da capacidade de mobilizar grupos sociais. Tal capacidade resulta, como propõe o autor (*ibidem*), em uma prática, cuja principal característica é impactar de uma maneira definida, os atores sociais que tomam parte nessa prática como mobilizadores ou mobilizados.

Essa prática vai depender da visão da realidade, entendido por Testa como o saber gerado pela experiência ou pelo sentimento desencadeado por essa experiência, como conhecimento científico. As diversas formas de saber podem ser agrupadas em conhecimento empírico e conhecimento científico. As diferentes formas de combinação de poder vão apontar para o caminho a ser percorrido. Entretanto, a proposta de planejamento de Testa integra o cálculo tradicional (o diagnóstico e a proposta administrativa) com a análise estratégica da estrutura de poder de cada setor, e as conseqüências das ações propostas.

Além do Poder, Testa (1989, p.105) ressalta a *Programação*, que é vista por ele dentro de uma lógica para a prestação de serviços à população. Esse autor afirma que a lógica da programação é *um conjunto de relações para estabelecer laços mais ou menos permanentes entre os diversos componentes – processos e objetos materiais que fazem parte da análise e formulação programática. (Ibidem)*. Tal lógica depende dos objetos materiais, mas também dos processos aos quais são submetidos. O objeto da programação deve ser visto também pela função que cumpre e a forma de sua administração.

Em estudos mais recentes sobre o planejamento, Teixeira e Paim (2000) trazem para discussão a temática da intersetorialidade como proposta inovadora. Esses autores apontam para a necessidade de se levar em conta a coerência entre os propósitos definidos e o método selecionado para a reorganização das práticas e formatos gerenciais, sobretudo dos processos

de trabalho, o que exige *um processo de planejamento e programação em espaço de poderes compartilhados e articulação de interesses, saberes e práticas das organizações envolvidas*.

Teixeira (2002) ainda aponta para a necessidade do fortalecimento do Estado na sua capacidade institucional para a realização de análises permanentes da situação de saúde. Afirma que a institucionalização de processos de planejamento, programação e avaliação de ações é uma forma de subsidiar a definição e revisão permanente da configuração dos sistemas. Já para Paim (2002), o setor saúde não se organiza, necessariamente, para resolver problemas de saúde. O cotidiano acaba por se pautar em informações que tem pouca relação com a produção de serviços, execução financeira e, até mesmo, com indicadores de saúde. Ou seja, o planejamento deve possibilitar ações que promovam mudanças econômicas, sociais e políticas e, com isso, não seria *possível modificar um setor com proposta setorial, mas pode criar condições para modificar o social a partir do social mesmo*. (TESTA, 1989, p. 60).

1.2. PLANEJAMENTO NO BRASIL: PRÁTICAS E PRODUTOS

No Brasil, ainda que a história do planejamento se inicie na área econômica na década de 50, (PAIM, 2002), a Constituição de 1946, denominada “planejamentista”, é que, de fato, insere o assunto na pauta da burocracia pública, quando se refere aos planos setoriais e regionais, com reflexos no orçamento. O chamado planejamento social, não obstante algumas iniciativas criadas com a elaboração do Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), em 1943, foi incorporado às políticas do Estado no período autoritário.

Até 1964 os planos, no Brasil, tinham por preocupação somente descrever os elementos de despesa, sem que estas tivessem vinculação com os objetivos, metas e recursos reais. Em maio desse ano, é criado o Ministério Extraordinário do Planejamento e Coordenação Econômica, assumido por Celso Furtado, que passa a:

(...) dirigir e coordenar a revisão do plano nacional de desenvolvimento econômico, coordenar e harmonizar os planos gerais, regionais e setoriais, os programas elaborados pelos órgãos públicos, coordenar a elaboração e a execução do Orçamento Geral da União e dos orçamentos dos órgãos e entidades subvencionadas pela União, harmonizando-os com o plano nacional de desenvolvimento econômico. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2004)

No mesmo ano é publicada a Lei nº. 4.320, que define os princípios orçamentários no Brasil e a diretriz que ainda hoje orienta o Orçamento Geral da União. Esta Lei estabelece, pela primeira vez, os princípios da transparência orçamentária para o orçamento público brasileiro. Ainda, nos anos 60, surge o Decreto-Lei 200, de 20/03/1967, que propunha a modernização da administração pública brasileira, cria o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral e lhe atribui como competência a coordenação da elaboração de programação orçamentária anual. Introduce valores gerenciais como autonomia e gestão, promovendo a descentralização administrativa do aparelho do Estado, com expansão da administração indireta, conservando forte centralização política e propondo a modernização da administração pública brasileira. (MPOG, 2004)

O referido Decreto-Lei (*ibidem*) define, ainda, como responsabilidade do Ministério da Saúde, conduzir a política nacional de saúde e orientar a institucionalização do planejamento no setor. Foi, então, elaborado o Plano de Coordenação de Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde e o Plano Nacional da Saúde (PAIM, 2002). Entretanto, o planejamento na saúde se apresenta de forma incipiente. Como decorrência de compromissos internacionais assumidos, o discurso no âmbito do planejamento – como instrumento de racionalidade – é incorporado pelos órgãos estatais responsáveis pela elaboração e condução das políticas. Neste enfoque, a saúde passa a ser considerada como fator de produtividade e os recursos tratados por modelos de custo-benefício. Posteriormente, como se sabe, serão reconhecidas as deficiências metodológicas da técnica e a necessidade de novas definições para orientar o planejamento, considerando o aspecto político na alocação de recursos.

Na década de 70, em pleno período militar, o Brasil registra um movimento em direção à adoção de Planejamento Estratégico no setor público como um todo, incluindo a área da saúde. Após o ano de 1974 há o reconhecimento de políticas públicas planejadas no âmbito da Saúde. Segundo Paim (2002), a assimilação de métodos e técnicas de planejamento e gestão, na prática institucional, era atribuída ao clientelismo político e à inércia burocrática, fazendo aparecer a missão modernizante na busca da eficiência no uso de recursos, que permita refletir sobre os objetivos institucionais.

Na década de 80, acontece o movimento para a Reforma Sanitária Brasileira, que passa a reconhecer o planejamento como “ferramenta capaz de dar conta dos desafios do setor” (PAIM, 1992; TEIXEIRA, 1995; RIVERA, 1992). A opção pelas políticas racionalizadoras

no âmbito da previdência, procurando estabelecer vínculos entre as metas físicas ao orçamento, aparece como uma abertura para o saber planejador. O período de abertura favorece a elaboração de *planos de ação* de alguns candidatos aos governos estaduais, que trazem para os seus gabinetes técnicos com formação e experiência em planejamento e com postura democrática no campo institucional da saúde (PAIM, 2002).

A partir da Constituição Federal de 1988, conforme determina seu art. 165, três novos instrumentos são criados para orientação da gestão pública e passam a ser elaborados pela união, estados e municípios em cumprimento da determinação legal, devendo explicitar as intenções do governo, com objetivos, metas e os respectivos meios que orientem a ação governamental. São eles:

- a) o Plano Plurianual – PPA, instrumento obrigatório do planejamento orçamentário brasileiro que estabelece *de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal (...) para as despesas dos programas de duração continuada* no período de quatro anos. Abrange o lapso de tempo que vai do segundo ano de um mandato ao primeiro ano do mandato subsequente (art.35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias);
- b) a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, *que compreende as metas e prioridades da administração pública federal, para exercício anual subsequente.*
- c) É delineada para fazer a articulação e o ajuste do PPA com o orçamento, orientando a LOA; e
- d) a Lei Orçamentária Anual – LOA, *que aprova o orçamento fiscal de todos os poderes.*

Com a Constituição, outros instrumentos também são criados ou reforçados por ela, como o Contrato de Gestão e o Plano Nacional de Saúde, como produtos do planejamento para a gestão pública.

Nos anos 90, foram introduzidas mudanças conceituais e organizacionais na gestão pública por uma equipe de empresários, economistas e acadêmicos convictos do poder do mercado e minimizante do Estado. *Para eles, o planejamento era um instrumento*

ultrapassado, tendo destruído o pouco que restava de capacidade de governo (GARCIA, 2000). É nesse cenário que passa a se desenvolver o processo de planejamento governamental, do qual passamos a tratar, utilizando-se, para essa análise, de seus principais produtos.

1.2.1 O Plano Plurianual

O **primeiro PPA (1992 a 1995)** é elaborado, segundo Garcia (*ibidem*), sem o respaldo de um projeto claro de governo. O Plano declarava intenções vagas, sem substância, apenas cumprindo as exigências constitucionais. Dessa forma, não foi usado como orientador da ação governamental, limitando-se a organizar o orçamento. Não era atualizado, pois inexistia um sistema de acompanhamento.

Em meados de 1993, após o *impeachment* do presidente da república, o novo governo encaminhou ao Congresso Nacional um projeto de lei com proposta de revisão do PPA, que não foi votado, prevalecendo, assim, uma adaptação do que já existia.

No **segundo PPA (1996 a 1999)**, conforme Garcia (2000), a metodologia de elaboração incorpora prioridades definidas a partir de uma visão intersetorial do País, em um amplo processo de discussão no âmbito do governo federal. Contudo, o que se observa no capítulo de cenários possíveis é que, na visão de futuro, não foram considerados os recursos políticos, de conhecimentos e organizativos, calcando-se apenas em variáveis econômicas.

Nesse contexto, o PPA é encaminhado ao Congresso Nacional com a mensagem “investir para crescer”, com as seguintes finalidades⁴: Construção de um Estado Moderno e Eficiente; Redução dos Desequilíbrios Espaciais e Sociais; Inserção Competitiva e Modernização Produtiva. Tal proposta foi concebida por um governo formado por políticos experientes, acadêmicos de expressão, técnicos burocratas competentes e empresários, tendo como titular da área de planejamento um economista de renome.

⁴ http://www.planejamento.gov.br/planejamento_investimento/conteudo/PPA1996/MENSAGEM.HTM

Na mensagem de encaminhamento dessa proposta ao Congresso, consta a afirmação de que o Plano estabelece princípios para o planejamento econômico, anuncia a construção do estado moderno e eficiente. Nesse mesmo tempo, acontece a primeira onda de criação de agências reguladoras, uma experiência do direito francês (DI PIETRO, 2005).

O País vinha de um período de inflação crônica e desenfreada e os sucessivos intentos de retomar o crescimento eram temas exclusivos da agenda política e econômica do País. *Planejar a médio e longo prazo era não só pouco viável e sério tecnicamente, (...) como impertinente politicamente.* (CALMON e GUSSO, 2003).

Seis meses após o PPA ser aprovado, é lançado o “*Brasil em Ação*”, um programa com 42 projetos considerados prioritários, que passam a ser executados sob a ótica do modelo de gerenciamento empresarial, com foco nos resultados. Este fato evidencia o não comprometimento da equipe dirigente com o PPA (GARCIA, 2000).

O programa “*Brasil em Ação*” visava melhorar a qualidade da gestão. Cada projeto passa a ter um gerente, designado pelos ministros, encarregado de cuidar da articulação entre os envolvidos na obtenção das metas previstas para cada período. Os ministérios informam, então, ao Ministério do Planejamento e à Casa Civil o desenvolvimento dos projetos e as eventuais dificuldades. A disponibilidade dos recursos financeiros fica assegurada, em teoria, mediante a apresentação de cronograma de implementação e desempenho obtido.

Nesse programa, muitos projetos tinham a participação do setor privado, o que exigia interação, entre os vários agentes públicos, principalmente na área de infra-estrutura e obras. Foi desenhado, então, o Sistema de Informações Gerenciais – SIGPlan⁵, para possibilitar o acompanhamento das informações físicas, financeiras e gerenciais, com atualização permanente de cada projeto, permitindo o rápido fluxo de informações, a antecipação de problemas e a oferta de soluções. Mota (2003) ressalta que as informações devem integrar as estruturas organizacionais contribuindo para cumprimento de suas finalidades, com função de facilitar o planejamento, respaldar a operação diária da gestão, subsidiar o processo decisório e contribuir para monitorar e avaliar os resultados e impactos das intervenções.

⁵ Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento, implementado como instrumento de apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação dos Programas do PPA.

O modelo de acompanhamento, proposto no SIGPlan naquele momento, foi bem sucedido no que diz respeito a obras ou projetos, não acontecendo o mesmo com as atividades contínuas, tais como: assistência à saúde, educação, fiscalização, pesquisa, combate a endemias e vigilância sanitária. Na área social, os processos de trabalho eram pouco estruturados e não dispunha de indicadores precisos. Mesmo os resultados não tendo alcançado os objetivos esperados, ainda assim foi considerado um passo importante para reduzir o caráter formal, normativo e pouco dinâmico do planejamento público, ao incorporar elementos para a gestão cotidiana, o que significa incorporar o pensamento estratégico e a visão situacional.

Em novembro de 1995⁶, foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)⁷, que redefine os objetivos e as diretrizes para a administração pública brasileira. A premissa fundamental era a evolução do modelo burocrático de administração, com padrões hierárquicos rígidos e voltados para o controle dos processos, para um modelo de administração gerencial de controle de resultados, calcado em conceitos contemporâneos de administração e eficiência para a qualificação do atendimento ao cidadão.

Essa reforma evidenciava as discussões de modernização administrativa, desregulamentação e privatização, apontando para o fortalecimento do papel regulador do Estado. Surge, então, o Estado Regulador que não mais “deixa fazer”, mas que “induz a fazer” o que deve ser feito. (CALMON e GUSSO, 2003).

Na reforma administrativa, a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) foi alçada à condição de Ministério do Planejamento e Orçamento, com viés econômico - fiscalista, por tratar do orçamento como se não fosse parte integrante do planejamento. Para Garcia (2000), *apesar de introduzido por um discurso ambicioso (...), esse projeto (...) não consegue ultrapassar o caráter de um plano econômico normativo de médio prazo.*

Novamente o plano não serviu como um guia para a ação e, sim, como uma peça orçamentária. A inexistência do monitoramento e avaliação para a tomada de decisão, ou seja,

⁶ Primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

⁷ Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – Documento elaborado pela Câmara da Reforma do Aparelho do Estado sob a responsabilidade do MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado.

a prática do planejamento para além da pura elaboração de plano e orçamento inviabiliza sua utilização como instrumento de direção estratégica, não se diferenciando do primeiro PPA, apesar da grande bagagem intelectual, política e administrativa da equipe de governo.

Em 28 de outubro de 1998, o Presidente da República assina o Decreto nº. 2.829 e, em 12 de novembro de 1998, a Portaria nº. 117, que estabelecem normas para elaboração e gestão do PPA e dos Orçamentos da União. O Decreto e a Portaria definem que, *para elaboração e execução do PPA e os Orçamentos, toda ação finalística do governo será estruturada em programas orientados para consecução dos objetivos estratégicos definidos para o período do plano*. Em um trabalho desenvolvido por catorze Comitês Temáticos compostos por técnicos das áreas de planejamento dos ministérios setoriais, usando metodologia própria, foram incorporadas prioridades definidas a partir da visão intersetorial do país (MPO/SPA, 1995).

As mudanças propostas no âmbito desse trabalho buscavam imprimir ao processo de planejamento e orçamento uma perspectiva gerencial. O reducionismo conceitual, com o distanciamento dos altos dirigentes do segundo PPA, entretanto, se repetiu, transformando o Programa Brasil em Ação em mais um documento formal para cumprir determinação constitucional. (GARCIA, 2000).

No segundo período de governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1999, buscou-se restaurar o sistema de planejamento governamental. Era necessária a preparação do novo PPA para o período 2000-2003. Segundo Calmon e Gusso (2003), esse processo foi precedido de intensas discussões técnicas. Naquele momento, afirmam os autores, já se evidenciava no governo a necessidade de se dispor de processos de monitoramento e avaliação, que permitisse articular e controlar suas ações e ganhar legitimidade por meio da comunicação de seus êxitos à sociedade.

O terceiro PPA (2000-2003), chamado de “Avança Brasil”, trouxe mudanças de grande impacto no sistema de planejamento e orçamento federais, organizando as ações governamentais em 365 programas, tendo como objetivos:

- a) racionalizar e melhorar a qualidade do gasto público, “levando em conta um cenário de restrições ao seu financiamento”; e

b) implantar um sistema de gestão pública orientada para resultados que assegurassem o motivo anterior e conferissem mais eficiência à aplicação de recursos públicos e eficácia para legitimar as ações de governo junto à sociedade civil. (GARCES e SILVEIRA *apud* CALMON e GUSSO, 2003, p. 10).

Na avaliação do Programa Avança Brasil, esse PPA traz a tentativa de se implantar um novo modelo gerencial, voltado para a obtenção de resultados concretos, medidos pelos efeitos na sociedade⁸, em um projeto de longo prazo, tendo como eixos a integração e o desenvolvimento. O ganho que se consegue nesse processo é a superação da dicotomia estrutural entre plano e orçamento com um módulo integrado que vem a ser o programa.

A idéia era de se construir o planejamento como um processo permanente, que obedeceria a princípios técnicos, com vistas à melhoria das condições de vida da população. Os programas passam a ser referidos como a solução dos “problemas” identificados e seus produtos finais. Assim, cada programa deveria ter um gerente designado pelo ministro correspondente, um objetivo, o órgão responsável e o valor global especificado. Definia-se também o prazo de conclusão, a fonte de financiamento, o indicador que quantificaria a situação que o programa teria de modificar, bem como as ações e metas correspondentes aos bens e serviços necessários para atingir os objetivos. Com isso, buscou-se integrar o planejamento com a programação orçamentária, onde o plano termina no programa e o orçamento começa no programa, conferindo integração desde a origem.

Os objetivos desse PPA estabeleciam, ainda, que a avaliação compreenderia tanto o desempenho físico e financeiro, quanto à obtenção de resultados e o grau de satisfação da população referente aos produtos ofertados pelo poder público. Buscava-se verificar a adequação e a obtenção dos resultados dos programas aos objetivos setoriais, assim como aos macro - objetivos do Plano, que subsidiaria a elaboração da LDO de cada exercício e o Orçamento Geral da União – OGU, como instrumentos de planejamento de curto prazo.

A avaliação de desempenho passou a ser critério para a alocação de recurso orçamentário para os anos seguintes e tinha como objetivos: prestar contas à sociedade a partir de informações qualificadas sobre o desempenho dos programas; auxiliar a tomada de decisão com informações úteis aos gestores; aprimorar a gestão assegurando o aperfeiçoamento contínuo dos programas; promover o aprendizado ampliando o

⁸ <http://www.brasil.gov.br/anexos/anexos/index.htm>

conhecimento dos gerentes e suas equipes sobre o programa e seus resultados, concepção, execução e satisfação do público-alvo. Com isto, buscava-se recuperar o planejamento como instrumento de gestão.

No **quarto PPA (2004-2007)** – nomeado “Plano Brasil de Todos – Participação e Inclusão” – foram propostas mudanças estruturais e de longo prazo, mas os conceitos e fundamentos metodológicos não se alteraram. A elaboração e a implementação do Plano foram calcadas em elementos que visavam aperfeiçoar e democratizar o processo de decisão, implementação e gestão na alocação de recursos públicos, de modo a assegurar o alcance dos objetivos centrais da Orientação Estratégica de Governo. Essa Orientação Estratégica de Governo se desdobra em cinco dimensões, articuladas em três mega - objetivos que se abrem em 30 desafios e são enfrentados por meio de 374 programas que contemplam 4.300 ações.

Os programas agrupam-se em quatro perspectivas, segundo sua finalidade:

- Programas finalísticos: destinados a atender diretamente às demandas e necessidades da sociedade;
- Programa de Gestão de Políticas Públicas: destinados às ações relacionadas à formulação, coordenação, supervisão e avaliação de políticas públicas.
- Programas de Serviços ao Estado: tem por finalidade a produção de bens e serviços, tendo o próprio Estado como beneficiário, por instituição criada para essa finalidade;
- Programa de Apoio Administrativo: congrega ações de apoio administrativo para suporte à implementação dos demais programas, como custo de pessoal. (BRASIL, 2003, p. 44)

Destaca-se aí a organização do Plano em consonância com a visão estratégica de desenvolvimento de longo prazo. Coloca-se como elemento chave do modelo: *o planejamento participativo; o fortalecimento do conceito de revisão periódica do Plano; e o programa como unidade de planejamento, orçamento e gestão (valorização da gestão)*. Esse Plano tem por objetivo a *inclusão social e desconcentração de renda; crescimento ambiental sustentável; redução da vulnerabilidade externa e fortalecimento da cidadania e da democracia*. (BRASIL, 2003 p. 33).

Uma importante inovação nesse Plano foi a estratégia de formulação participativa, com novas arenas de discussão e ampliação dos canais de comunicação, envolvendo a sociedade civil organizada, priorizando-se a transparência. A dinâmica da democratização da gestão pública, no contexto desse quarto PPA, buscou o aperfeiçoamento da elaboração e execução do Plano por meio do estabelecimento de parcerias e adoção compartilhada de compromissos de desempenho entre os três entes federados e a sociedade. Propôs-se, inclusive, que tal

dinâmica não se esgotasse no momento da formulação do PPA, mas se mantivesse durante a sua execução. O Plano estabeleceu o horizonte orçamentário e as prioridades na área social em termos de investimentos e em infra-estrutura.

Nesse contexto é mantida a proposta de se realizar revisão periódica do Plano e do programa como unidade de planejamento, orçamento e gestão, com o intuito de fazer os ajustes necessários em um processo de planejamento de longo prazo. Outra característica é a implantação de uma sistemática de “programação deslizando”, que consiste da inclusão de um exercício de programação a cada revisão anual do plano, evitando o prejuízo da descontinuidade e integrando os sucessivos quadriênios.

1.2.2. O Contrato de Gestão

O Contrato de Gestão tem como base legal o Artigo 37, inciso 8º da Constituição Federal de 1988⁹. Além do aspecto legal, segundo Barca (2006), o contrato de gestão é um instrumento adicional de controle social e de aperfeiçoamento da gestão e desempenho institucional, visando assegurar o controle dos resultados.

Conforme Pacheco (2004), estudos já publicados mostram que os contratos vêm se consolidando como nova forma de controle, no que diz respeito a avanços na eficiência e na qualidade dos serviços prestados. Entretanto, ainda é incipiente o aspecto da transparência em relação a esse instrumento, entre outras coisas, devido à precária cultura do planejamento no seu processo de programação, monitoramento e avaliação, que se constitui em um grande desafio no cotidiano da gestão pública. Assim, o contrato acaba ficando restrito ao mero cumprimento da formalidade legal.

⁹ Contrato de gestão - “A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I. o prazo de duração do contrato; II. Os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; e III. A remuneração do pessoal.” (BRASIL, CF, 1988).

Para essa autora (2006), o caso brasileiro não é diferente do que ocorre em outros países¹⁰, onde são enfrentadas resistências a esse instrumento. A administração pública brasileira se espelha na experiência francesa, com o objetivo de obter maior responsabilização dos gestores públicos em relação aos resultados a atingir e também para conceder-lhes maior autonomia gerencial. Os compromissos estão publicados e servem de orientação ao usuário e guia para nortear a melhoria da gestão.

O Contrato de Gestão ganha força na burocracia brasileira a partir de meados da década de 90, com a criação das agências reguladoras e executivas, fruto da reforma do aparelho do Estado. As agências reguladoras e executivas, por força de sua respectiva lei de criação, devem funcionar com base em um modelo de gestão colegiada. Este tipo de gestão, para Dussault *apud* Paim (2002), é um modelo alternativo que *reconhece o papel dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo*. Deve-se, portanto, ter definição clara dos objetivos, estratégias de implementação e critérios estabelecidos para avaliação.

A modernização das práticas gerenciais, a exemplo da gestão colegiada, visa a qualidade, eficiência e eficácia da gestão pública, e se subordinam às normas burocráticas do Estado e de seus aparelhos, porém o controle público sobre o Estado e a burocracia no Brasil ainda é mínimo. A esse respeito, Paim (2002) ressalta a pertinência em buscar novos modelos de gestão para facilitar a *publicização* do Estado, como controle público do cidadão sobre o Estado e suas burocracias, e não apenas em relação às agências.

Para Paim (*ibidem*), o contrato de gestão tem papel fundamental na possibilidade de responsabilização do gestor em relação aos objetos pactuados.

Atualmente, a proposta de autonomização, ou seja, desresponsabilização do governo federal em relação aos gastos e desgastes da saúde surge a experimentação de novas formas de organização. Desse modo é necessária definição clara da missão institucional, controle de qualidade e avaliação de resultados em função dos objetivos explicitados e pactuados. Onde se coloca o Contrato de Gestão, para

¹⁰ O contrato de gestão teve origem na França, na década de 60, como um meio de controle administrativo ou tutelar da administração pública. No Canadá, a avaliação de resultado dos programas, serviços e políticas, está entre os princípios da estrutura de gerenciamento do governo, como forma de se obter legitimidade pública. Baseia-se em sistema de informações que possibilita medir, avaliar e divulgar aspectos fundamentais dos programas e seu desempenho. Já na Austrália a avaliação é voltada para resultados que visem melhorar a gestão das instituições públicas e aumentar a *accountability*. (NASSUNO, 2003).

maior agilidade administrativa e acompanhamento centrado em resultados. (PAIM, 2002, p. 334)

No Brasil, o contrato de gestão ainda não se firmou como instrumento de controle e de transparência, como propõe o modelo adotado, não tendo se legitimado como apoio na responsabilização e avaliação quanto aos resultados. No entanto, diversas instituições já o adotam e vêm trabalhando no seu aperfeiçoamento.

1.2.3 O Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde ou PNS tem fundamentação legal na Constituição de 1988, no seu parágrafo I, Art. 36. Este diploma legal define que *os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária*. Já o art. 15 da Lei nº. 8.080/90 *estabelece como atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a elaboração e atualização periódica do plano de saúde, indicando que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS*. (Lei 8.080/90 *apud* BRASIL, 2005, p. 11).

Na gestão do ex-presidente Fernando Collor de Mello, em 1989, foi proposta e não concretizada a elaboração do Plano Quinquenal de Saúde, que daria forma, corpo e consistência às propostas de campanha relacionadas no documento “Brasil Novo”. As diretrizes políticas desse Plano propunham agrupar princípios básicos que respaldariam as atividades, em todos os níveis: político, econômico, financeiro, social e administrativo, nos setores, público e privado abrangendo as esferas dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como na ordem federativa da União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

Com a eleição de um governo popular, em 2003, o Ministério da Saúde manteve a mobilização alcançada na construção do PPA 2004-2007, e elaborou o Plano Nacional de Saúde 2004-2007, o primeiro construído de forma democrática. Esta foi a grande inovação desse Plano: usar de uma estratégia de formulação participativa, com novas arenas de discussão e ampliação dos canais de comunicação por meio da sociedade civil organizada, priorizando a transparência.

O processo de planejamento do Plano considera que as decisões do gestor, em relação às ações a serem desenvolvidas, devem ser resultados da *interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade (...) motivada pela busca de soluções para os problemas de saúde da população*. (BRASIL, 2005, p. 11). O PNS deve ser o elo entre o PPA e o orçamento, em cada esfera de governo, em busca da integralidade da atenção. Para tanto, o objetivo proposto no PNS e, contemplado no PPA do governo federal, é:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco sanitário de agravos e a ampliação do 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 promovendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados. (BRASIL, 2005, p.17)

Neste Plano estão expressos as intenções e os resultados a serem buscados no período. Os objetivos, em conjunto com as diretrizes, seriam norteadores das ações e metas a serem desenvolvidas, dando sentido às ações planejadas, subsidiando, então, a elaboração e avaliação dos programas e projetos.

A operacionalização do Plano se dá por meio de programas e projetos, onde são definidas ações, atividades, cronograma e recursos necessários. Tanto a elaboração quanto a revisão de objetivos, prioridades e estratégias devem ocorrer de forma dinâmica em virtude de mudança de cenários. Ainda, o Plano deve ter gestão compartilhada entre as três esferas de governo e ser devidamente monitorado e avaliado, de modo a possibilitar não só aos técnicos, mas, também, à sociedade, o acompanhamento da execução de suas ações. (BRASIL, 2005).

2. ANVISA: CARACTERÍSTICAS DA ENTIDADE E GESTÃO PÚBLICA

A Anvisa, a partir de sua criação em 1999, recebeu como responsabilidade legal¹¹ a tarefa de realizar um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio-ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Ou seja, incorporou as competências da Secretaria de Vigilância Sanitária, da qual se originou e ainda, posteriormente, por meio de modificações em sua lei de criação, recebeu novas atribuições.

Dentre as competências da Anvisa estão: a autorização de ingresso e controle de bens e serviços no mercado; o exercício do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados; o monitoramento de preços de medicamentos, correlatos e serviços; além da fiscalização sanitária de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Ou seja, sua área de atuação vai da regulação econômica do mercado até a regulação sanitária propriamente dita.

A Anvisa é responsável pela regulação de 450 indústrias de medicamentos; mais de 10 mil empresas cadastradas para fabricação, importação, exportação e distribuição de cosméticos, produtos para a saúde, saneantes e alimentos; mais de 40 mil serviços de saúde de várias complexidades e 312 estabelecimentos de portos, aeroportos e fronteiras, entre outros (BRASIL, 2006).

Como órgão público, a Anvisa, também participa de distintos momentos da burocracia, se obrigando à formalização de contrato, típico do Estado moderno, como o Contrato de Gestão, em função de suas características, as quais serão explicitadas no item 2.1. Ao mesmo tempo, elabora planos de médio prazo, como o PPA, e se insere no PNS. Elaboro também sua programação anual – Planejamento e Orçamento (PLANOR) e constrói, ao longo de 2006, o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (PDVISA), configurando assim uma situação de

¹¹ Lei nº. 9.782 de janeiro de 1999 cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e em setembro do mesmo ano institui o primeiro Contrato de Gestão.

comprometimentos e múltiplos controles, caracterizada por distintos processos e singulares práticas de elaboração.

Para responder a todas essas responsabilidades, a Anvisa, desde a sua criação, vem se estruturando e reestruturando, de forma a obter o melhor desenho organizacional. Com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada nº. 01, de 26 de abril de 1999, foi aprovado o seu Regimento Interno¹² tendo como um de seus objetivos o fortalecimento da capacidade fiscalizatória, além do aumento da eficiência, uma das diretrizes do Plano de Reforma do Aparelho do Estado. A partir deste momento, foi também definido que haveria um planejamento estratégico na Agência, conduzido pela Diretoria Colegiada (DICOL).

No ano seguinte, foi realizada a revisão do regimento interno, como resultante do processo de reflexão estratégica e aprovação da nova estrutura organizacional. A implantação da Anvisa impôs-se como decisão política, adequando ao contexto da Reforma do Estado um novo modelo gerencial de administração na área pública, que estabelecia formas flexíveis de gestão, com estruturas horizontais, descentralização de funções e incentivos à criatividade.

Foi criado regimentalmente o Núcleo de Assessoramento à Gestão Estratégica (NAEST), atual Assessoria de Planejamento (APLAN), a quem cabe coordenar o processo de planejamento, assim como a sistematização de seus produtos: Plano Plurianual (PPA), Contrato de Gestão (CG), Plano Nacional de Saúde (PNS) e Planejamento e Orçamento da Anvisa (PLANOR).

Este capítulo trata das características da Anvisa e do modo como ocorre a formalização de seus compromissos de gestão, obrigatórios, segundo a legislação brasileira, correlacionando o planejamento e seus produtos.

2.1 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO NA ANVISA

Anvisa, como dito, foi criada pela Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999 – é vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com sede e foro no Distrito Federal e tem a natureza de autarquia especial, em função da independência administrativa, estabilidade de seus

¹² Disponível no: <http://www.anvisa.gov.br/>

dirigentes e autonomia financeira, condições previstas no artigo 3º da referida lei. (Anvisa, 2006, p.13). Tais características lhe conferem maior agilidade e flexibilidade administrativa.

A autonomia financeira da Agência fundamenta-se na possibilidade de redução dos riscos de interferência política no processo de regulação, bem como na predominância de critérios técnicos de decisão. Tal prerrogativa visa conferir estabilidade e previsibilidade ao processo regulatório, um dos pontos que sustentaram a transformação da SVS em agência reguladora, tendo como expectativa a criação de condições para alavancar os investimentos estrangeiros no Brasil, o mercado nacional e, conseqüentemente, a cadeia produtiva. (BRASIL, 2005).

A Anvisa é dirigida por uma Diretoria Colegiada composta por cinco integrantes, com cargos de diretores, mandatos de três anos cada um, sendo o começo e término desses mandatos não coincidentes. Seus dirigentes são sabatinados pelo Senado Federal antes de sua nomeação. Dentre os cinco diretores, um é designado por decreto do Presidente da República para exercer o posto de Diretor-Presidente. (ANVISA, 2006).

As decisões são tomadas em sistema de colegiado, por maioria simples em reuniões ordinárias que ocorrem em datas previamente estabelecidas, ou extraordinariamente, quando convocada pelo Diretor-Presidente ou por três Diretores. O Diretor-Presidente ou o seu substituto legal presidirá a reunião da Diretoria Colegiada com a presença de, no mínimo, mais dois Diretores, deliberando por maioria simples. Essas reuniões são registradas em atas e os atos decisórios publicados no Diário Oficial da União. (ANVISA, 2006).

A Anvisa tem como estrutura básica a Diretoria Colegiada, a Procuradoria, a Corregedoria, a Ouvidoria e o Conselho Consultivo, todas as unidades criadas por lei. O Conselho Consultivo e a Ouvidoria são independentes, ou seja, não possuem vinculação hierárquica com a Diretoria Colegiada. (BRASIL, 2005, p. 32). Ainda, está organizada em unidades administrativas que exercem as competências legalmente atribuídas a ela, agrupadas em gerências - gerais e gerências, assessorias, núcleos e Gabinete do Diretor-Presidente. Tais unidades executam as funções institucionais de modo especializado, sob a supervisão dos respectivos Diretores, conforme pode ser visto no desenho da atual Estrutura Organizacional. (apêndice A).

A atual gestão da Anvisa, que teve início em 2005, tem como pilares a *excelência* no trabalho, a *descentralização* de ações para estados e municípios como prevê a Lei 8.080/90 e a *transparência* na realização de suas ações. Esses pilares são assim definidos pela Anvisa:

A excelência pressupõe o estabelecimento de um conjunto de premissas que definem a atuação da organização, de modo que seu atendimento seja realizado da melhor maneira possível para os distintos segmentos que dependem de seu desempenho técnico e administrativo.

A descentralização é uma premissa do SUS. Por ser um ente participante do SUS, a Anvisa também deve pautar sua atuação pela descentralização das ações para os níveis estaduais e municipais, dando todo o suporte necessário para a sua realização.

A transparência tem sido objeto de atenção da diretoria da Anvisa, que vem procurando, ao longo dos anos de existência da Agência, instituir atributos institucionais que reforcem esse compromisso, com correta e clara condução de suas ações e decisões perante a sociedade.

A Agência pauta sua condução pública por meio de valores, entre os quais, o da transparência, da cooperação, da responsabilização e do conhecimento como fonte de ação (ANVISA, 2006, p. 57-58).

Assim, percebe-se que a Anvisa vem empreendendo esforços no sentido de implantar um modelo de gestão moderno, com algumas características de gestão privada, ao mesmo tempo dando oportunidade de participação da sociedade em suas decisões, o que reflete as prioridades do atual governo federal. Tal característica encontra respaldo no Postulado da Coerência, considerando a determinação do Estado na história da instituição.

2.2 FORMALIZAÇÃO DOS COMPROMISSOS DE GESTÃO NA ANVISA

As competências legais da Anvisa – atribuídas conforme a sua Lei de criação, a 9.782/99, já citadas no capítulo 2 deste estudo – relacionadas ao trabalho de proteção à saúde, demonstram a importância da ação da vigilância sanitária no âmbito do SUS. A Anvisa, em seu Relatório de Gestão e Avaliação do Desempenho - Exercício de 2005 ressalta que:

A produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, alimentos e outros produtos para a saúde, bem como a prestação de serviços de saúde, podem se converter em risco para a população, caso seus processos não sejam realizados dentro de padrão de qualidade que garanta a sua utilização de forma segura. A ingestão humana e outras formas de contato com substâncias potencialmente prejudiciais à saúde podem acarretar sérios danos,

inclusive levar à morte. Por outro lado, a circulação de pessoas e mercadorias mediante o uso de meios de transporte, provenientes do exterior ou em viagem doméstica, também pode acarretar problemas sérios de saúde, podendo até promover a ocorrência de epidemias ou pandemias. (ANVISA, 2005)

Devida à amplitude de sua ação e da importância para a saúde da população, a Anvisa definiu – em meio a um processo de elaboração de seu planejamento estratégico – como **Missão** Institucional: *"Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso"*. Ao mesmo tempo, também declarou como **Visão**: *"Ser agente da transformação do sistema descentralizado de vigilância sanitária em uma rede, ocupando um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora e promotora do bem-estar social"* e, posteriormente, em sua Formulação Estratégica feita nos seus primeiros anos de existência, definiu como **Valores**: *Conhecimento como fonte da ação; Transparência; Cooperação; e, Responsabilização.*

Para o atendimento dessas premissas, pactua um conjunto de metas e indicadores com seu ministério supervisor – o MS – por meio de instrumentos de gestão, como PNS, PPA, Contrato de Gestão, que serão objeto de análise. Para possibilitar o acompanhamento desses compromissos assumidos, a Agência elabora sua programação anual de atividades, com respectivo orçamento e, defini o processo de monitoramento de sua programação por meio de um instrumento próprio, o PLANOR.

Com relação ao orçamento, a Anvisa, desde a sua criação, tem ampliado substancialmente os valores a ela destinados. A vigilância sanitária vinha de um histórico de disponibilização de recursos reduzidos enquanto Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, com a Agência, passou a ter reajustes anuais no orçamento repassado pelo MS e, ainda, a ter incremento em função da arrecadação de taxas, que a deixa em uma posição orçamentária e financeira confortável. Nos primeiros anos de funcionamento da Agência, seus gestores se orgulhavam em dizer publicamente que *dinheiro não era problema.* (LUCCHESI, 2001).

2.2.1 Plano Plurianual (PPA)

O projeto do governo federal, quando elaborou as diretrizes para o PPA 2000-2003, que aconteceu no momento da criação da Anvisa, era de modificação da situação de gestão vigente. O governo tomou como base o Decreto nº. 2.829/98, que não havia sido considerado até então, como mais uma tentativa de harmonizar o planejamento com o orçamento. Um dos pontos relevantes desse PPA, e que atende a recomendação do referido Decreto, é a instituição da figura de Gerente de Programa e de Coordenador de Ação.

O cenário anterior de gestão se caracterizava pela total desvinculação do planejamento com a proposta orçamentária. Buscava-se imprimir, a partir deste momento, um planejamento de longo prazo, dentro de uma perspectiva gerencial de superação da dicotomia entre plano e orçamento. O referido Decreto também define que o monitoramento e a avaliação compreendem o desempenho físico e financeiro das ações, a obtenção dos resultados concretos e a satisfação da população, que, apesar de desenvolvidas ações nesse sentido, não tiveram o êxito esperado, como dito anteriormente.

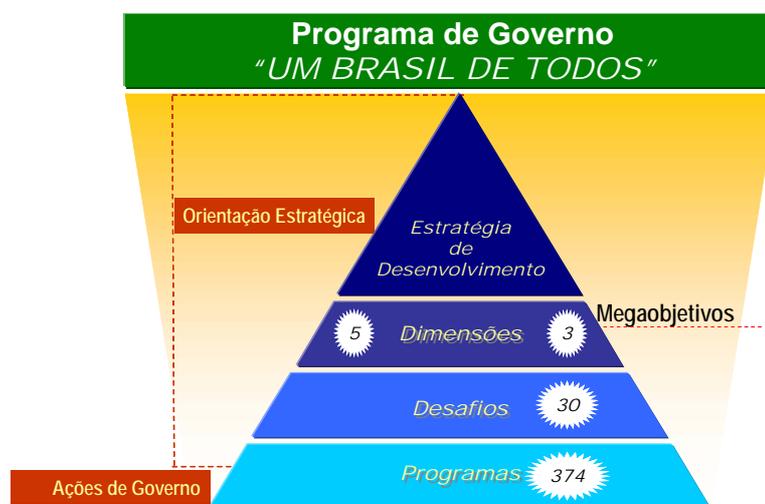
O Quadro 1 apresenta a relação dos Programas do PPA em foco, gerenciados pela Anvisa, assim como os seus respectivos objetivos, traduzidos como o propósito da Instituição para efeitos deste estudo. Lembrando que o propósito é um dos três elementos considerados por Mario Testa em seu Postulado da Coerência.

Quadro 1: Programas do PPA 2000-2003 gerenciados pela Anvisa

PROGRAMA	OBJETIVO
1. Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços	Garantir à qualidade de produtos e serviços ofertados a população brasileira
2. Controle da Qualidade do Sangue	Garantir a qualidade e auto-suficiências em sangue, componentes e derivados sanguíneos e correlatos
3. Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares	Reduzir a ocorrência das infecções hospitalares
4. Vigilância de Portos Aeroportos e Fronteiras	Evitar a entrada e disseminação de doenças transmissíveis em portos, aeroportos e fronteiras e garantir a qualidade de consumo humano.

Fonte: construção própria, a partir dos dados do PPA/Anvisa.

Em 2003, com a posse de novo governo eleito com um forte discurso de ampliação da participação social e a mudança na gestão da Anvisa (mudança de Diretor-Presidente), novas diretrizes são traçadas para a elaboração do PPA 2004-2007. Este teve como orientação estratégica a classificação dos Programas dentro de três mega-objetivos e de cinco dimensões, que contemplavam as prioridades do governo. Assim, a Vigilância Sanitária foi classificada dentro da **Dimensão social**, no mega-objetivo 1: Inclusão social e redução das desigualdades sociais.

Figura 1: PPA 2004-2007: orientações estratégicas de governo

Fonte: adaptação BRASIL (2003, p. 61).

No processo de elaboração deste PPA, a estratégia do governo era de realizar um trabalho descentralizado por setor e de forma participativa. Visava aperfeiçoar e democratizar o processo de decisão, implementação e gestão da alocação de recursos públicos de modo a assegurar o alcance dos objetivos da orientação estratégica do governo. A Anvisa, no caso, deveria apresentar suas propostas no âmbito do MS, gestor do Setorial Saúde, o que foi feito e é como está demonstrado no capítulo 4 deste estudo. No entanto, por não estar preparada para tal processo, sua participação não atendeu integralmente aos propósitos estabelecidos.

A orientação era de que se construíssem os programas como unidade de planejamento, orçamento e gestão. Os programas seriam definidos a partir de um problema bem estruturado e, em seguida, elencadas as ações para solução do problema identificado, a que se chamou de “fase qualitativa”. Após a análise, avaliação e consolidação dos Programas e Ações pelo Ministério do Planejamento, cada Setorial trabalhou a “fase quantitativa”, ou seja, na definição das metas e dos recursos orçamentários para o desenvolvimento de cada Programa.

No período de execução desse PPA (2004-2007), houve novamente a mudança do Diretor-Presidente da Anvisa, o que implicou em modificação da figura do Gerente de Programa, porém mantendo-se o mesmo cenário.

Em 2007, o Presidente Lula assume novo mandato e passa a utilizar integralmente a avaliação da execução do PPA 2004-2007 como elemento norteador para a elaboração de um novo planejamento (PPA 2008-2011), mantendo as orientações para o estabelecimento de um planejamento de longo prazo. Nesse ínterim, a Anvisa publica um novo RI, e a Assessoria de Planejamento (APLAN), além de coordenar o planejamento e buscar sua institucionalização, passa a ser responsável pela coordenação da elaboração da proposta orçamentária para o novo PPA 2008-2011, bem como do acompanhamento de sua execução.

2.2.2 Contrato de Gestão (CG)

A Lei 9.782/99 define que o Contrato de Gestão é o instrumento de avaliação da atuação administrativa da Anvisa e de seu desempenho, estabelecendo os parâmetros para a administração interna da autarquia, bem como os indicadores que permitam quantificar

objetivamente a sua avaliação periódica. Desde a sua criação, a Anvisa celebrou apenas um Contrato de Gestão com seu ministério supervisor, o MS, que foi publicado no DOU nº. 174 de 10-09-1999¹³, primeiro contrato na área social. Esse contrato vigorou até o ano de 2006, com atualizações promovidas por meio de cinco Termos Aditivos (TA). Tal documento previa validade por três anos, com possibilidade de renovação por períodos sucessivos de mais três anos, desde que houvesse interesse de ambas as partes. O conteúdo do contrato passou por modificações ao longo desses sete anos de existência da Agência, sendo as mais frequentes as relativas a valores e rubricas orçamentárias e ao pactuado no Plano Anual de Ação e Metas¹⁴. Referido Plano é composto por metas e indicadores a serem cumpridos em um determinado prazo e com um orçamento fixado.

Um dos requisitos importantes do Contrato – para permitir transparência à gestão – é o seu acompanhamento, feito por meio do Plano Anual de Ação e Metas e cujo resultado é publicado em relatório de avaliação do desempenho - semestral e anual. Tal mecanismo de acompanhamento, instituído por meio da Portaria Conjunta MS/Anvisa nº174/2000, criou a Comissão de Acompanhamento e Avaliação de responsabilidade do MS. Esta Comissão tinha como competência aprovar total ou parcialmente os relatórios de avaliação do desempenho, que deveriam conter o grau de cumprimento das metas. A Portaria Conjunta previa, ainda, que a Comissão seria composta por um representante da Secretaria Executiva do MS, um representante da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e deveria ser presidida pelo representante da Secretaria Executiva do MS. No entanto, essa Comissão não chegou a ser instituída de fato. A avaliação dos relatórios da Anvisa até o ano de 2002 foi realizada por um técnico da Secretaria Executiva do MS e, em 2005, a avaliação foi feita com base na análise de outro técnico, que deu um parecer geral sobre o relatório, sem considerar o baixo cumprimento das metas.

Em 2000, a Anvisa pactuou o primeiro Termo Aditivo com o MS, que propôs alteração do Plano Anual de Ação e Metas para o ano de 2001, mantendo a decisão de continuar a

¹³ Disponível no: <http://www.anvisa.gov.br/>

¹⁴ O primeiro Plano Anual de Ação e Metas, parte integrante do Contrato de Gestão original, era composto basicamente por metas e indicadores de estruturação da Agência, que deveriam ser cumpridos de setembro/1999 a dezembro/2000. Disponível no site oficial da Anvisa.

consolidação dos processos de trabalho da Agência. No ano de 2001, a Anvisa pactuou o Segundo Termo Aditivo, para vigorar no ano de 2002, estabelecendo 20 metas no Plano Anual de Ação e Metas. As metas foram agrupadas em quatro perspectivas, mantendo-se o perfil das mesmas de 2001, ou seja, foi retirada a perspectiva de Gestão Financeira e de Custos, considerada somente para o ano de 2001. Manteve porém, como foco para as metas e indicadores, a redução dos tempos de análise dos processos de concessão de registro.

Em setembro de 2002, ocorre a assinatura do Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, que prorrogou o prazo de vigência do CG para até setembro de 2005, mantendo as 20 metas anteriores agrupadas nas mesmas quatro perspectivas, com validade para os anos de 2003 e 2004. No ano de 2003, com o novo governo, o MS passa por uma reestruturação e é criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que assume a supervisão da gestão da Anvisa.

Durante o ano de 2004, com a discussão que acontecia no âmbito do governo federal sobre a autonomia das agências reguladoras, bem como a simultânea tramitação de projeto de lei (PL) no Congresso (PL 3337, que propunha grandes mudanças na forma de funcionamento das agências), a Anvisa realizou discussões internas com o objetivo de se antecipar às mudanças que se anunciavam. Assim, foi estabelecido um grupo de trabalho formado por representantes da Anvisa e do MS, que elaborou análise do conteúdo do PL em consonância com sua lei de criação e realizou um diagnóstico do contrato em vigor, em especial do Plano Anual de Ação e Metas. Após esses estudos, o grupo elaborou uma minuta de um novo contrato e nova proposta de metas e indicadores. Foram adotados os *critérios preconizados pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, que disponibiliza a sua utilização também para as organizações que estejam modelando seu sistema de gestão ou realizando uma auto-avaliação, e não somente para as que são candidatas ao Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ)* (Anvisa, 2005, p. 66).

O novo conjunto de indicadores e metas foi também resultado de amadurecimento da equipe de acompanhamento do contrato de gestão, que tentava estabelecer um conjunto de metas e indicadores que melhor representasse a realidade da Agência no momento e também permitisse demonstrar para a sociedade o cumprimento de sua missão.

Em função das mudanças no cenário político ao longo de 2004, o PL perdeu força política e as agências mantiveram intocáveis suas características de criação. A Anvisa, em uma avaliação com a SVS, entende por bem manter o instrumento pactuado, que tinha validade até dezembro de 2005, e resolve pactuar um novo Termo Aditivo (Quarto TA) com mudanças no Plano Anual de Ação e Metas e pequenas mudanças em relação ao orçamento e às obrigações das partes, em específico para sua atualização.

Em 2005, um novo conjunto de metas e indicadores é acompanhado pelo NAESt, para validar sua aplicabilidade, além de medir o desempenho da Instituição. Como resultado desse trabalho, a equipe propõe ajustes no Plano e nas cláusulas do Contrato, inclusive, a prorrogação de sua validade para até dezembro de 2006. Dentre os ajustes propostos no Contrato, ressalta-se o desmembramento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação em duas comissões: uma de Acompanhamento – de responsabilidade da Anvisa – e outra de Avaliação – de responsabilidade do MS. Tal modificação fundamenta-se no fato de que o MS, mesmo tendo obrigatoriedade de avaliar o desempenho da Agência, somente o fez até o ano de 2002, para o relatório semestral. Outra modificação que merece destaque foi a inclusão de obrigatoriedade para o MS realizar a avaliação do desempenho da Anvisa em um prazo definido. Essas mudanças também foram motivadas por recomendações do Controle Interno, que sistematicamente cobram o retorno do MS sobre os relatórios de acompanhamento do Contrato, emitidos pela Anvisa.

O desempenho da Agência, retratado mediante os relatórios de avaliação, é acompanhado também pelo Conselho Consultivo da Anvisa, em dois momentos anuais. Entretanto, é necessário considerar que o desempenho da Instituição está diretamente vinculado a um processo negociado, não impositivo, entre os integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

Legalmente, o cumprimento do programa de trabalho e o parecer favorável quanto à avaliação de desempenho, pelo MS, são condicionantes para a continuidade da contratualização, assim como eventual repactuação, parcial ou total, formalizada mediante termo aditivo e, justificativa das partes envolvidas. Entretanto, de fato não é isso que ocorre, como pretendemos demonstrar no capítulo 4 deste estudo.

2.2.3 Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007

No período de existência da Anvisa, foi elaborado o único Plano Nacional de Saúde como determina a legislação. O PNS foi construído sob a Coordenação do MS, com a participação de todos os componentes do SUS, que se comprometeram com o desenvolvimento de ações e metas. Nele estão expressas as intenções e os objetivos a serem atingidos, que coincidem com os do PPA para o período.

O objetivo da vigilância sanitária, tanto no PNS quanto no PPA, é:

Garantir a devida segurança e eficácia e qualidade dos produtos, insumos e serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando à proteção da saúde da população. (BRASIL, 2003, p. 101).

A metodologia utilizada para estruturar o PNS traz, em sua configuração, cinco recortes, quais sejam: Linha de atenção à saúde; Condições de saúde da população; Setor saúde; Gestão em saúde; e, Investimento em saúde. Para cada recorte, foram estabelecidos, respectivamente, objetivos, diretrizes e metas.

A Vigilância Sanitária perpassa todos os recortes do Plano, em função do seu amplo campo de atuação conforme discriminado a seguir e sistematizado no Quadro 2:

- **Linhas de atenção à saúde:** nelas estão relacionadas as áreas de tecnologia em serviço de saúde, medicamento e regulação de mercado.
- **Condições de saúde:** referem-se à área de controle da qualidade do sangue, outros tecidos e órgãos; tecnologia de produtos; produtos derivados do tabaco; tecnologia em serviço de saúde; alimentos; e a atenção à saúde de grupos populacionais vulneráveis.
- **Gestão em saúde:** compreende a área de monitoramento da propaganda, publicidade e informação de produtos sujeitos à vigilância sanitária.
- **Setor saúde:** engloba as áreas de tecnologia em serviço de saúde, recursos humanos, medicamentos, tecnologia em produtos para saúde, cosméticos, saneantes, INCQS, portos, aeroportos e fronteiras, e relações institucionais.

Quadro 2: Metas da Anvisa incorporadas ao PNS

DIRETRIZ	META
Ampliação das ações de mercado	Renovar 3/5 de medicamentos similares das classes terapêuticas - antibióticos, anti-neoplásicos e anti-retrovirais – com base na comprovação de testes de biodisponibilidade relativa.
	Renovar 3/5 de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica.
	Proceder a análise fiscal de cerca de 17% das especialidades de medicamentos disponíveis para o consumo.
	Implantar sistema de bula eletrônica, com consulta de informações, via internet, de 11.000 apresentações de medicamentos especializados.
Promoção da saúde da população indígena segundo as suas especificidades	Implementar ações de vigilância sanitária em 100% dos distritos sanitários indígenas.
Implementação da atenção à saúde da população prisional	Instrumentar e capacitar o SNVS nos Estados e no DF para ação de controle e riscos sanitários no sistema penitenciário.
Promoção da alimentação saudável e combate a desnutrição	Monitorar a fortificação das farinhas de trigo e milho nos estados e DF.
Destinação adequada dos resíduos sólidos urbanos	Atingir a cobertura de 100% de fiscalização do programa de Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde em estabelecimentos novos e ou que solicitem reforma ou reestruturação de serviços.
	Atingir a cobertura de 100% de fiscalização do Programa de Gerenciamento de Serviços de Saúde nos estabelecimentos a serem inspecionados, objeto do TAM.
	Capacitar 100% das vigilâncias sanitárias estaduais para as ações de inspeção na área de resíduos de serviços de saúde.
Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes	Realizar cerca de 27 mil inspeções/ ano relativas a produtos sujeitos a regime de visa (medicamentos e produtos para a saúde, alimentos, cosméticos e saneantes domissanitários).
	Realizar análise técnico - laboratorial da qualidade de cerca de 5,4 mil produtos /ano ofertados para o consumo da população.
	Realizar inspeção sanitária anual em cerca de 7 mil serviços de saúde.
	Realizar cerca de 3,3 milhões de fiscalizações no âmbito de visa em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.
	Implementar as Câmaras Setoriais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária , previstas no seu regulamento.
Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde	Realizar cinco pesquisas anuais em áreas de conhecimento do interesse de visa mediante estabelecimento de parcerias de cooperação técnica com centros de pesquisa e universidades brasileiras e estrangeiras e contratação de pesquisadores e consultores.

Fonte: construção própria a partir dos dados do PNS, 2005.

2.2.4 Planejamento e Orçamento - PLANOR

O PLANOR é uma sistemática de programação, acompanhamento e avaliação anual das atividades desenvolvidas na Anvisa, organizado pelos Programas e Ações do PPA, pelas atribuições regimentais, definidas internamente como subações e seus objetivos, que se desdobram em atividades quantificadas e com estimativa dos custos. Foi resultado do redesenho do processo de ‘orçamentação’ do Projeto de Melhoria da Gestão (PMG), desenvolvido na Anvisa no período de 2002 a 2004, que preconizava o aperfeiçoamento do sistema de gestão institucional para obtenção de resultados.

Este projeto definiu a “Identidade Organizacional”, a “Formulação Estratégica” com “Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD)”, as “Metas Globais” – com resultados a serem alcançados, priorizados alguns processos de trabalho para serem redesenhados e construídos os respectivos planos de ação –, as “Ações Estratégicas” – acompanhadas pelo “Gerenciamento da rotina baseado em processos reestruturados (GRR)”. Os planos foram construídos a partir de objetivos e da racionalização das tarefas diárias pertinentes às diversas áreas que compunham as estruturas organizacionais da Anvisa, respaldando-se nos princípios do Gerenciamento pela Qualidade Total. Para isso foi utilizado o método PDCA.

A partir da realização do diagnóstico da instituição, em 2002, um grupo representativo, escolhido prioritariamente do corpo gerencial superior, utilizando a matriz de SWOT¹⁵, trabalhou na formulação das ações estratégicas. Nesse momento foram identificados os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades, ameaças e, definidas as Metas Globais e Ações Estratégicas, abaixo relacionadas:

a. Metas globais:

1. Aumentar o cumprimento das metas dos Termos de Ajuste dos Estados e Municípios e do Contrato de Gestão da Anvisa com o Ministério da Saúde;

¹⁵ SWOT = Essa matriz é um instrumento de planejamento, comumente utilizado na metodologia ZOOB, de origem alemã (planejamento baseado em objetivo), para identificar as ações estratégicas, formuladas a partir da análise de cenário, trabalhando com a identificação de oportunidades, ameaças, forças e fraquezas da instituição.

2. Aumentar a pactuação com municípios mediante a adesão aos Termos de Ajuste Anvisa /SES;
3. Obter credibilidade da população e do setor regulado em relação à Anvisa tornando nítido seu espaço de atuação.

b. Ações Estratégicas:

1. Construir o sistema de informações para a rede de vigilância sanitária, articulado com outros sistemas de informação do SUS;
2. Desenvolver, e implementar em conjunto com estados e municípios, um Plano Diretor para a Vigilância Sanitária, contemplando integração das ações de regulamentação, registro, inspeção, análise laboratorial e retroalimentação;
3. Fortalecer e consolidar a área de vigilância sanitária em serviços de saúde nos níveis federal, estadual e municipal;
4. Consolidar a rede de hospitais-sentinela, fortalecendo o papel dos estados neste processo;
5. Realizar o Planejamento ascendente e participativo das ações de Vigilância Sanitária, com definição dos papéis e responsabilidades dos diversos atores da rede de Vigilância Sanitária;
6. Desenvolver e implantar programa de capacitação técnica e gerencial dos profissionais da rede de Vigilância Sanitária com foco em processos redesenhados e padronizados;
7. Aperfeiçoar os mecanismos de pactuação entre Anvisa, estados e municípios, inclusive com a criação de fator de incentivo gradual para habilitação de municípios ao TAM - Anvisa/SES;
8. Elaborar projeto específico para o desenvolvimento e o fortalecimento da atividade laboratorial em V.S. com a definição dos papéis de cada ator, promovendo a utilização de sistema de certificação e validação das atividades dos laboratórios de saúde;
9. Desenvolver e implementar política de comunicação institucional própria da Anvisa para aumentar o conhecimento sobre as atividades desenvolvidas e que contribuam para a transformação de cultura sanitária brasileira;
10. Rever e padronizar processos de trabalho utilizando de forma intensiva a tecnologia da informação e desenvolver capacidade gerencial para dar suporte à melhoria contínua dos processos;

11. Construir indicadores para avaliação e monitoramento das ações de Vigilância Sanitária;
12. Estabelecer cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa e de fomento à pesquisa;
13. Revisar e consolidar a base legal de vigilância sanitária.

O projeto promoveu a revisão dos processos de trabalho, dentre eles o de Planejamento e Orçamentação considerado prioritário e, definidas metas e indicadores. Para dar materialidade à transparência interna do alcance dessas metas foram criados quadros, chamados de “Gestão à Vista”, que demonstram o alcance das metas mais importantes para a gestão dos processos das áreas, por meio de indicadores, de 15 dos 19 processos redesenhados.

O PMG, entretanto, não conseguiu ser absorvido como cultura institucional, tendo se “esvaziado” após a mudança de Diretor-Presidente. Além do mais, foi verificada a falta de disposição da DICOL em incorporar a formulação estratégica, a partir de 2003. Inclusive, em março de 2005, em uma pesquisa realizada, verificou-se que apenas três dos quinze quadros estavam atualizados. Segundo Sá (2006) isso demonstrou a baixa adesão do corpo gerencial e dos funcionários ao método.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A análise feita no âmbito deste estudo levou em consideração os instrumentos de planejamento voltados para a gestão na Anvisa e buscou caracterizar seus processos de planejamento e sua institucionalização. Para facilitar a condução da pesquisa, a gestão foi classificada em três momentos relacionados diretamente com o período de gestão de cada um dos principais atores envolvidos com a temática do planejamento na Anvisa – considerados informantes - chaves – que são os diretores-presidentes e coordenadores da área planejamento.

Os momentos identificados – o primeiro relacionado ao período de gestão do Dr. Gonzalo Vecina Neto. O segundo com a gestão do Dr. Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques. O terceiro ainda em vigor, da gestão do Dr. Dirceu Raposo de Mello – estão relacionados com a elaboração dos documentos formais de governo, desde a criação da Anvisa em 1999, quando a Instituição passa a assumir vários compromissos formalizados nos planos e contratos obrigatórios da burocracia estatal brasileira.

O Quadro 3 demonstra a classificação por momentos, atores e respectivos documentos pactuados.

Quadro 3: Demonstrativo dos momentos de elaboração dos documentos por ator

Momento	ATOR		PPA	CG	PNS	PLANOR
	Diretor-Presidente	Coordenador de Planejamento				
1º momento 1999 a 2002	1. Gonzalo Vecina Neto	1. Pedro Cezar Lima Farias 2. Margarete Baroni 3. Eduardo Nakamura	X	X		
2º momento 2003 a 2005	2. Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques	4. Augusto Akira Chiba 5. Danila Augusta V. Barca 6. Lívia Costa Silveira 7. Lídia Tobias Silveira	X	X	X	X
3º momento 2005 a 2007	3. Dirceu Raposo Mello	8. Lídia Tobias Silveira	X	X		X

Fonte: construção própria a partir de dados obtidos na APLAN/Anvisa, 2006.

A pesquisa realizada teve como população e área de estudo os três diretores-presidentes, os coordenadores da área de planejamento e os documentos formais da gestão, que retratam as ações de governo (produtos do planejamento): o Plano Plurianual (PPA), o Contrato de Gestão (CG), o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o documento de referência da Anvisa para programação anual, o Planejamento e Orçamento (PLANOR).

Este capítulo traz a descrição da metodologia usada para a realização das pesquisas, que tiveram como base o Postulado da Coerência de Mario Testa.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

A investigação adotou como estratégia metodológica o Estudo de Caso único, descritivo e exploratório que, segundo Minayo (1994), é uma construção a partir de outros conhecimentos. Foi tomado como objeto de estudo, os documentos onde são formalizados os compromissos da Instituição com os órgãos de governo e com a sociedade brasileira, quais sejam: o PPA da Anvisa, o CG, as metas incluídas no PNS e a sua Programação Anual - física e orçamentária (PLANOR).

A Programação Anual, mesmo não sendo compromisso obrigatório pela legislação formal, fez parte da pesquisa por se tratar de um produto importante no processo de planejamento e gestão. Nesse sentido, o estudo consistiu em analisar, como vem se desenvolvendo o processo de planejamento na Anvisa.

Ao realizar essa análise, buscou-se verificar se o planejamento é utilizado como ferramenta de gestão; se seus produtos traduzem os propósitos da gestão e se são utilizados na construção da sua viabilidade.

3.2 PRODUÇÃO DOS DADOS

Como fontes de evidências para as questões colocadas neste estudo, foram utilizadas na pesquisa a identificação dos documentos obrigatórios da burocracia brasileira para o planejamento na Anvisa, desde a sua criação – contratos de gestão e planos – sendo analisados os aspectos relacionados com a sua formalização e finalidade. Outra fonte de dados foi a realização de entrevistas semi-estruturadas com os diretores-presidentes e os coordenadores de planejamento em cada *momento*.

Buscou-se cotejar os discursos dos diferentes atores envolvidos com a temática do planejamento com os achados referentes aos compromissos assumidos, descritos nos vários documentos formais de governo, os principais atores envolvidos nessa construção, bem como a observação do diário de campo (triangulação metodológica). Ainda, foi utilizado o relato da experiência vivida pela pesquisadora na Instituição que, também desempenha o papel de sujeito no processo.

3.2.1 Identificação e análise documental

Foi feita a identificação dos documentos utilizados na Anvisa para a sua gestão de 1999 até 2006, por período de elaboração, atores envolvidos no processo e a metodologia utilizada para sua construção. Cada documento pesquisado no arquivo do setor de planejamento da Anvisa (APLAN) foi lido e, conferido com o que estava disponível no sítio eletrônico do Ministério do Planejamento e no sítio eletrônico da Anvisa, sendo alguns, somente de acesso interno.

De todos os documentos identificados, como úteis para a pesquisa, foram extraídos os **objetivos** (propósito), as **ações desenvolvidas** (método) e a forma de **organização** (observação). Os resultados foram inseridos em uma matriz de análise documental, **Quadro 4**, em coerência com o período de gestão, isto é, o *momento*.

O processo de pesquisa documental demandou um longo período de tempo, tendo em vista que o material disponível fisicamente se encontrava disperso e/ou incompleto e, muitas vezes, seu conteúdo não coincidia com o disponível virtualmente, o que provocou a necessidade de novas buscas e sucessivas conferências.

3.2.2 Entrevista

Foram entrevistados os três diretores-presidentes que ocuparam esse cargo na Anvisa desde a sua criação. No entanto, de sete assessores-chefes da área de planejamento, considerados pessoas-chave neste estudo, dois não foram entrevistados (o primeiro não foi localizado e o terceiro já falecido). Para a realização das entrevistas, foram utilizados dois roteiros com perguntas semi-estruturadas, sendo um para os diretores-presidentes e outro para os coordenadores de planejamento (apêndice E).

A entrevista semi-estruturada foi feita individualmente e na seqüência prevista no roteiro, de forma verbal, permitindo, porém, que entrevistado e entrevistador tivessem liberdade para enriquecer os assuntos já abordados ou mesmo acrescentar perguntas esclarecedoras, quando necessário, conforme orientam Laville & Dione (1999). O roteiro, em sua primeira versão, foi submetido a um pré-teste feito com uma técnica da Anvisa, que exerceu a coordenação da área de planejamento interinamente.

As quatro primeiras perguntas buscavam a identificação dos propósitos; a quinta pergunta a identificação dos atores envolvidos; da sexta à décima segunda, as informações acerca da metodologia e organização para elaboração dos documentos, objeto do estudo. As três últimas perguntas, preliminarmente, não foram incluídas na análise da pesquisa por terem redundado em outra linha de investigação. No entanto, na análise final, para a composição deste trabalho, foram obtidas informações importantes que agregaram valor às Considerações Finais.

As entrevistas foram gravadas e os arquivos de áudio entregues a uma profissional especializada em transcrição de fitas, com experiência em trabalhos na área da saúde. Mesmo levando em conta essa experiência, foi feita uma releitura do material transcrito, concomitante à escuta dos arquivos de áudio das entrevistas, uma a uma, para dirimir eventuais falhas de transcrição e obter maior percepção das falas. Essa etapa demandou tempo e atenção significativos, pela forma dispersa que eram respondidas as perguntas, o que dificultava a classificação por categoria de análise.

Esta etapa – denominada de **ordenamento dos dados** – englobou as fases de: transcrição dos relatos, leitura do material, organização dos relatos e releitura de documentos, permitindo a organização dos dados coletados e a identificação das idéias centrais abordadas, no conjunto dos documentos e elementos submetidos à análise.

3.2.3 Observação participante

Segundo Minayo (1994) é essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, chegando a ser reconhecida por alguns autores, não como uma estratégia, mas como um método em si mesmo para compreender a realidade. O observador faz parte do contexto em que se verificam os movimentos, o desenvolvimento dos processos e o comprometimento dos sujeitos envolvidos, confirmando a importância da triangulação da informação-, contrastar os dados dos registros discursivos, os registros observacionais e os registros escritos.

A observação fez parte do cotidiano da pesquisadora, como integrante da área de planejamento, temática que no ano de 2006 ocupou um espaço significativo na agenda dos dirigentes e da instituição.

O produto desse item perpassa a descrição de cada *momento* do capítulo 4 dessa pesquisa.

3.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS

Foram definidos três *momentos* considerando o período de gestão de cada diretor-presidente. Os dados foram classificados dentro de quatro categorias de análise, a saber:

- Atores – os sujeitos que participaram do processo de definição dos objetivos e metas e elaboração dos documentos;
- Propósito – os objetivos da gestão;
- Método – a metodologia adotada para a construção dos documentos e seus objetivos;
- Organização – forma como a instituição se organizou para a realização do planejamento;

Os três últimos compõem o Postulado da Coerência de Mario Testa.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o **Quadro 4**, Matriz de Condensação e Interpretação de Significados, onde, para cada unidade de registro, foi consolidada a síntese do discurso correspondente, do material teórico pesquisado e das observações realizadas e, ao final da matriz, registrada a interpretação do entrevistador referente ao objetivo analisado.

O conteúdo de cada entrevista foi relacionado às categorias de análise, por informante-chave, tomando uma frase ou um segmento do texto como unidade de registro, com significação para análise em questão.

Conforme Kvale (1996), a condensação de significados permite uma abreviação dos conteúdos das entrevistas, porém sem perder a sua essência, o que possibilita transformar longos trechos de texto em notas mais curtas. As unidades de registro podem estar relacionadas com trechos da fala do entrevistado, de documentos analisados ou mesmo de idéias e percepções registradas pelo pesquisador em seu diário de campo.

Trabalhando com as unidades naturais do discurso dos entrevistados, preservam-se as suas próprias idéias expressas. As respostas às perguntas do roteiro de entrevista mais relevantes para a temática estudada, foram relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa, buscando-se uma agregação temática aos pontos cruciais do discurso de cada ator entrevistado.

Como dito, foram definidos três momentos para a análise dos dados, a partir do período de gestão de cada Diretor Presidente, classificados nas categorias analíticas do contexto em que se deu a produção dos dados.

Quadro 4: Matriz de condensação e interpretação dos significados

Fonte de dados Momento: Ator: Categoria de análise: Documento: Diário de campo:	
Objetivo específico/Categoria analítica relacionada:	
Unidade de registro	Temas centrais
Trechos do material de pesquisa (fala, registro de campo)	Análise do pesquisador sobre o trecho em questão (num esforço de síntese de conteúdo)
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa, e interpretações do pesquisador	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996)

Após a sistematização dos processos identificados nos vários documentos – produtos do planejamento e da análise das entrevistas -, prosseguiu-se na identificação da importância dada ao planejamento e da coerência entre o conteúdo das entrevistas com o conteúdo dos documentos e sua utilização na gestão.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

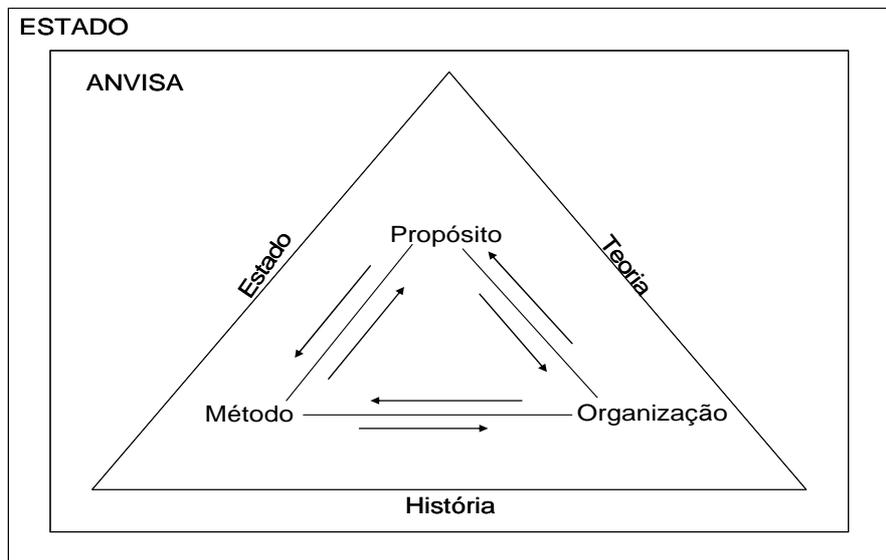
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em cumprimento aos requisitos éticos para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, ou seja, os Diretores Presidentes e Coordenadores da área de Planejamento.

Para realização das entrevistas, os atores foram informados sobre o objetivo da pesquisa e consultados sobre o interesse em contribuir com a realização da mesma. Dessa forma, antes de iniciar as entrevistas, foi solicitado aos participantes que realizassem a leitura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (apêndice B) onde foi registrada a anuência do entrevistado com relação à sua participação, contatos do entrevistador e, a garantia da confidencialidade de sua identidade quanto às informações prestadas. As duas cópias desse documento eram assinadas pelos entrevistados e pesquisador, ficando uma com o primeiro e a outra arquivada pelo segundo. Esse procedimento se dá, em cumprimento à determinação da Resolução nº. 196/96, referente aos requisitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

4. RESULTADOS DA PESQUISA: ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PLANEJAMENTO NA ANVISA

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados da pesquisa. Busca demonstrar a realidade do planejamento institucional da Anvisa, analisado à luz do “Postulado da Coerência” de Mário Testa, considerando os *propósitos*, *método* e *organização* nos três *momentos* de gestão da Agência, com destaque para os *atores* envolvidos no processo de planejamento, em cada *momento*.

Figura 2: A Anvisa no espaço do Postulado da Coerência



Fonte: Adaptado de Testa (1992).

A discussão, em cada uma dessas categorias de análise, é feita seguindo uma ordem cronológica dos fatos e, a narração dos produtos de planejamento feita na seguinte ordem: PPA, CG, PNS e PLANOR.

4.1 PRIMEIRO MOMENTO: 1999 A DEZ 2002

4.1.1 Atores

Os atores envolvidos no processo de decisão e elaboração dos objetivos e metas do PPA para o período era o diretor - presidente e os gerentes - gerais das áreas responsáveis pelas Ações estabelecidas para o PPA. Naquele momento, a definição do orçamento ficava a cargo da Gerência - Geral de Administração Financeira (GGGAF) da Anvisa, não havendo a participação da área de Assessoramento à Gestão, o NAEST, como demonstra a citação a seguir.

(...) como existe a lei que exige que você tenha o programa, que você tenha o Plano Plurianual, com todo o cuidado ele foi feito (IAA).

O NAEST nunca participou de reunião de PPA e eu achava estranho. Porque na verdade, o contrato de gestão tinha que ajudar o PPA, poderia ser alguma coisa que complementasse o PPA. (...) Os próprios diretores passavam ao largo da discussão do PPA. Era uma discussão basicamente levada pela diretoria de administração na época de construção de PPA ou de revisão de metas (...). Na Anvisa, como em outros lugares, o PPA acaba sendo feito pelos orçamenteiros (ITA).

A construção do primeiro Plano Anual de Ação e Metas e os indicadores do CG foi feita pelo Diretor-Presidente da época, pois, era uma preocupação do Secretário Executivo do MS e, buscava-se também atender a questão legal.

Quem propôs todas as metas, não só as metas, mas também o objetivo e a quantificação do objetivo, inicialmente, fui eu. Os outros diretores não deram, nesse momento, nenhuma contribuição. Agora, a partir dessa primeira proposta, o NAEST trabalhou o projeto e aí nós voltamos à Diretoria Colegiada que assinou embaixo. Isso foi pra discussão com as Secretarias e o Ministério (IAA).

A partir do segundo Plano, os Gerentes-Gerais das áreas diretamente envolvidas com as metas estabelecidas passaram a participar do processo de discussão, enquanto que no acompanhamento e avaliação havia maior participação do NAEST. Para a condução do processo de programação anual, foi instituída uma Comissão de Planejamento e Orçamento de

Vigilância Sanitária¹⁶, coordenada pelo NAEST. Sua composição contava com representantes das áreas que correspondiam às Ações do PPA - Produtos, Serviços, Portos Aeroportos e Fronteiras, Recursos Humanos e Tecnologia da Informação. Percebe-se que o NAEST, neste primeiro momento, apesar de já ter regimentalmente a função de Coordenador do Planejamento, demonstra pouca atuação no processo, provavelmente justificada pela pequena maturidade da Agência e do seu corpo funcional.

4.1.2 Propósito

No momento da criação da Agência, conforme já foi dito no capítulo anterior, o PPA 2000-2003 estava em processo de elaboração. Entretanto, um dos entrevistados relata que a estruturação dos programas na Anvisa era um desafio a ser enfrentado. Assim, a opção foi pela definição de programas que abarcassem a totalidade das atividades desenvolvidas pela Agência. Por isso a importância de vincular cada ação a um programa específico, como a área de portos, aeroportos e fronteiras, responsável pela entrada de produtos no País, ou seja, pela verificação dos registros necessários para o ingresso desses produtos.

Outra ação destacada foi a de regulamentação dos produtos e serviços submetidos à ação de VISA – uma das principais atribuições regimentais da Anvisa –, que gerou o programa de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, coerente com a proposta de modificação da situação em que se encontrava a vigilância sanitária naquele momento em relação às fraudes na área de medicamentos.

Com relação à área de sangue e hemoderivados, segundo um relato, já contava com um programa estruturado, metas bem desenhadas, recursos já alocados e atividades definidas. Então, naturalmente se deu a continuidade às ações.

¹⁶ Portaria nº. 447 de 20-08-2002 publicada no DOU de 22-08-2002, com última atualização em 14 de abril de 2003.

O programa do sangue era um programa natural pra entrar da maneira como ele entrou, tinha recursos alocados e cronograma de atividades. O Programa de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares também é outro programa que o Ministério abandonou no meio do caminho. (...) e aí nós pegamos e demos uma importância muito grande a ele. A presença dele era importante dentro da Agência (IAA).

Os achados da pesquisa indicam que esses dois últimos programas foram concebidos no âmbito do processo decisório de gabinete, a partir do acúmulo de conhecimento e vivência profissional do corpo dirigente, com um cálculo estratégico.

Na verdade, imagino que as ações prioritárias eram, em primeira instância, repassadas pelo Ministro e Diretor-Presidente. (...) Não havia uma discussão de quais eram os maiores problemas da vigilância sanitária. O que se sabia era devido à capacidade das pessoas que atuavam na área, ao longo de várias décadas (ITA).

O propósito de um ator importante no processo, naquele momento, incluía a modificação da situação referente à qualificação dos profissionais de VISA e estruturação da Agência. Conforme o entrevistado, a ação deveria ser precedida pelo saber, pelo conhecimento daquilo que a ação deveria desencadear.

Sempre achei que o maior problema da Vigilância Sanitária foi, é, e continuará sendo a ignorância. Então a coisa mais importante que temos que fazer é buscar o conhecimento (IAA).

Esse propósito fica evidenciado quando faz referência aos valores definidos no momento da formulação estratégica, sendo o primeiro valor, o conhecimento, isto é, a ação baseada no conhecimento; o segundo valor, a cooperação como forma de construir o conhecimento; o terceiro valor, a transparência, que para um órgão com a responsabilidade da Anvisa, é essencial em uma sociedade capitalista, onde não pode haver cooperação sem transparência; e o quarto valor, a responsabilização, não existindo ação sem o comprometimento com o resultado.

Outro propósito declarado incidiria sobre as questões relacionadas à visão internacional da Agência. Ou seja, a Anvisa não buscava somente a credibilidade interna, tão delicada no momento de sua criação, mas, também buscava ser agente reconhecido no meio internacional, com conhecimento e competência do seu corpo funcional.

Tínhamos uma preocupação grande com relação à visão internacional da Agência. Nós estávamos construindo algo que tinha que ter um reconhecimento internacional. Tínhamos que desenhar algumas ações que nos levasse a ter um

reconhecimento maior da Organização Pan-americana da Saúde, do MERCOSUL, das grandes discussões internacionais como, por exemplo, aquelas que ocorrem dentro dos códigos alimentares. Nós não tínhamos participação nos códigos. A nossa participação no MERCOSUL era uma participação *bissexta*. A participação na OPAS era quase nenhuma, quer dizer, tentar montar também um quadro de referências em que nós fôssemos depositários de informação que viesse de outros países e os outros países também, pudesse receber informações que nós pudéssemos, eventualmente, enviar através desse processo de estruturação. Essa questão da montagem do quadro internacional também foi uma diretriz importante (IAA).

As reiteradas afirmações dos entrevistados quanto à importância de um sistema de informação gerencial também chamam a atenção, assim como sua utilização para o acompanhamento dos resultados, dos compromissos nacionais e internacionais citados, a ponto de ser colocado como meta no 1º Plano Anual de Ação e Metas do Contrato de Gestão. Entretanto, não foi encontrada nenhuma evidência de construção ou ação para sua viabilidade na Casa. Mesmo o SIGPlan, implantado pelo governo federal, não era utilizado no acompanhamento da execução das ações físicas e financeiras. Os dados financeiros eram alimentados sistematicamente pelo SIAFI¹⁷ mas, somente no final do exercício anual, é que havia inserção dos dados físicos. Isso inviabilizava qualquer possibilidade de avaliação de resultados, fragilizando o planejamento em sua importante fase de monitoramento e avaliação, o que poderia possibilitaria um maior aporte de recursos para atender às prioridades.

Ao tempo em que se construía o PPA, atendendo ao Decreto nº. 2.829, era elaborado também o CG. Segundo um informante - chave, havia uma pressão do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) naquele momento, para que a estruturação da Agência fosse orientada por processo. Entretanto a equipe do MS argumentava que seria muito mais complexa do que uma estrutura orientada por produto e, foi a decisão final.

O Contrato de Gestão, como produto do planejamento, deveria ser uma ferramenta para auxiliar no alcance dos objetivos fixados, fortalecendo os mecanismos de controle,

¹⁷ Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI: acompanha as atividades relacionadas com a administração financeira dos recursos da União, que uniformiza o processamento da execução orçamentária, por meio de técnicas de elaboração eletrônica de dados., envolvendo unidades executoras e setoriais, sobre a supervisão do Tesouro e resultando na integração dos procedimentos concernentes, essencialmente, à programação financeira, à contabilidade e à administração orçamentária. http://www.medicina.ufmg.br/cim/umc/duvidas_aplicativos.php.

responsabilização e transparência dos órgãos reguladores. Esta premissa, na realidade, como se verá nos resultados da pesquisa, não chegou a ser alcançada.

O objetivo formalizado no Contrato de Gestão da Anvisa com o MS, ou seja, o propósito descrito é: *O fomento e a execução de atividades na área e vigilância sanitária, por meio do estabelecimento de parceria entre as partes contratantes, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população* (Contrato de Gestão/99). Esse documento traz, em seu Plano Anual de Ação e Metas, um rol de indicadores e metas de redução dos tempos de conclusão de processos voltados para as atividades-fins da vigilância sanitária.

A direção da Agência tinha o propósito de implementar um modelo de gestão estratégica integrado por metodologia que contemplasse as perspectivas institucionais com as dos clientes, dos processos de trabalho, recursos humanos e informação. Tais perspectivas eram discutidas em processo sistemático de reuniões entre a direção e os GG, com a pretensão de obter um conjunto de metas e indicadores que melhor atendessem à missão institucional, numa visão moderna de administração.

Para começar, tinha a questão legal que exigia isso. Segundo, no Ministério da Saúde, o Secretário Executivo Barjas Negri achava essa coisa muito importante. Essa coisa de ter o contrato de gestão adequadamente desenhado e operante. (...) No meu ponto de vista, também pra trabalhar com meus companheiros, ter um contrato de gestão operando iria implicar em poder cobrá-los sobre o que eles deveriam e estavam fazendo. Então tinha um instrumento pra ficar discutindo essa história de ter ou não ter, como ter ou, porque ter um contrato de gestão. Essa coisa também era uma maneira de nos auto-controlarmos e, isso era importante (IAA).

Era pauta nas discussões dos dirigentes e também fazia parte das interações com o setor regulado, a definição das diretrizes que orientariam a função da Agência. Buscava-se identificar possibilidades que permitissem criar um espaço de desburocratização e de caminhar no sentido de observar o risco nas áreas de atuação de VISA como: alimentos, cosméticos, produtos para a saúde, medicamentos e saneantes.

Uma coisa nós tínhamos claro. Tínhamos que orientar a ação da Agência de vigilância com base em risco. Tinha que estruturar o que era o grande cartório de vigilância sanitária, num conjunto de ações que buscava a questão do risco (IAA).

Essa preocupação é destacada pelo entrevistado, especialmente com relação aos medicamentos.

E, depois, eu tinha uma certa preocupação de conseguir construir o contrato de gestão, até porque a gente estava no meio de um tiroteio danado, com aquela história de CPI dos medicamentos, aquela história de preço de medicamento. Queria sair do radar. A idéia de cumprir a lei logo e, ter um projeto de contrato de gestão que fosse aceito externamente, era uma idéia boa (IAA).

O entrevistado deixa claro, inclusive, sua preocupação com a precariedade de informações do conjunto de produtos que estavam registrados e do processo de rastreabilidade¹⁸. Naquele momento, era premente prover o novo órgão de uma estrutura física que fosse moderna, com uma rede de computadores e de sistemas de informação que permitissem uma comunicação ágil com os estados e as áreas de portos e aeroportos em todo o País, para dar resposta rápida aos problemas que surgissem.

Embora ela tenha jeitão de ação, dada à magnitude, era uma diretriz. O uso extensivo da informática. Tomamos decisão de que a Agência tinha que usar extensivamente a informática e nós tínhamos que prover isso. Que essa estrutura física fosse moderna o suficiente para que nós conseguíssemos fazer as ações que precisariam ser feitas (IAA).

O processo de estruturação da Anvisa tinha uma importância tal para os atores da época que, embora ela tivesse características de ação, tornou-se uma diretriz da gestão, repercutindo como a grande meta do Contrato de Gestão, no primeiro momento. Observava-se, portanto, tratar de outro propósito, voltado para processos internos, descrito ou formalizado no CG.

(...) porque disso dependia a legitimidade da instituição (IAB).

(...) o primeiro momento, você tem que estruturar a organização, então as metas do primeiro contrato era para estruturar área. Um conjunto de ações voltado pra estrutura; um conjunto de ações voltado pra lançar as cordas dentro do sistema de vigilância sanitária (IAA).

O verdadeiro contrato de gestão tem que ser utilizado como ferramenta de melhoria, na medida em que você vai fazendo ganhos em cada ação e consegue, inclusive, gerar um sistema de dados que te permita olhar o passado, comparar e projetar o futuro de melhoria. Então, eu acho que ele teria que ser utilizado assim. E acredito que ele foi (...) com muita negociação, muito debate (IAA).

Outra questão importante era recurso humano, pois não existiam profissionais em número suficiente e atualizado tecnicamente na área de vigilância sanitária, para enfrentar a

¹⁸ Rastreabilidade: de acordo com a definição do VIM ("Vocabulário Internacional de termos fundamentais e gerais de metrologia", INMETRO, CNI, SENAI, 2ª. edição, 2000), é a "Propriedade do resultado de uma medição ou do valor de um padrão estar relacionado a referências estabelecidas, geralmente a padrões nacionais ou internacionais, através de uma cadeia contínua de comparações, todas tendo incertezas estabelecidas."

necessidade de ampliar o marco legal. A composição dos dois primeiros planos de indicadores e metas, tinha o claro propósito de, prioritariamente, estruturar a Agência.

As metas, em sua maioria, estavam diretamente voltadas para a redução dos tempos de conclusão dos processos de registro de produtos sujeitos à ação da vigilância sanitária e às ações de concessão de Autorização de Funcionamento de Empresas (AFE), em atenção ao setor regulado.

Eram direcionadas ao controle de tempo máximo para a publicação da resposta aos pedidos, com o compromisso da Agência de organizar esses processos, vitais para o cumprimento da sua missão (IAA).

Nos primeiros anos, os indicadores estavam voltados para diminuição do tempo de conclusão do processo de registro de produtos, objetos de severas críticas do setor regulado. Preocupava-se, exclusivamente, com a eficácia das áreas da Anvisa no atendimento ao setor regulado. Especialmente os tempos (ITC).

Além do propósito de mudança de uma situação crítica dos produtos de consumo humano, buscava-se a legitimação de um órgão, criado para atender a uma nova estrutura social. Os produtores e prestadores dispunham de informações sobre os produtos e serviços que estavam disponíveis para a população, que nem mesmo a Anvisa sabia. Caberia, então, ao órgão regulador, a normatização, a concessão de registros do produto ou de funcionamento de uma empresa e a disseminação das informações, o que constitui ação de regulação desta falha do mercado (PIOVESAN, 2002).

Em uma aposta de que o método auxiliasse a gestão e, no cumprimento dos propósitos de descentralização e transparência, em janeiro de 2002, um comunicado do Diretor-Presidente na Intranet, Dr. Gonzalo Vecina, informava que daria início o Projeto de Melhoria da Gestão (PMG). Seria desenvolvido em conjunto com a Fundação de Desenvolvimento Gerencial (FDG), com duração prevista para 24 meses. Tal comunicado dava ciência de que este seria um longo trabalho, onde o envolvimento e a dedicação de todos seriam vitais para o sucesso do projeto.

A expectativa era de que a Instituição fosse capacitada para rever a formulação estratégica, definir e atingir metas, de acordo com sua missão. Fazia parte do Projeto, a capacitação para o redesenho dos processos de trabalho e a orientação para o aprimoramento da gestão no dia-dia da Instituição.

Um dos resultados do PMG foi a priorização do redesenho do processo de “Gestão Orçamentária e Financeira - orçamentação”. Tinha como objetivo, garantir que a proposta orçamentária fosse elaborada de forma descentralizada, participativa, com transparência dos meios financeiros necessários para alcançar os objetivos e metas institucionais em coordenação conjunta, NAEST e GGGAF.

A gente estava revisando todos os procedimentos de como a Anvisa trabalhava. Dentre elas tinha o procedimento de planejamento e de ‘orçamentação’. Esse processo de planejamento de ‘orçamentação’ é uma das coisas mais importantes que tinha lá (ITB).

Um sistema informatizado para realização da programação anual, o PLANOR, estava sendo pensado, de forma que as informações geradas subsidiassem o acompanhamento da programação anual, dos compromissos assumidos e da gestão orçamentária e financeira. O monitoramento se daria, tanto internamente, quanto na relação com o Ministério da Saúde, a exemplo do Contrato de Gestão e do PPA, em coerência com os propósitos do Governo.

Esperava-se que, com o desenvolvimento do PLANOR, a Anvisa desse um salto qualitativo no processo de planejamento, criando condições para uma análise relacional entre ações planejadas, metas almejadas e necessidade de financiamento. Ao tempo em que se estimularia a discussão colegiada sobre os objetivos e metas anuais, necessidades e disponibilidade orçamentária. Em meio a esse processo, o NAEST trabalhava para que fosse desenvolvida a cultura de planejamento na Agência. Para isso, lançou mão de uma metodologia de trabalho participativa, levando insistentemente as discussões aos Coordenadores, Chefes de Unidades, Gerentes, Gerentes-Gerais, Diretores e Diretoria Colegiada, buscando sempre a participação da equipe técnica.

O NAEST foi uma coisa importante pra que a gente desse o mínimo de importância pro processo de planejamento e de programação (IAA).

A racionalidade estratégica da equipe da área de planejamento levava-a a suspeitar que essa mecanização, ou seja, a condição de um sistema informatizado para a programação e acompanhamento das ações, colocaria em risco uma proposta mais avançada de planejamento. Temia por uma pernicioso cristalização da idéia de que a programação se restringisse a um mero cálculo de estimativas de custos e viesse a prejudicar a concepção de planejamento, como um pensar para agir, com a influência da ação educativa do planejamento evoluindo como cultura na Instituição.

A proposta da equipe de planejamento era, então, de que a programação fosse realizada a partir de objetivos previamente definidos, em consonância com os princípios estabelecidos no SUS e os propósitos da vigilância sanitária. Considerava ainda, principalmente, que os compromissos formalizados nos documentos, produtos de um planejamento (PPA, CG e PNS), nortegassem a programação. Essa metodologia auxiliaria na realização dos propósitos institucionais estabelecidos de descentralização e transparência. Na teoria de Testa (1995), a utilização da transparência de maneira estratégica, vem da necessidade da legitimidade em relação à credibilidade que o gestor dispõe.

Com a implantação de um sistema de programação, informatizado e descentralizado, a expectativa dos gestores era de que cada unidade tivesse o “seu” recurso financeiro disponível, favorecendo a governabilidade na sua gestão. Esse aspecto contribuiu definitivamente para a adesão ao processo. Não significando, portanto, que, pelo fato de não ter a informação referente aos valores disponíveis, não haveria disponibilidade orçamentária, ou mesmo, autonomia para executar o que se pretendia.

Não só na Anvisa, mas, na maioria dos lugares, falta gestão. Recurso financeiro, a maioria tem. Não diria pra esbanjar, em lugar nenhum vai ter, mas daria pra fazer muito mais coisa porque, recurso tem hoje. Tem muita falha na gestão. E também amarras legais. Acho que tem várias amarras da legislação do país que dificulta o pessoal executar isso. Mas a principal falha é na gestão (ITB).

Pelo exposto, constata-se que os propósitos estabelecidos nos documentos formais da Anvisa, uma organização nova, com proposta de gestão moderna, eram coerentes com aqueles determinados pelo Estado.

4.1.3 Método

O PPA organizou as ações do governo federal em 389 programas e, dentro daqueles considerados finalísticos, quatro era gerenciado pela Anvisa o que demonstra, de certa forma, a importância da ação da Agência. O Programa que tratava do planejamento estratégico e orçamento, era norteador novo modelo de gestão pública, com conceitos e orientações metodológicas avançadas, em consonância com o Decreto nº. 2.829/89, já mencionado anteriormente.

O PPA, naquela época, era instrumento muito criticado (...) porque como todo instrumento imposto pelo Ministério do Planejamento, tinha muitas resistências na sua adoção (...) acaba com a autonomia de fazer o que quer, porque, a maneira de organizar o trabalho do PPA é de acordo com as prioridades de governo (ITA).

Pretendia-se que o conjunto de ações prioritárias do governo federal fosse alvo de planejamento nos setores, utilizando uma metodologia moderna para construção dos programas a partir da seleção de problemas, com acompanhamento e avaliação permanente. O modelo incentivaria a identificação de parcerias e recursos, de forma a atravessar a estrutura organizacional de governo. Mas, essa intenção não se concretizou na prática.

Não era uma discussão onde os dirigentes sentavam e diziam: olha, vamos fazer uma discussão, vamos chamar os atores importantes pra discutir quais as ações do PPA nos próximos 4 anos e, partir dali, a gente estrutura a organização para orientar essas ações. Na verdade, o PPA andava meio de lado, de caranguejo (ITA).

Tudo que acontecia no orçamento tinha que ser representado no PPA. E aí houve um casamento artificial, de conveniência entre a estrutura funcional e o Plano Plurianual nessa nova metodologia (IAB).

Entretanto, pela leitura dos documentos, pode-se inferir que a identificação dos problemas foi de forma empírica e que os atores que estavam à frente do processo, gozavam de respeitado poder técnico e poder político. Não foi identificada a existência de procedimentos estruturados de planejamento ou a utilização de análise situacional nem registros que demonstrassem a utilização de uma metodologia que orientasse a seleção dos programas. O relato de um informante - chave diz o seguinte:

O Plano Plurianual virou um sonho de um segmento de gestão do governo. E como sonho, ele não ganhou a existência real da maneira como esse segmento desejava. Para que isso acontecesse de fato, esse método tinha que ter um respaldo muito forte do comando político de governo, um super-ministro (...). O que não aconteceu. (IAB).

Para outro ator, nesse momento não estava na agenda da Agência a eleição de programas sob a ótica orientadora do governo federal. Mesmo assim, a Anvisa define seus quatro programas em coerência com a totalidade das atividades que desenvolvia, sem a articulação com o poder administrativo para vinculação com o orçamento.

A história do recurso na vigilância sanitária é uma história à parte. Eu me lembro que a Secretaria de Vigilância Sanitária, em 97, executou 5 milhões de orçamento. Em 98, 30 milhões. Em 99, sob a égide da Agência, foi pra mais de 100 milhões. Em 2000, chega a quase 200 milhões. (...) em 2002, o orçamento da Agência, realizado, foi de quase 300 milhões. Essa ascensão se deveu, primeiro, à entrada dos recursos oriundos das taxas. As taxas foram multiplicadas por muito. Então foi um fluxo muito vigoroso (IAA).

Desde a criação da Agência, a GGGAF elabora o orçamento e aloca os recursos por Ação do PPA. A maior parte das unidades da Agência utiliza o recurso financeiro alocado na Ação de Vigilância Sanitária de Produtos¹⁹. Ou seja, os recursos alocados nessa ação financiam as atividades realizadas por todas as unidades da casa. Com exceção das atividades específicas de: publicidade e utilidade pública, desenvolvimento de pesquisas, capacitação dos servidores, atividades relacionadas com serviços de saúde desenvolvidas pela Gerência - Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTESS), compra e construção do edifício-sede da Anvisa e do laboratório de tabaco, que envolvem seis das 30 unidades organizacionais da Agência.

A programação orçamentária anual é feita priorizando as despesas fixas e obrigatórias, como pessoal, aluguel e salário, enquanto que a programação orçamentária das atividades é realizada de acordo com a demanda, ou seja, uma mera peça orçamentária. Quem executa primeiro consegue mais recurso no orçamento. Ocorre que a sistemática de acompanhamento da execução também é concentrada por Ação, impossibilitando a visualização da execução por unidade administrativa ou objetivo e, conseqüentemente, a informação da capacidade de gasto das unidades distintas.

O Plano Plurianual foi realizado com o devido cuidado. Essa história de Plano Plurianual num país que tem um sistema de planejamento orçamentário como o nosso, ou seja, que apesar de se chamar orçamento programa, nós sabemos, estamos fazendo um planejamento com uma base num orçamento incremental (...). Mas, como existe a lei que exige que você tenha o programa, que você tenha o Plano Plurianual, com todo o cuidado ele foi feito. Mas sabendo todos nós que ele tinha um componente – e continua tendo e ainda terá durante muito tempo – de fantasia (IAA).

¹⁹ Segundo o Regimento Interno da Anvisa, consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização pela Agência: medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias; II - alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários; III - cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; IV - saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos; V - conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico; VI - equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem; VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados; VIII - órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições; IX - radioisótopos para uso diagnóstico *in vivo* e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia; X - cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco; XI - quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação (BRASIL, 2006b). A partir da definição legal de vigilância sanitária pode-se entender como grupos de sua atuação: ambientes, incluindo trabalho, serviços de saúde e de interesse à saúde e produtos como: alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros de interesse à saúde. (CONASS, Vigilância em Saúde, 2007).

Apesar de toda a retórica avançada de gestão no governo federal para a definição dos programas, numa articulação do planejamento com o orçamento, a previsão de recursos orçamentários foi baseada nas ações desenvolvidas nos três exercícios anteriores. Por seu turno, a Anvisa é contemplada com um significativo aporte de recursos, de forma diferenciada, mas sem um cálculo técnico, uma metodologia definida ou formalizada para essa alocação, que tenha sido objeto de registro ou informado nas entrevistas.

A Anvisa tinha como proposta, implantar um novo modelo gerencial de administração na área pública e de formas flexíveis de gestão; no entanto, se instala nos moldes da década 60, com a elaboração de seu orçamento centralizado na GGGAF. Realizava a previsão orçamentária por agregados de despesas, baseados nos dispêndios de exercício financeiros anteriores, sem nenhuma vinculação com o planejamento.

Quanto aos resultados, um dos atores observa que os gestores do setor saúde prescindem do compromisso com os resultados, apesar do discurso de que a epidemiologia deve ser utilizada para análise situacional. Tal ‘descompromisso’ se justifica pela grande preocupação com a saúde sem considerar os recursos disponíveis e as reais possibilidades de execução de ações.

Nós, da saúde, somos maus gerentes. Somos péssimos gerentes. Nós achamos que saúde não tem preço e, o que não tem preço pode gastar o quanto quiser. Temos um compromisso muito ruim com resultado. Apesar de todo discurso que nós temos de que a epidemiologia controla nossa vida, que é a nossa rainha, nós temos absoluto desprezo por dividendos. Temos absoluto desprezo por comparar o que fazemos com o que deveríamos fazer. E começamos, não definindo de maneira adequada o que deveríamos fazer. E aí, quando dissemos que fizemos tanto, não tem com o que comparar, pelo desprezo que temos com o dividendo (IAA).

Além do ‘desprezo’ pelos dividendos, para Costa (2004), a gestão na vigilância sanitária é bastante crítica pela incipiente discussão e organização da informação, necessária para fundamentar os processos de tomada de decisão, em questões tão complexas, como o enfrentamento com o segmento produtivo.

Foi considerada, também, por alguns entrevistados, a dificuldade do gestor de reconhecer a necessidade de sistemas estruturados de gestão, fazendo com que se buscassem mecanismos externos, com metodologias inovadoras, para implantação de processos estruturados de planejamento. O que não trouxe os resultados esperados, em virtude dessa pouca familiaridade dos profissionais de vigilância sanitária com a questão do planejamento.

Percebeu-se, todavia, certa ambigüidade na credibilidade da utilização de sistemas estruturados de planejamento, por parte de todos os entrevistados. Havia a percepção da necessidade dessa utilização, não só pelo reconhecimento do compromisso com a gestão dos recursos públicos, mas, também, pelos resultados na saúde da população, resultante da utilização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Mas, de fato, não era utilizado.

Eu acho que o PPA já foi um avanço sim, mas acho que tem muito ajuste a fazer ainda. Agora, essas falhas que existem no PPA repercutem direto em qualquer organização, inclusive na Anvisa, lógico. Porque o PPA tem um planejamento, a princípio, a longo prazo. De uma gestão pra outra, ou até mais. Mas o que acontece? Na hora que faz um planejamento desses, de longo prazo, você tem que estabelecer que algumas coisas são bastante importantes para o País e você tem que tentar realmente fazer com que isso aconteça. Não acredito que as coisas aconteçam assim (ITB).

Contudo, não se verifica mecanismos internos de programação, acompanhamento e avaliação mensal da gestão financeira, nem dos resultados. A única fonte de informação dessa natureza, encontrada, foi o SIGPlan. Na pesquisa realizada no SIGPlan, não foram encontrados registros de apuração dos índices anuais de alcance dos indicadores estabelecidos no PPA, nesse período. Com exceção daqueles relativos à apuração do tempo de registro de medicamentos novos e obtenção de autorização de funcionamento de empresas sujeitas a VISA, em 2001, 2002, 2003 que são medidos, mas, não atingem o índice esperado.

Em empresa privada, as metas são muito claras. O empresário vai falar assim: vou investir X, um milhão, quero o retorno de 200 mil. Quero 20% de retorno sobre capital investido. Então pra dar 20% de retorno, que mix de produto eu vou ter que trabalhar? Ele vai dividir o mix de produto que ele vai trabalhar e cada setor vai ser obrigado a tentar buscar aquela meta. Ele já distribui a meta pra cada área. Cada um sabe o que tem que atingir no ano. E como que ele sabe se fosse um produto sazonal, ele vai ficar acompanhando, se não atingiu em janeiro, não vai atingir mais. Ou tipo, não atinge em janeiro não tem problema, isso é um produto ou serviço que a gente vai fazer mais em julho. Então vai acompanhando e em julho tem que atingir. Mas no governo o que acontece? Como que cada um estabelece sua meta? (ITB).

Quanto às metas físicas no ano de 2000, também verificadas no SIGPlan, ou extrapolam em mais de 100% a meta estabelecida, chegando, em alguns casos, como em PAF, a atingir 400% ou, então, não são informadas. Em Ações como do Programa de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares e em outras ações desse Programa, os índices apurados não atingem 50%.

No Programa Qualidade do Sangue, aparece uma meta com mais de 2000%, outras com 100% e ainda, outras sem informação da execução física. Em relação à execução financeira, esta fica na casa dos 100% de execução.

Já no Programa de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, a meta física de fiscalização de produtos atinge mais de mil por cento de realização, enquanto a de fiscalização de serviços foi mais de 400%. Já a financeira, foi de menos de 30% de execução em ambos os casos, no ano de 2000.

Vamos dizer que na área de inspeção falava que, vamos fazer inspeção em tantos por cento das indústrias de medicamentos. Pra gente não tinha muito significado isso. Porque a gente não tinha uma diretriz maior. Se tivesse alguma coisa assim: Olha, você tem que garantir que aconteça falha de medicamentos em 0,001% dos produtos vendidos no mercado. Se você tem isso e isso não está acontecendo, você tem essa mensuração, já tem uma diretriz aqui. Com esse tanto de inspeção que você vai fazer, não dá, porque não está atingindo nem a amostra mínima. Então teria como conversar com eles. Mas nós não tínhamos isso. Se o GG fala que vai fazer tanto, tá falado. Podia muito bem falar assim: não dá pra fazer mais? Ele vai falar: dá pra fazer ou não dá pra fazer. Não tinha aquele negócio de dizer: você vai fazer tanto porque o nível do risco disso é tanto. Porque vai fazer uma inspeção em tal tipo de indústria do que em outro tipo? Não tinha uma mensuração de risco. Isso na verdade era mais intuição da pessoa que está dirigindo. E dentro do recurso que ele tinha, ele alocava, fazia uma meta daquilo que ele conseguiria atingir. E, geralmente, as metas colocadas pros gestores, invariavelmente, o pessoal atinge a meta lá pra setembro, já. Pode ver. Em setembro a meta física já está atingida. Isso acontece em todos os lugares do governo federal. Por causa da forma que está planejado (ITB).

Em 2001, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, apresenta uma redução do número de Ações e aproximação do número das metas estabelecidas com o valor atingido. O Programa de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, também apresenta um ajuste nos valores das metas. Em 2002, é incluída uma Ação de repasse de recurso a Estados e Municípios e, em 2003, a Ação de Construção do Edifício Sede da Anvisa. Esse último sem nenhuma execução física ou financeira até o momento. Entretanto, as Ações apresentam a realização financeira em torno de 100%.

O Programa Qualidade do Sangue mantém o mesmo perfil do primeiro ano, nos anos seguintes. No Programa de PAF a execução física se mantém em torno de 400% com a financeira de 99%.

O que se percebeu foi que o modelo de gestão do PPA, de acompanhamento e avaliação dos resultados, não foi institucionalizado na Anvisa, como também não foi possível identificar

a existência de práticas estruturadas de planejamento e organização para verificação do cumprimento dos propósitos estabelecidos para esse compromisso. Cumpriu-se apenas a função ritualística, pela imposição legal, como evidenciado nos registros parciais dos dados no fim do exercício, para esse *momento* na Anvisa.

Com relação ao CG, pode-se verificar, no primeiro Plano Anual de Ação e Metas, um conjunto de 39 metas e resultados, com o prazo estabelecido para a sua execução, de setembro/1999 a dezembro/2000. Pelos dados encontrados na pesquisa, nesse período, houve a preocupação em apurar o cumprimento das metas pactuadas, a despeito das críticas identificadas no Relatório de Avaliação quanto à inadequação das metas e indicadores aos objetivos.

O Contrato de Gestão é um esforço de planejamento porque, através dele, a sociedade e o Ministério da Saúde podiam cobrar da vigilância sanitária (IAA).

O primeiro quadro foi um quadro voluntarista, digamos assim. Todos eles foram feitos aqui dentro da Anvisa, não houve demanda externa clara pra inclusão ou exclusão de metas. Salvo coisas muito pontuais. (...) Acho que teve um grande mérito, que foi capaz de contemplar coisas importantes mesmo antes de a Instituição existir de fato (IAB).

Os primeiros compromissos assumidos no CG, por meio do Plano Anual de Ação e Metas para os anos de ano de 1999 e 2000, estavam voltados para a estruturação da Agência, compondo um quadro de metas com respectivos prazos, agrupados em ações de: estruturação, capacitação de recursos humanos, fiscalização/inspeção, articulação institucional (intra e intersectorial e nas demais esferas de governo), ações desconcentradas (autorização de funcionamento, registro de produtos, certificação e análise laboratorial), evolução institucional e diretriz para o funcionamento da Agência.

O Relatório de Avaliação do MS observa que as mudanças são construídas no cotidiano, com o aprimoramento dos métodos e processos de trabalho, ao abrigo de novos conhecimentos e mudanças comportamentais. Aponta para as necessidades de construção do conhecimento técnico-científico nas questões atinentes à vigilância sanitária; de informatização de procedimentos e rotinas; da gestão científica, da informação e de realização

de parcerias – ações conveniadas – com órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), para (re)aparelhá-los e fortalecê-los²⁰.

O referido Relatório classifica como *performance operacional significativa* o cumprimento de 31 das 39 metas, recomendando que fosse realizada uma revisão das metas que não foram adequadamente desenhadas para a elaboração do próximo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão e sua compatibilização com o Plano Plurianual. Ainda aponta que, o planejamento estratégico não se desenvolve no nível de detalhe necessário para orientar as ações específicas na gestão de recursos humanos. Destaca que a atuação, de modo descentralizado, demanda mecanismos de coordenação e qualificação dos diversos atores para cumprirem harmoniosamente seus papéis. Sugere, ainda, que o desenvolvimento da gestão seja calcado no planejamento estratégico da organização, a partir do alinhamento dos recursos disponíveis com os objetivos estratégicos definidos e compartilhados na Agência. (ANVISA, 2000).

Em cumprimento ao Contrato, a Anvisa realiza um trabalho de modelagem estratégica e operacional no ano de sua instalação, em paralelo ao processo de construção organizacional. Para isso, foi contratada uma consultoria da Fundação Getúlio Vargas. Pretendia-se, entre outras coisas, orientar a Instituição no processo de planejamento, orçamento e na organização dos processos de trabalho para a realização e acompanhamento das metas do CG.

Em 2000, a Anvisa pactuou o primeiro Termo Aditivo (TA) com o MS, que propôs alteração do Plano Anual de Ação e Metas, para o ano de 2001. O quadro de metas foi organizado por prioridades, indicadores, objetivo (com característica de meta) e prazo de mensuração. As metas de estruturação já haviam sido cumpridas, levando à redução de 39 para 28 metas para serem cumpridas, ao longo do ano de 2001. As metas, agrupadas em cinco perspectivas, discriminadas a seguir, objetivavam o acompanhamento do desempenho institucional:

- Reconhecimento pela comunidade
- Satisfação dos clientes
- Gestão financeira e de custos

²⁰ 1º Relatório do CG MS ANVS - exercício 1999/2000.

<http://www.Anvisa.gov.br/institucional/Anvisa/contrato/index.htm>

- Fortalecimento do SNVS
- Desenvolvimento institucional

Diferente do primeiro Plano, no segundo, as metas foram estabelecidas a partir de discussões com os GG, G e tinham como foco os processos institucionais considerados mais importantes para a Anvisa. Ao final do período, uma meta já estava superada, ficando, então, 27 para o exercício de 2001. Entretanto, recomendava-se uma maior adequação das metas e indicadores à missão institucional.

Para o ano de 2002, nova revisão foi feita e a Anvisa estabeleceu 20 metas no Plano Anual de Ação e Metas, agrupadas em quatro perspectivas – visto que a Gestão Financeira e de Custos havia sido cumprida -, mantendo, entretanto, o foco na redução dos tempos de análise dos processos de concessão de registro.

Nos Relatórios da Comissão de Avaliação, ao final do ano, porém, o MS reitera as recomendações quanto à imprecisão da metodologia utilizada para mensuração do desempenho e do dimensionamento inapropriado dos indicadores para aferir determinadas metas. Isso é constatado nos elevados índices obtidos, agravado pela não confiabilidade do banco de dados da Anvisa. Uma observação relevante na avaliação é quanto o não desenvolvimento, no nível desejado de detalhe, do Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que referencia a gestão²¹.

O Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, assinado em setembro de 2002, prorroga o prazo de vigência do CG até setembro de 2005, mantém as 20 metas anteriores, agrupadas nas mesmas quatro perspectivas, para os anos de 2003 e 2004.

O NAEST teve sempre essa preocupação de fazer um processo negocial, muito aberto, muito transparente em todas as áreas (ITA).

Em Relatório de Avaliação da Controladoria Geral da União - CGU²², um aspecto recomendado evidencia a falta de acompanhamento e avaliação em relação aos recursos

²¹ Relatório CG - Anvisa, 2001.

²² Relatório de Avaliação da CGU – Anvisa 2002 - arquivo APLAN

financeiros, em uma clara referência a ausência do mecanismo de prestação de contas e de participação social.

Esse documento observa que o atraso da prestação de contas e a intempestiva apresentação das mesmas e, até a inexistência de mecanismo de verificação da execução dos convênios, compromete a gestão da Entidade e a efetiva avaliação dos objetivos propostos, com conseqüentes custos adicionais para a administração pública. O Relatório aponta, ainda, a inadequação da quantificação das metas, a inexecutabilidade dos prazos, a incompatibilidade dos custos, a inconsistência e a falta de vinculação de metas e indicadores aos objetivos propostos (ANVISA, 2002, CGU).

A maioria das metas colocadas não mensura o que a sociedade precisa. É mais meta interna, da Anvisa mesmo. Segundo, as metas sempre são sub-dimensionadas porque, como não tem ninguém de fora, da sociedade, que questiona isso, nenhum administrador é doido de colocar uma meta que não vai conseguir atingir ou que vai ter dificuldade de atingir. Cada gerente geral definia e o NAEST participava sem muito como opinar (ITB).

O próprio Ministério supervisor faz pouca interferência no CG, na medida em que a comissão de avaliação elaborou o último parecer, como é a sua responsabilidade, sobre o contrato com a Anvisa, em 2002. A partir de então, a Anvisa acaba resumindo seu trabalho na elaboração de relatórios e encaminhando pro Ministério e nenhum retorno se tem do Ministério da Saúde. Acho que isso ajuda a permanecer essa compreensão de que é um instrumento que tem um objetivo colocado na lei, mas que na verdade não tem uma preocupação com ele de fato (ITD).

Quanto ao desenho do método para elaboração da programação anual, ano 2003, a Comissão de Programação se reunia semanalmente, para discutir e propor medidas a para implementação do processo de planejamento, orçamento e soluções para os eventuais entraves. O movimento inicial era no sentido de construir um sistema informatizado. A Anvisa importou, então, uma ferramenta da FIOCRUZ, chamada Sistema de Planejamento, Orçamento e Metas – SISPOM. Acreditava-se que, com algumas adequações, o sistema atenderia às necessidades imediatas da Agência.

Para orientar os trabalhos relativos à programação, foi elaborado o Manual de Orientação para a Programação, com alguns conceitos básicos sobre planejamento e orientação específica sobre orçamento. Cada unidade administrativa elaborou sua programação, sem um limite orçamentário – não havia um histórico de programação e acompanhamento das atividades executadas e respectivos custos, por unidade administrativa da Instituição – como uma tentativa de estabelecer parâmetros para processo de planejamento.

O resultado foi um “amontoado de papel”, recheado de elementos de despesas sem qualquer possibilidade de consolidação pelas categorias de análise pretendidas e que desse algum indicativo do propósito da gestão, muito menos a possibilidade de acompanhamento das ações programadas. Diante disso, não houve aprovação dessa programação pela DICOL e a adequação tecnológica também não obteve o êxito esperado.

A elaboração de uma programação requer alguns quesitos como, eleição das prioridades norteadoras, metodologia a ser utilizada e, saberes específicos. Isso não era tarefa para poucos dias e muito menos para poucos profissionais. Buscava-se o claro propósito de influenciar a cultura institucional num processo educativo de construção permanente dessa cultura. Entretanto a impossibilidade de realizar o acompanhamento gerou um constrangimento, especialmente entre os técnicos que não exerciam função de dirigente. Ficou patente a dificuldade institucional de fazer do planejamento uma ferramenta de gestão e tornar a sua utilização rotineira.

4.1.4. Organização

Como já mencionado, a Agência é composta por cinco diretorias e, pelos achados empíricos, inferimos que cada uma delas, com sua própria definição, têm uma maior ou menor adesão à questão da construção dos Programas e à metodologia estabelecida pelo Ministério do Planejamento. Segundo um informante, fica a cargo da credibilidade de cada diretor a utilização de práticas de planejamento e o interesse na sua utilização.

Não existiam normas escritas para orientar os processos administrativos, que ficavam comprometidos também pela insuficiência de pessoal especializado (IAA).

Contudo, como relata um entrevistado, não fazia parte da agenda da equipe dirigente a elaboração do PPA. Corroborando essa afirmação, ele exemplifica citando²³ uma determinada área, que, deixava evidente a rejeição pelo processo.

²³ Por questões éticas, a área não é citada neste estudo.

Naquele momento, o Presidente estava sendo reeleito, no final de 98, (...) e nós estávamos pensando na exigência de fazer o Plano Plurianual. Num primeiro momento, no que diz respeito ao Plano Plurianual, (...) a sensação que eu tenho é que não houve uma preocupação muito grande com a questão do Plano Plurianual. Nós não achávamos que o Plano Plurianual impactasse na construção da Agência. (...) e tinha diretor que não gostava muito dessa história de processo de planejamento (IAA).

O PPA não era visto como um processo que permeasse a estrutura. De acordo com um entrevistado, ele era ‘ingerido’ pela estrutura. Na prática, ele se organizava nas próprias estruturas.

(...) tem no PPA um pedaço que é vigilância sanitária, tem outro pedaço que é vigilância epidemiológica, tem outro pedaço que é assistência, ou tem outro pedaço que é construir estradas. E assim por diante (IAB).

Naquele momento, a Instituição se estruturava para o desempenho das funções de agência reguladora, com novo quadro de profissionais possibilitado pela facilidade de contratação por organismos internacionais como PNUD e UNESCO²⁴. Os entrevistados foram unânimes em ressaltar o elevado grau de comprometimento dos técnicos, apesar do vínculo empregatício precário que, posteriormente, foi alterado passando a ter um quadro estável de profissionais, na organização, contratados por meio de concurso público.

A disposição das pessoas, a sensação que a gente tinha em todos os níveis da Agência, era de que as pessoas estavam construindo alguma coisa nova e se sentiam parte de uma nova aventura. Isto foi uma coisa fantástica por parte de praticamente todas as pessoas. Não seria possível fazer, não fosse essa disposição (IAA).

Um dos depoimentos aponta que, na área de serviços e de correlatos (hoje produtos para a saúde), assim como na área de alimentos e de informática, tentou-se instituir um processo de programação, seguindo a visão daquele entrevistado, *com algum grau de planejamento*.

²⁴ PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura. Por exigência desses órgãos, para contratação dos profissionais, classificados como consultores, sem vínculo empregatício, era elaborado um projeto pela Unidade de Gerenciamento de Projetos (UGP), que definia atividades a serem desenvolvidas por esses profissionais, sem que eles participassem da elaboração ou acompanhamento do projeto. Prática largamente utilizada pelo executivo federal na década de 90.

Relativamente ao CG, na leitura dos relatórios de avaliação desse *momento*, verifica-se registro sobre a evolução do processo de estruturação da Agência, com as mesmas recomendações sobre necessidade de adequação das metas e indicadores.

Nós não éramos um órgão de controle. Nós queríamos ajudar, pra que as pessoas se apossassem da idéia de como é importante, pra elas mesmas, terem idéia de como elas trabalham. Na verdade, o Contrato de Gestão é quase um espelho de como você trabalha (ITA).

Em 2002, com o desenvolvimento do PMG foi elaborada uma nova formulação estratégica, gerando três metas globais e doze ações estratégicas a serem realizadas em um horizonte de dois anos. Foi utilizado o princípio de Gerenciamento pela Qualidade Total (PNQ) e a matriz de SWOT, como método para o planejamento.

(...) Naquele período, nós fomos amadurecendo uma crítica em relação ao teor do Contrato de Gestão, que se preocupava exclusivamente com a eficácia das áreas da Anvisa, no atendimento ao setor regulado. Especialmente os tempos. Aí também nós entendemos que, embora isso tivesse superado, não podia ser abandonado, porque disso dependia a legitimidade da Instituição, inclusive pra ter força pra fazer aquilo que ela julgava mais importante ou aquilo que podia ser mais polêmico, em relação à sua ação de regulamentação ou de controle (IAB).

O PMG redundou no redesenho e padronização de processos de trabalho, gerando ações para torná-los ágeis e integrados. Inicialmente, foram redesenhados os processos de algumas áreas consideradas prioritárias e, posteriormente, seriam realizados das outras restantes, que não se concretizou, após o esvaziamento do processo com a mudança na administração. Não houve uma posição de Diretoria Colegiada (...) uma preocupação com o planejamento, com aquela formulação estratégica. O que a gente presume é que ela tenha terminado no momento que a gente concluiu aquele trabalho de ações estratégicas, não, ela esvaziou-se, esvaziou-se esse processo na casa (ITC).

Apesar de todo o movimento em torno do PMG, somente algumas metas resultantes desse projeto foram incorporadas ao CG. No entanto, um informante - chave relata:

(...) essa estruturação estava relacionada à macro processos e, na verdade, se recortou mecanicamente, se fatiou e cada uma tinha uma meta que, no princípio, era uma meta de tempo. E acho que nem podia ser diferente (...) teria que abrir essa missão, escavar lá dentro e ver o que significa isso pra poder (...) realmente ter clareza de quais eram as suas estratégias, e aí engajar metas e indicadores nessas ações estratégicas (ITA).

Já outro ator tem a seguinte opinião, que retrata bem a importância do trabalho focado na gestão:

Acho que o PMG deixou uma marca profunda na Agência (...), mas senti que o trabalho era um trabalho incompleto. O fato é que não existe trabalho completo em algo que deve ser feito todos os dias, a vida toda (IAA).

Um relatório anual de avaliação do CG aponta que houve um avanço no processo de institucionalização da avaliação das metas e classifica como “bom” o desempenho da Agência.

Um dos problemas do Contrato de Gestão (...) tem a ver com o quanto ele era realmente uma derivação dos desejos mais estratégicos da organização. (...) a idéia era que o Contrato de Gestão tivesse suas metas e seus indicadores derivados de algumas definições prévias, ou seja, de qual era a missão da Anvisa (ITA).

O depoimento retrata o reconhecimento do dirigente, da importância do CG para o alcance da missão institucional. Ressalta, também, a abertura ao controle social, destacando a realização do I Encontro, em Brasília, com representantes das VISAS estaduais e membros da Diretoria Colegiada da Anvisa. Não obstante esse movimento interno ter gerado bons resultados, não foi institucionalizado o suficiente para responder às metas estabelecidas, seguindo em recomendações posteriores que, ainda hoje, sobrevivem sem que tenha evoluído na melhoria das metas ou na posição de assumi-las como prioritárias.

Nesse *momento*, pela primeira vez na Instituição, começou a se pensar na articulação dos três produtos do planejamento: a proposta orçamentária com o PPA e o cumprimento das metas do Contrato de Gestão, por meio da realização da programação anual-, o PLANOR (sistemática de planejamento e ‘orçamentação’).

Uma mobilização orquestrada pelo então Coordenador do NAEST, Eduardo Nakamura, deu início à discussão da forma de operacionalizar a programação anual. No PMG, estavam previstas atividades de capacitação tanto para os servidores como para os gestores e, o processo de ‘orçamentação’ era um dos prioritários. Foram organizados cursos de curta duração sobre planejamento e gestão, de modo a preparar o pessoal da Casa para realizar essa tarefa que era, até então, feita de forma centralizada na GGGAF. Entretanto, o conteúdo dos referidos cursos era, eminentemente, de programação orçamentária.

Em uma apresentação e, posterior divulgação no sítio eletrônico da Instituição, dizia que o planejamento e a programação das atividades da Anvisa seriam expressos anualmente nas propostas orçamentárias para os respectivos exercícios financeiros. Seria refletido o conjunto de ações, eleitas como relevantes, a serem desenvolvidas pelas diversas unidades administrativas. Para conduzir essa empreitada, foi criada, por Portaria, a Comissão de Planejamento e Orçamento²⁵, composta pela GGGAF, GGCON, COMIN, COPRH, GERHU, ASREL e ADAVS, chamadas de áreas transversais. Esses atores institucionais coordenavam os temas afins e, cada unidade administrativa da Casa, se fazia representar por meio de um interlocutor.

A essa Comissão competia: *integrar as atividades de planejamento e orçamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; propor e fomentar políticas de planejamento e orçamento, integradas; e, exercer suas atribuições de forma coordenada com os órgãos participantes.* Além do Coordenador, naquele momento, apenas um técnico do NAESt participava dessa Comissão.

O planejamento e seu processo de elaboração, a forma de acompanhamento e, até mesmo a futura utilização dessa programação, não tinham sido objeto de discussão pelos dirigentes, até então. Mas, como se tratava de uma atividade, resultado do PMG (considerado o projeto maior do então Diretor-Presidente), o NAESt, em uma avaliação estratégica, apostava na sua institucionalização. Esse crédito era devido à onda de envolvimento da Casa com o PMG e a descentralização era a grande vedete. Tanto que, no processo de ‘orçamentação’ o carro-chefe era a programação descentralizada. Ocorreu, porém, que, em nenhum momento se discutiu “o que” seria descentralizado, até porque o orçamento já estava definido pelo setor financeiro. Infere-se então que, o corpo dirigente não tinha a descentralização definida como estratégia institucional, nem existia uma produção de fatos para esse objetivo.

Nesse momento houve a saída do Diretor-Presidente e, posteriormente, o falecimento do coordenador da área de planejamento, iniciando um longo período de interinidade na coordenação de planejamento. O que dificultou, sobremaneira, o pleno exercício das funções

²⁵ Portaria nº. 447, publicada no DOU de 22-08-2002, com última atualização em 14 de abril de 2003.

técnicas, a exemplo da avaliação dos compromissos assumidos e da continuidade dos processos de planejamento e programação, recém adotados.

Nós tínhamos, a rigor, o NAEST como o espaço pra essa condução, mas muito frágil na sua dimensão e na sua capacidade de agir, para o tamanho da tarefa. Inclusive, tendo passado por várias transições na sua direção e assumindo tarefas muito maiores do que as possibilidades. Desde o processo em si, até a questão orçamentária, o suporte, a gestão da organização como um todo, nos aspectos regimentais e de várias outras funções que foram sendo agregadas. Várias coisas, que não se tinha onde colocar foi agregado ali (IAB).

Assim, conclui-se que, os resultados encontrados denotam uma organização resistente a mudanças, mesmo sendo ainda jovem sem a marcante determinação da história, limitando o poder técnico à formalidade da elaboração de planos. Isto ocorria, mesmo com os dirigentes e principais gestores tendo visão moderna em relação à gestão e ao papel da Anvisa na sociedade. Eram atores que vinham de um histórico de gestão retrógrada e excessivamente burocrática, que representava a Secretaria de Vigilância Sanitária. Evidencia-se assim, uma organização, segundo Testa (1992), que necessita de um tempo prolongado para que a experiência determine qual a forma mais adequada de estabelecer a relação do método com o propósito e a organização. O que está sendo demonstrado ao longo deste estudo.

4.2 SEGUNDO MOMENTO: MARÇO DE 2003 A JUNHO DE 2005

4.2.1 Atores

A participação da Anvisa, na elaboração do PPA 2004-2007, se deu por meio da área de planejamento: o NAEST, sem, no entanto, ter realizado um processo interno de discussão ampliada com os gestores e equipe técnica. A Anvisa se fez representar no processo de planejamento estratégico do setorial saúde, sem uma proposta referenda pelo corpo gerencial da Casa.

Com a mudança do Diretor-Presidente, que ocorre no primeiro ano de transição de governo, o NAEST com coordenação interina, acaba ficando bastante fragilizado. Essas

alterações de comando inviabilizaram qualquer mobilização no sentido de realizar uma discussão ampliada com a Casa e, até mesmo, com a DICOL. Ao mesmo tempo, o NAEST realizava a discussão da adequação das metas e indicadores do Contrato de Gestão com as áreas que respondiam por cada uma delas. Nesse período, houve a participação do Ministério supervisor e de alguns membros da academia, na elaboração do Plano Anual de Ação e Metas e, posteriormente, foi encaminhada para apreciação da DICOL.

Para a elaboração do PNS, foram realizadas discussões com o Diretor-Presidente, NAEST e as GGs, que definiram metas como forma da participação da Anvisa nesse Plano. Por outro lado, seguiam os trabalhos de elaboração da programação anual – o PLANOR – coordenado pelo NAEST e a Comissão de Análise e Avaliação da Programação. Ao fim de cada etapa, o NAEST apresentava o produto das discussões na DICOL, para legitimação.

4.2.2 Propósito

O ano de 2003 foi marcado pela posse do novo governo. A Anvisa tinha coordenado a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, que reforçava a tentativa de trazer a Coordenação do SNVS como Programa do novo PPA, para o fortalecimento da descentralização, uma diretriz do SUS. Esse esforço era empreendido pela área responsável pelas descentralizações das ações de vigilância sanitária – a ADAVS. Era um propósito de mudança no sentido de consolidar sua responsabilidade como Coordenadora do SNVS. Entretanto, não houve êxito nessa ação, prevalecendo apenas o Programa de Vigilância Sanitária de Produtos Serviços e Ambientes, com várias Ações.

Para a nova equipe de gestão da Anvisa, segundo um informante chave, as principais questões estavam dadas, era importante não colocar em risco o processo de transição e consolidar a legitimação da Instituição.

Era uma gestão de continuidade. Era continuísmo com criatividade. O grande marco do ponto de vista institucional estava dado (IAB).

O governo eleito busca avançar na implantação do Decreto nº. 2. 829/89, gestão do PPA, instituindo a figura do Coordenador de Ação, que passa a responder pela Ação. Nesse momento o MS, visando estruturar e acompanhar as informações necessárias ao cumprimento das metas físicas, orçamentárias e financeiras e produzir relatórios gerenciais para avaliação sistemática, desenha um novo sistema informatizado na perspectiva de institucionalizar o processo de planejamento estratégico, o Sisplan. Estabelece que o Sistema seja implementado de forma integrada com o SIGPlan/MP, permitindo a importação e exportação de dados dos Programas e Ações do PPA.

No Quadro 6, estão descritos os programas da Anvisa no PPA de referência desse período, com seus propósitos traduzidos em objetivos. É importante observar que, durante as entrevistas não houve nenhuma abordagem, por parte dos informantes-chave, a respeito dos objetivos formalizados.

Quadro 6: Programas do PPA 2004-2007 gerenciados pela Anvisa

PROGRAMA	OBJETIVO	AÇÕES
1. Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços e Ambientes	Prevenir riscos à saúde da população, mediante a garantia da qualidade dos produtos, serviços e dos ambientes sujeitos à vigilância sanitária	Vigilância Sanitária de Produtos Vigilância Sanitária de Serviços Vigilância Sanitária de Portos Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Pesquisa em VISA Publicidade e Utilidade Pública Construção do Edifício Sede da Anvisa Construção do Laboratório Oficial para análise e pesquisa de Produtos derivados do Tabaco; Incentivo financeiro a Municípios e ao DF à parte variável do PAB para ações de VISA Incentivo financeiro aos Estados, Municípios, DF, para execução de ações de média e alto risco sanitário inseridos na programação pactuada de VISA Análise Técnica laboratorial da qualidade dos produtos ofertados a população Qualificação técnica dos laboratórios de referência estadual e municipal e do DF para análise de Produtos sujeitos a VISA
2. Segurança transfusional e Qualidade do Sangue Obs.: nesse PPA, esse programa é gerenciado pelo MS.	Assegurar a qualidade e auto-suficiência em sangue, componentes e hemoderivados sanguíneos e garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sangüínea e de má formação das hemácias.	Vigilância Sanitária de Sangue e Hemoderivados

Fonte: Fonte: construção própria, a partir dos dados do PPA/Anvisa.

Com o avanço do conhecimento sobre o papel do CG, durante o ano de 2004 foi promovida uma intensa discussão envolvendo diversos servidores da Anvisa, buscando aprimorar-lo, de modo que pudesse espelhar, nas metas e indicadores, o papel da Instituição junto à sociedade. Foi feito um diagnóstico do documento em vigor, em especial o Plano de Metas, com a finalidade de promover a sua adequação à realidade da Instituição. O grupo do NAEST, encarregado de coordenar as discussões, concluiu que havia alguns pontos a serem melhorados, como:

- Predominância das metas de medição dos tempos médios que, por si só, não espelhavam a ação da Anvisa na análise dos processos de pedidos de registros e AFE;
- Metas de prazos do CG diferente dos prazos legais previstos na Lei nº. 6.360/76, com alguns agravantes.
- Alteração da legislação, demandando a revisão dos indicadores inicialmente propostos. (Anvisa, 2004).

Havia críticas contundentes ao documento, que, não dava conta de demonstrar o desempenho real da Instituição, agravado pela inadequação cada vez mais evidente das suas metas e indicadores.

Na medida em que a Instituição não se comprometia com prazos, não se comprometia com resultados. Isso deixava uma fragilidade enorme (...) em todos os segmentos que dependem da Anvisa pro seu funcionamento. Apontavam a Organização como um entrave pra economia brasileira. Resgatar a eficiência na Anvisa significava melhorar sua legitimidade. Houve preocupações que, acabaram sendo vistas como diretrizes, referentes a temas específicos e um exemplo, foi na área de medicamentos. Fechar o ciclo de regulamentos que dessem garantia de qualidade aos medicamentos de todos os tipos (IAB).

No ano de 2005, o NAEST levanta a necessidade de discutir um novo quadro de indicadores e o próprio método para a definição do quarto TA, para vigorar no ano 2006.

O CG teve uma clareza dos objetivos quando ele foi criado. Era pra levantar isso aqui, era pra erguer a Instituição. A partir daí, começaram a existir alguns ajustes que se limitou a mensurar o desempenho institucional, pela questão do tempo de avaliação, do tempo gasto para cumprir o registro de produto, para o setor regulado. Não que a gente não tenha que fazer isso, existe legislação para cada área da Anvisa que estabelece isso, mas isso também não era prioridade. Muita coisa estava sendo feita e não estava sendo levada em consideração, nessa avaliação de desempenho. Então, se restringia a tempo médio gasto. A gente também não estava cumprindo esses tempos. No momento se trouxe uma discussão pra agenda, de desempenho da gestão pública. Aí a gente usou a padronização do Prêmio Nacional da Qualidade, onde cria os critérios. Então, acho que é uma lembrança boa, que isso deu uma nova cara ao Contrato (ITC).

Nesse *momento*, o MS conduzia a elaboração do PNS, considerando as prioridades identificadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde e os resultados de uma pesquisa realizada entre os participantes, quanto ao que estes apontavam como temas prioritários para serem contemplados pelo setor saúde no referido Plano.

O Plano Nacional de Saúde tentava trazer uma novidade que era de ter um plano público de saúde, com compromissos, etc. Os desdobramentos vinham depois, mais recentemente nos pactos. Ele queria ser alguma coisa que estivesse entre a estrutura do executivo na saúde, Ministério da Saúde, e a sociedade, via Conferência Nacional de Saúde, que pudesse ser o grande representante do momento político da saúde. Como de certa forma aconteceu antes, com deliberações de algumas conferências. (...). Ele não foi muito diferente do que poderia ser - um produto. E aqui não vai uma conotação pejorativa, mas, da tecnoburocracia do Ministério da Saúde, porque foi feito com conhecimento, por pessoas competentes. Mas, representa a cabeça dessas pessoas e das suas relações institucionais. E claro, com o filtro político da nova equipe de governo (IAB).

Das coisas específicas da Anvisa, quase nada entrou do que ela propôs. Não foi incorporado com a identidade clara de vigilância sanitária. Algumas correções foram possíveis, mas, de coisas que representavam erros conceituais que esbarravam na Vigilância Sanitária e que podiam ser melhoradas, mas não dá pra dizer que a Anvisa teve um grande movimento. Alguns pedaços da Anvisa discutiram. Foi coletado (*sic*) contribuições das diversas áreas, pensadas como áreas organizativas, mas também não trouxe novidades. Agora tem um plano de saúde como não existia antes, isso não aconteceu. (IAB)

Acho que houve uma fragilidade nossa, um desinteresse institucional. Um desinteresse da DICOL pra tocar isso. (...) Nós fomos acusados de que o PNS tinha apenas a cara da Anvisa. Do que era o trabalho de Anvisa, de regulação. As metas que estavam ali eram explícitas do nível federal e não do sistema (ITC).

Em se tratando da programação, com o insucesso do SISPOM, durante o ano de 2004 a Anvisa optou por construir seu próprio sistema informatizado de “planejamento e orçamento”, denominado PLANOR. Havia uma forte tendência de cristalização da idéia de que, para realização do ‘planejamento’, era necessário um programa informatizado onde estariam registradas e quantificadas as atividades e respectivos custos, em detrimento dos objetivos, metas ou finalidades estabelecidas, apesar do título.

Ocorreu que, após o a inserção da programação no módulo próprio, o sistema informatizado não gerava os relatórios esperados, necessários para a análise, inviabilizando o acompanhamento e avaliação, como estava previsto na metodologia definida pela Comissão. A Casa, por sua vez, não obteve nenhum posicionamento da DICOL quanto à adequação e ou aprovação da programação para o ano de 2005, enfraquecendo a possibilidade da área de planejamento trabalhar no processo de acompanhamento e avaliação da programação.

A proposta do NAEST era de que, mesmo sem a validação da programação pelos diretores, fosse realizado o acompanhamento das atividades executadas. O propósito era de ter um monitoramento e avaliação permanente, tanto da programação propriamente dita como da sua viabilidade e factibilidade.

A atuação da DICOL é fraquíssima nesse processo. Quando se dá um processo orçamentário que os diretores têm alguma pretensão, eles conseguem fazer a área orçamentária fazer um jogo de encaixe legítimo. A DICOL dá essa legitimidade sem a preocupação maior do que está orçado, do que foi negado, nem do desempenho. Preocupam-se quando o TCU coloca no documento de análise de risco que a Agência não tem um sistema de informação, faz anos. Não tem isso, não tem aquilo outro! Mas a preocupação do cotidiano, do acompanhamento orçamentário e financeiro é muito fraca. Eu não vejo a DICOL se empenhar em uma disputa orçamentária. Não sei se isso não tem a ver com o fato de nunca ter faltado recurso para a Anvisa. Então, eles não têm essa preocupação. Nunca faltou. A gente saiu de um orçamento tal e pulou pra x vezes mais quando saiu da Secretaria pra Anvisa. Então, se não falta, a gente não tem preocupação. Isso fragiliza o acompanhamento (ITC).

A despeito da não aprovação das programações, que, fragiliza profundamente a possibilidade de ter um planejamento eficaz, verifica-se uma tendência de mudança na cultura institucional, pelo posicionamento de um informante-chave:

Hoje eu atribuo ao PLANOR a evolução do processo de planejamento na Instituição. Estou programando dentro de uma lógica que tem um Programa, que tem uma Ação (ITC).

A definição de diretrizes, de prioridades, surgiu de uma demanda da área de planejamento. A área de planejamento teve a percepção de que isso é uma demanda da Casa também. Fomos os interlocutores da Casa com a Direção da Anvisa. Essa não é uma questão percebida e vista como uma falta só pela área de planejamento. Outros atores da Casa, importantes, gerentes, também viam essa questão (ITD).

Mesmo com todo o empenho do NAEST e de setores da Anvisa, o acompanhamento da execução ainda continuava inviável, pela falta de informações disponíveis.

4.2.3 Método

Um dos projetos de governo da equipe recém-empossada do MP e MS em 2003, era a elaboração do PPA 2004-2007 utilizando o planejamento estratégico por setor, para definição dos programas prioritários. Em uma participação maciça das equipes técnicas de

planejamento dos vários setores do MS, foram definidos os programas prioritários em uma dinâmica participativa, de aproximações sucessivas, para a eleição de prioridades. Um dos atores da Anvisa, no entanto, faz a seguinte observação:

O que acontecia era por decisão política do governo e não porque houve planejamento estratégico mais amplo e definido pra essa finalidade. Outras coisas tidas como prioritárias, também aconteceriam independentemente deste desenho. Acho que aquele momento serviu um pouco pra legitimar alguns espaços de poder dentro da presidência da República e da Casa Civil. Mais do que legitimar, pra apresentar novos espaços de poder. Embora haja pessoas alí que tenham experiência em planejamento, mesmo na metodologia do planejamento estratégico em seus diferentes matizes, usaram essa experiência pra facilitar a adesão (IAB).

Nesse *momento* o NAEST era coordenado pelo médico sanitarista Eduardo Nakamura, legitimado pela coordenação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária e do IV Encontro de Vigilância Sanitária. Profissional convicto da importância do planejamento traz o tema para o NAEST e faz os primeiros ensaios, dentro da Anvisa, de uma discussão sobre o PPA, como produto do planejamento e a necessidade de adequação de seus programas e metas.

Partia de uma análise das informações do SIGPlan, mesmo que superficial pela precariedade dos dados. Porém, a dinâmica dentro da Anvisa ainda estava muito aquém de um processo estruturado, mas, iniciava uma abertura para a construção de viabilidade política da inclusão do SNVS no PPA. A falta de envolvimento da DICOL com o tema, inviabilizava o NAEST de, internamente, optar por uma metodologia apropriada para o desenho das metas e estimativa de recursos para definir suas Ações que iriam compor o novo PPA. O NAEST solicitou, então, que cada Coordenação de Ação avaliasse as metas do PPA anterior e fizesse uma estimativa para os próximos quatro anos. Assim foi feito, caracterizando a ritualística do cumprimento legal. Não se pensava ainda em trazer o tema orçamento para integrar o planejamento, linha de pensamento pretendida pelos planejadores. Mantinha a prática conservadora do orçamento para ‘orçamenteiros’, mesmo com o Decreto nº. 2. 829/89 já mais assimilado pela administração federal; mas, essa concepção ainda não era uma realidade na Anvisa.

Em uma articulação política, o NAEST consegue pautar o tema em duas reuniões da DICOL e leva algumas propostas de Programas, para apreciação, sem uma dinâmica previamente definida, quais sejam:

1. Manter os quatro programas existentes;
2. Criar os Programas – Qualidade e Segurança Sanitária de Produtos e Qualidade e Segurança Sanitária Serviços, esse último absorvendo o Controle e Prevenção da Infecção Hospitalar; Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e Qualidade e Segurança Sanitária de Produtos e Serviços;
3. Criar os Programas – Qualidade e Segurança Sanitária de Produtos e Serviços e Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
4. Criar um único Programa Qualidade e Segurança Sanitária de Produtos e Serviços.

As duas atas da DICOL encontradas na pesquisa documental, específicas para o tema, registram a *incapacidade de a Agência gerenciar de forma eficiente os programas da época e a falta de apuração dos indicadores dos resultados para aferir os resultados; a precária transparência para a sociedade e a inexistência de articulação dos programas com o orçamento e a gestão da Anvisa*. Uma delas registra: *a constatação de que não há uma mesma lógica orientando os programas, especificamente com relação aos objetivos e sua vinculação com a estrutura da Agência, não contemplando também a promoção da sua imagem junto à sociedade*. Ressalta, ainda, a necessidade de resgatar as atribuições legais como parâmetro para a proposta, assim como o alinhamento dos novos programas ao momento político do MS e do Governo Federal, e o principal ponto discutido foi o fracionamento dos programas. Outra aponta que, *após intensa discussão das propostas formuladas pela Comissão de Planejamento, a DICOL deliberou que a proposta da Anvisa, a ser encaminhada ao MS, seria de dois Programas*:

1. Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços
2. Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Entretanto, *não houve consenso sobre as propostas, saindo como majoritária a posição de se ter um ou dois programas*, e o nome a ser escolhido deveria expressar a visão do novo governo voltado para a inserção social por meio das ações de saúde. Pode-se inferir que era uma tentativa do poder técnico ocupar espaço na construção da história na Anvisa, para legitimação do planejamento.

Nesse *momento*, o NAEST perde seu coordenador, acometido por uma fatalidade, e a nova proposta não se sustenta. O SNVS não ocupa o espaço almejado pela equipe técnica de planejamento e a coordenação do setor entra em um prolongado período de interinidade e fragilidade política.

O MS não aceitou a proposta da Anvisa, permanecendo o Programa Vigilância Sanitária de Produtos Serviços e Ambientes, descartando o Programa de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ITE).

A falta de disponibilidade de informação para apuração dos indicadores do PPA anterior levou a equipe de planejamento a rever todos os indicadores e buscar, para o Programa, um indicador que tivesse alguma possibilidade de apuração do índice anual. Nesse ano de 2004 foi colocado apenas um indicador e, em 2005 e 2006, foram inseridos mais dois, mensurados anualmente, mas muito longe de atingir o índice esperado.

A equipe do planejamento buscou, então, continuar a discussão ancorada no Decreto Presidencial do novo modelo de gestão pública para elaboração do PPA, com conceitos pré-estabelecidos, definição de responsáveis, obtenção de resultados, revisão periódica do Plano e a avaliação, uma prática estruturada de planejamento, calcada no poder técnico. Outra característica, já mencionada, é a implantação da *programação deslizando*, ou seja, a inclusão de um exercício de programação a cada revisão do plano, para evitar a descontinuidade e integrar os sucessivos quadriênios.

As orientações do Decreto do Modelo de Gestão poderiam ter sido um exercício interessante de planejamento. Elaborar um plano gerencial para Ação, dando importância ao que se denominou uma Ação e, de que forma envolveria os Coordenadores dessa Ação dentro do Programa do PPA. São vários coordenadores dentro de um programa só. (...) Isso fica muito solitário na APLAN. Várias são as questões porque não se consegue mobilizar, mas se tivessem viabilizado o Decreto, a gente conseguiria dividir responsabilidades, estimulando a institucionalização do planejamento. Houve um vácuo aqui (ITC).

Tanto na análise documental quanto no material empírico, foram identificadas algumas tentativas de estruturação de um planejamento como prática mais flexível e informal, a despeito do formato estruturado definido pela administração federal. Pela leitura das atas de reuniões da DICOL e releitura das entrevistas, percebe-se que houve tentativas de construção da viabilidade de um projeto de governo que incluísse o SNVS, como programa do PPA. Em Testa (1995) encontramos que a construção da viabilidade das propostas só pode ser feita se

considerarmos o poder, seus recursos, os atores envolvidos e a força aplicada a cada situação. Requisitos que o NAESt não dispunha naquele momento.

Para o acompanhamento e avaliação do PPA havia dificuldade de toda natureza. Em primeiro lugar, mesmo para o mínimo exigido, ou seja, a alimentação mensal das informações físicas no SIGPlan, continuava incompleta e intempestiva, pois era alimentado somente ao fim de cada ano pelo setor de planejamento, até a implantação do Sisplam em 2005. Com Sisplam, o Coordenador de Ação passa a ser o responsável direto pelo resultado da Ação, assim como pelo monitoramento, quanto às informações da sua execução física. Tais informações devem ser inseridas no sistema até o nono dia útil de cada mês que migram, automaticamente, para o SIGPlan.

Um problema identificado, a partir desse *momento*, foi quanto à origem e a temporalidade da informação. A meta de inspeção, principal atividade de VISA, é realizada pelos Municípios, que enviam a informação aos Estados. Estes as consolidam e as enviam para a Anvisa. Cada Coordenador de Ação consolida e alimenta o Sisplam. Há um *gap* de, no mínimo, três meses entre a realização, consolidação e transmissão das informações para a Anvisa. Entretanto, pela análise dos dados da pesquisa documental, nos arquivos da APLAN/Anvisa e no site do MP, ficaram evidenciados significativos avanços na definição das metas, uma vez que os índices apurados da execução mostram uma coerência com as metas estabelecidas. Entretanto, não se pode afirmar que essa informação tenha sido utilizada na gestão.

As informações relativas à utilização dos recursos financeiros são migradas naturalmente do SIAFI, na medida da execução. O acompanhamento da execução financeira, como já foi dito, é de responsabilidade da GGGAF e o NAESt não tem procedimentos sistemáticos de utilização dessa informação até esse *momento*. Fica evidente que até 2005, prevalece a renitente dicotomia do início da história do orçamento público no país, entre planejamento e orçamento assim como sua programação por agregado de despesa.

Em uma análise superficial, um dos achados mostra que a Anvisa tem uma execução financeira²⁶ anual em torno de 95%, pelas informações do SIGPlan. Entretanto, nos arquivos

²⁶ O aspecto financeiro, por falta de disponibilidade de tempo para a pesquisa, não foi objeto de análise.

do NAEST encontramos alguns dados dispersos, mas que mostram que, no ano de 2005 até outubro, foram gastos cerca 40% dos recursos orçamentários disponíveis e, em dezembro, no SIGplan, a informação é de que a execução é da ordem de 90%.

Com relação à utilização do Plano, fica evidente nos achados empíricos, que este não compõe a agenda dos gestores. O Plano é uma obrigação formal, um ritual, de responsabilidade do setor de planejamento. Apenas o cumprimento da determinação legal, desde a elaboração até sua alimentação. Isso coincide com o que já foi relatado por Vilasbôas (2006) e Lotufo (2003) acerca do procedimento ritualístico para elaboração de planos e propostas orçamentárias. Denota o reflexo da imaturidade institucional, não só no Brasil, mas em vários países da América Latina, fazendo do planejamento *um mero exercício de retórica “um espetáculo” para o público externo, com pouca repercussão sobre as práticas de gestão* (VILASBÔAS, 2006).

No ano de 2003, a Secretaria Executiva do MS deixou de ser área supervisora do CG da Anvisa, ficando a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, que, a partir desse momento, não mais encaminhou relatório de avaliação. Esse mecanismo acabou sendo prejudicado, nas suas possibilidades, pela falta de interesse do Ministério da Saúde em efetivamente acompanhar a Anvisa e, usar o Contrato de Gestão como um instrumento de avaliação. Mesmo fragilizado, em função da interinidade de sua coordenação, o NAEST, durante o ano de 2004, avançou no conhecimento sobre a importância da contratualização de desempenho e promoveu intensa discussão envolvendo diversos servidores da Anvisa, buscando aprimorar esse documento.

Um ponto importante a ser observado é a forma com que a DICOL acaba colocando limites para a institucionalização do planejamento, na medida em que não legitima o setor.

Naquele período, isso foi uma coisa legal, mas, infelizmente, desatrelado do processo macro, de definição do planejamento, de formulação estratégica. Foi quando a gente seguia a discussão de que o Contrato de Gestão já não atendia ao que de fato as áreas estavam querendo mensurar, porque não representava o que elas de fato estavam fazendo (ITC).

Em reunião semanal com as equipes das áreas responsáveis para adequação das metas do CG e dos indicadores, a coordenação, discute o baixo desempenho da Instituição, agregado a falta de informações para apuração dos dados. Outro aspecto inquietante era a

não incorporação das metas e indicadores, por parte do corpo dirigente da Anvisa, como um compromisso de gestão, causando grande desconforto à equipe de planejamento.

Os indicadores tinham problema de mensuração. Eles estavam mal formulados e havia todo um clamor de algumas áreas para que houvesse uma revisão. Ao mesmo tempo, existia um baixo desempenho da instituição. (...) agravada pela supervisão do Ministério que passou a não existir. Então a gente tinha que dar um jeito nisso, (...) essa revisão trouxe um pouco a discussão política do que é a contratualização de desempenho (ITC).

Era uma grande preocupação do NAESt a omissão do MS quanto à avaliação do desempenho da Anvisa. Como já mencionado, desde o primeiro semestre de 2003, o MS não mais realizou acompanhamento e avaliação de desempenho da Anvisa. Vale lembrar que é uma das obrigações contratuais a elaboração e emissão do Relatório de Avaliação semestral e anual, o que instigou a equipe técnica a questionar sobre a real significação da contratualização de desempenho.

A matéria prima que chegou lá pra ser avaliada já não é *essas coisas*. Aí, a avaliação também não serve pra muita coisa. Primeiro que as informações que ele tem não são muito confiáveis. E a outra pessoa que avalia lá também, muitas vezes, está avaliando no gabinete sem saber da realidade, do que acontece na organização. (...) Acaba que a avaliação, tem sugestões que parecem ser de gente que não entende da área. (...) Essa avaliação tem que ter um procedimento claro do Ministério. Senão, começa a ter opiniões de pessoas, aí não sei se é tão válido, assim (ITB).

O grande problema do CG foi e continua sendo que ele é feito aqui dentro. O Conselho Consultivo dá uma olhada, palpita, opina e aí a Anvisa se esforça por ser conservadora (...). Ou seja, que o Conselho olhe, discuta, critique, mas que não mexa e que avalie positivamente. Natural, acho que toda a instituição quer ser avaliada positivamente (IAB).

Ele era meio cozinhado. Todo mundo percebia que era uma experiência que vinha sendo aperfeiçoada, mas que, ainda não estava dada como uma possibilidade real de avaliação e de acompanhamento. Tinha que haver certa relativização da avaliação representada pelo CG (IAB).

Após intensa discussão técnica para elaboração do quarto TA, com a participação de pessoas da casa, do ISC /UFBA e MS, realizou-se a avaliação do quadro de indicadores e metas. Esse processo refletiu a preocupação de setores da Agência com o aperfeiçoamento da avaliação de desempenho da contratualização de resultados pelo CG.

Com relação ao PNS, em construção naquele momento, houve na Anvisa uma tentativa de estimular as áreas técnicas para que participassem com temas ou metas específicas de vigilância sanitária. Por outro lado, não houve um processo sistematizado para definição de

como seria essa participação, ficando a cargo do interesse de cada gestor. Isso resultou, então, numa baixa adesão por parte dos gestores, e a vigilância sanitária aparecendo de forma pontual, ainda que, perpassando todos os conteúdos do Plano.

O fato da gente não conseguir se enxergar direito no PNS, em termos de metas, faz com que não consiga, também, introjetar esse processo na casa e fazer disso alguma coisa que estimule as pessoas a discutirem, avaliarem como suas metas estão cumpridas ou não (ITD).

Paralelamente a isso, o processo de construção do novo sistema de informação para programação anual - PLANOR se dava de forma participativa, buscando contribuições dos gestores e de toda a casa que se envolvia a cada momento, numa visível evolução da cultura do planejamento e da responsabilização da gestão pública. Na concepção do sistema informatizado, estavam previstos os módulos de programação, monitoramento e avaliação. O sistema emitiria relatórios consolidados ou detalhados por Programa e Ação do PPA, subação, objetivos e atividades, por Diretoria, GG, G, e coordenação, com respectivos custos. Estaria interligado a outros sistemas internos, aos sistemas oficiais inicialmente SIGPlan, depois Siplam e ao SIAFI, para, na medida de sua implantação, emitir relatórios de acordo com as demandas. Seguiu a orientação do Decreto nº. 2.829 /98. Propósito do Estado, com metodologia definida.

Era uma tentativa de evoluir do modelo hierárquico rígido para novo modelo gerencial de controle dos resultados, com o planejamento vinculado ao orçamento. Propunha que o módulo de monitoramento seria alimentado até o quinto dia útil de cada mês, para posterior emissão dos relatórios gerenciais. Para o módulo de avaliação, estavam previstos indicadores de processo, resultado e impacto, numa progressão, de acordo com a possibilidade de conexão com outros sistemas, incluindo o SNVS, para captação dos dados e alimentação dos indicadores.

4.2.4 Organização

No ano de 2003, pode-se verificar nos achados empíricos desta pesquisa, que a direção da Anvisa, nesse *momento*, tinha a preocupação de que a transição política se consolidasse de forma tranqüila, pois existia, por parte governo eleito, uma relação de desconfiança em

relação às agências reguladoras. Assim como, à *herança política* do que vinha de períodos anteriores de gestão.

Isso se refletiu, por exemplo, no fato da Anvisa ficar de fevereiro até dezembro de 2003 com seu quadro de diretores incompleto. Então, havia uma desconfiança, não especificamente do Ministro, mas dos diferentes pedaços do Ministério, do governo em relação à Anvisa. Acho que uma grande energia, um grande esforço foi gasto para dar legitimidade política para as ações da Anvisa (IAB).

Não se evidencia então, nesse *momento*, um propósito de mudanças institucionais iniciado no momento anterior. Não se deu continuidade ao PMG e ao redesenho dos outros processos considerados prioritários. A interinidade da coordenação do NAESt, aliada à falta de decisão para os temas referentes ao planejamento, acabou por esvaziar os processos iniciados.

Foi se esvaziando, seja no planejamento macro, na definição de metas e ações estratégicas, seja também naquela ação estratégica específica do redesenho do processo. Era uma grande questão a rediscussão do planejamento setorial ali dentro. E ele foi se esvaziando, o que poderia estar retro-alimentando o processo das áreas, a continuidade. Então, não houve uma posição de Diretoria Colegiada, nesse sentido (ITC).

Como já abordado anteriormente, a Anvisa não discutiu internamente sua inserção no novo PPA. Reconhecendo a necessidade de levar para a Casa essa cultura e buscar legitimação para as decisões encaminhadas, após a conclusão dos trabalhos externos, o NAESt realizou uma série de discussões internas para disseminação a respeito do decreto presidencial. Foram trabalhadas as novas formas de responsabilização definidas para o Coordenador da Ação, a importância do monitoramento e as implicações legais. Esse trabalho foi fruto da compreensão da importância de informar a sociedade aquilo que foi realizado e qual impacto da nossa ação na melhoria da qualidade dos produtos e serviços prestados à população, predominando a determinação atual para a adaptação da Instituição à nova organização.

A gente ainda está muito insatisfeita (nós da APLAN) com a nossa capacidade de interferir de uma forma positiva. (...) O problema que as instituições públicas têm, é uma dificuldade muito grande de incorporar o planejamento como se pretende, (...) como um conjunto de ferramentas, de processos que estão vinculados à tomada de decisão (ITD).

Apesar de fazer uma leitura de nossa incapacidade de monitorar e avaliar, criando um vácuo muito grande nesse processo, isso estaria muito mais amadurecido, proporcionando uma melhoria contínua, se a gente monitorasse e avaliasse. Isso não aconteceu por questões de informática e indefinição política (...) a sensibilização pra existência de uma programação, que tem toda uma lógica de planejamento, eu atribuo ao PLANOR (...) com uma atuação fraquíssima da DICOL nesse processo (ITC).

Era orientação do governo federal a redução do número de programas do PPA (365), de modo a diminuir a fragmentação e viabilizar o acompanhamento e avaliação. A Anvisa passou de quatro programas no PPA para somente um, gerenciado pelo Diretor Presidente. Os coordenadores de Ação eram os GG das áreas que desenvolviam a atribuição relativa à Ação definida.

A Ação de Serviço é coordenada pela GG de Serviços, a Ação de Pesquisa é coordenada pelo NEAST, que vem desenvolvendo um trabalho para organizá-la por meio de um Comitê Técnico; a Ação de Publicidade e Utilidade Pública é coordenada pela Assessoria de Comunicação da Anvisa; a Ação de PAF pelo respectivo GG; a Construção do Edifício Sede, pela GGGAF; a Ação de Construção do Laboratório do Tabaco é coordenada pela GG responsável pela área; a Ação de Vigilância Sanitária do Sangue faz parte do Programa Qualidade do Sangue que, a partir de 2004, passou a ser gerenciado pelo MS, mas a coordenação dessa ação é feita pelo GG da área responsável na Anvisa. Quanto às duas Ações de incentivo financeiro aos entes da federação, a Anvisa autoriza o repasse e recebe as informações sobre as inspeções realizadas, conforme já informado.

A Ação de Vigilância Sanitária de Produtos, cujo produto são as “inspeções realizadas”, é coordenada pelo GG da área de inspeções que, pelos dados empíricos obtidos, podemos inferir que a forma de organização dos processos de trabalho e de obtenção dessa informação, não faz parte dos propósitos dessa unidade. Ocorre porém que, a alimentação dessa Ação, anualmente, é tema de grande discussão no setor de planejamento. A meta é realizada pelos entes da federação, sem que haja uma pactuação, entre os executores, Estados e Municípios com os GG, NAEST e Gerente do Programa, comprometendo a confiabilidade e fidedignidade na interpretação das informações recebidas.

As duas Ações relativas à análise técnica de laboratório e qualificação técnica de laboratório são coordenadas pela FIOCRUZ, mas fazem parte do Programa gerenciado pela Anvisa; nesses dois casos, também não há uma articulação da Anvisa com a FIOCRUZ. Os dados são informados no SIGPlan/Sisplam e a Anvisa somente valida a Ação. Dessa forma, vimos especialmente nesse *momento*, resistências do corpo dirigente às mudanças a serem implantadas, revelando uma organização que impõe limites à operacionalização dos propósitos de governo.

Um problema que se identificava na Anvisa era justamente a falta de um alinhamento institucional. Uma organização muito grande, com diretorias com muita autonomia, havia uma necessidade de se organizar. Primeiro, quais eram as grandes ações ou grandes resultados que se esperava naquela gestão da qual eu participei? E um segundo problema era muito visível, que cada funcionário, cada técnico, tinha uma maneira própria e pessoal de resolver o problema público. Havia necessidade bastante forte de que houvesse padrões de processamento dos problemas (ITA).

Paralelo a isso, um grupo de técnicos discutia a nova proposta do CG e fazia a crítica de que a Anvisa não realizava atividades que tivessem impacto nos indicadores. Portanto, não refletiam a ação da Anvisa. A predominância das metas de medição dos tempos médios não dependia exclusivamente da Anvisa e nem espelhavam a ação da vigilância sanitária. Entretanto, o NAEST não teve poder político para que a revisão fosse dos *termos* do Contrato de Gestão ficando restrita ao Plano Anual de Ação e Metas, isto é, aos indicadores e metas pactuados.

Apesar de achar que ainda prevalece a percepção do Contrato de Gestão como um instrumento burocrático, acho que de uma forma muito incipiente a gente começa a perceber pessoas (da alta cúpula da Anvisa) falando do contrato de gestão. Mas tem um caminho que deve ser percorrido (ITD).

Agora começa algum movimento ainda incipiente para que os ministérios se preparem para a novidade da avaliação de desempenho. Isso é natural, porque as agências, como uma das poucas novidades administrativas dos últimos 15 ou 20 anos na estrutura de governo, foram uma novidade de gestão (IAB).

Para o planejamento estratégico, é necessária a identificação e confluência de interesse, elementos importantes para o diálogo em uma gestão colegiada, além de orientar a construção de viabilidades política das propostas formuladas pelos atores. Uma das atribuições do NAEST é a interlocução com o MS que, no momento da construção do PNS, fez algumas

inserções junto aos dirigentes para que fosse realizada uma discussão mais ampliada na Casa, de modo que a Vigilância Sanitária ocupasse seu lugar no Plano, considerado o pioneiro na forma democrática de elaboração. A idéia era divulgar a proposta do Ministério e desenvolver uma discussão interna no sentido de envolver a Instituição com a construção do novo Plano.

Segundo Chorny (1988), o lugar onde está colocado o setor de planejamento na instituição define qual o estilo e o alcance do plano, e qual a finalidade perseguida ao elaborar um plano. Ocorre que o NAESt buscava ampliar as discussões sobre o PNS, mas não havia interesse, por parte da DICOL, em estender essa discussão fazendo com que a Anvisa discutisse seu papel de coordenadora do SNVS. Apesar dessas tentativas, o NAESt, ainda fragilizado pela interinidade da Coordenação, não conseguiu inserir o tema na agenda dos dirigentes. Contudo, em uma reunião do Comitê Consultivo de VISA/CIT foi feita uma abordagem crítica da condução desse processo em relação ao cerceamento dos outros componentes do SNVS. Nesse momento, o Diretor Presidente sugeriu que fosse elaborado o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA, se comprometendo com a ampliação da discussão com os membros do SNVS, antigo anseio dos trabalhadores do setor e uma deliberação da 1ª Conferência Nacional de VISA.

Foi uma dor muito grande o fato de não haver um posicionamento de Diretoria em relação a isso. Hoje o PDVISA acontece graças ao processo de crítica feroz que sofremos lá no posicionamento do PNS. (...) Acho que houve uma fragilidade nossa, um desinteresse institucional, um desinteresse da DICOL pra tocar isso. Seja porque não acreditasse que aquilo ali poderia dar em alguma coisa, seja porque tinha outras preocupações. Naquele momento a gente só tinha três diretores, a Instituição estava fragilizada naqueles oito meses que ficou sem dois diretores. Mas a gente tem que olhar internamente. Nós fomos acusados de que o PNS tinha a cara da Anvisa, apenas a cara da Anvisa! Do que era o trabalho de regulação. As metas que estavam ali eram explícitas do nível federal e não do Sistema. Naquele momento eu acho que a DICOL não trouxe pra si essa responsabilidade. Ela só atentou pra isso quando percebeu como saímos na fita! Depois que o CIT-VISA bateu pesado (ITC).

O empenho do MS, no entanto, permitiu que a Anvisa organizasse um “seminário temático²⁷” e uma reunião da CGPL-MS, com os dirigentes, incluindo o então Diretor-Presidente. Apesar disso, a idéia não teve amparo suficiente para que a Anvisa promovesse uma reflexão interna, de modo a ocupar o espaço devido no referido Plano, reduzindo a obrigatoriedade da participação, postura relacionada à visão pouco estratégica da direção.

²⁷ Fórum de discussão ampliada promovida pela Anvisa e seus Centros Colaboradores sobre temas da atualidade, de interesse de VISA, realizado no auditório da instituição em horário de trabalho, de livre participação.

Com isso, fica evidente o que diz Vilasbôas (2006), de que planejamento não é improvisação, mesmo que não se utilize procedimentos formalizados para seu exercício. A contribuição dos gestores foi tímida, resultando num quadro pontual de metas.

Para a elaboração da programação do ano de 2004, a Comissão retoma o processo e a Casa elabora a programação. Os custos são superestimados como garantia da disponibilidade de recurso para uma suposta necessidade. A experiência, portanto, foi tida como válida, no processo inicial, em uma tentativa de introjetar a cultura de uma prática de construção do conhecimento para o planejamento.

Para os gestores, a utilização do método era uma estratégia apenas para garantir total liberdade de ação na utilização dos recursos financeiros. Um dos entrevistados recorda a tentativa de um engajamento interno para elaborar o orçamento da Anvisa, *com a idéia de um planejamento prévio*, gerando uma expectativa de que o que estivesse programado seria realizado e verificado a sua execução. O que se assistia, nas discussões sobre a programação, era a expectativa de que cada unidade teria seu recurso orçamentário garantido para executar livremente sua programação. Percebia-se certo entusiasmo na defesa dos recursos programados, mas não se discutia que resultado se pretendia alcançar.

(...) Poder dizer quanto iria pra cada coisa e aí se o que gastou, sobrou, faltou etc., não se tornou fato até hoje. A programação sempre foi feita nas circunstâncias das necessidades. Quem é mais capaz de executar acaba conseguindo mais espaço dentro do orçamento (IAB).

Portanto, não havia coerência entre a proposta dos planejadores e a direção da Anvisa quanto à condução do processo de programação. A equipe de planejamento, mesmo partindo do método tradicional, tentava trabalhar a programação a partir de atividades e custos, numa tentativa de induzir a pensar no “que fazer” como uma forma de institucionalizar o planejamento. Não havia clareza da direcionalidade da DICOL em relação às mudanças propostas, resultante da utilização do método - o PMG.

No início de 2005, acaba a interinidade da coordenação do NAEEST, que retoma o processo de construção do sistema informatizado para implementação do módulo de monitoramento e avaliação na expectativa de ainda, realizar o acompanhamento da programação de 2005. A Casa volta a se mobilizar, evoluindo da preocupação exclusiva com

o teto orçamentário para uma cobrança da definição, por parte dos Diretores, de diretrizes que orientassem a elaboração da programação anual.

Não havia um acerto prévio de quais eram as grandes metas que a organização tinha que buscar. Ao contrário, as reuniões de Diretoria Colegiada, as agendas, eram trazidas de acordo com os diretores que vinham trazer seus problemas. Mas não havia uma discussão de cenário de para onde que nós vamos, a organização como um todo e, portanto, qual a situação desejada (ITA).

Freqüentemente eram divulgados na *intranet* da Instituição, os avanços da construção do novo sistema de informação, com ênfase ao novo processo interno de planejamento, a atuação participativa dos Gestores e da DICOL. Entretanto, novamente os problemas relativos à tecnologia da informação inviabilizaram o processo de acompanhamento informatizado e a cultura subjacente do condicionamento do “planejamento” à ferramenta tecnológica se mostra mais do que presente, não só para os que têm a “obrigação de alimentar o sistema”, mas também para os dirigentes.

Após sucessivas reuniões com a equipe da área de tecnologia da informação - GGINF verificou-se uma incongruência na construção do banco de dados, derrubando de vez o sonho de implantação do PLANOR como ferramenta tecnológica para auxiliar na produção de informações gerenciais, nos moldes concebidos: muito além de relatórios orçamentário e financeiro.

4.3 TERCEIRO MOMENTO: A PARTIR DE JULHO DE 2005

O novo Diretor Presidente empossado define suas marcas de gestão: *excelência, descentralização e transparência* com foco na responsabilidade sanitária. Publica a Portaria 354, em 11 de agosto de 2006, que divulga o novo Regimento Interno (RI) com um novo organograma para a Anvisa, no qual o NAEST passa a ser Assessoria de Planejamento – APLAN.

Há uma grande dificuldade de entender e de perceber o que poderia ser uma diretriz política. A partir de 2006 começa a se falar em pilares de uma nova gestão. Se a gente pode dizer que isso: excelência, transparência e descentralização possam se constituir em diretriz, acho que é muito incipiente. (...) Eu tive dificuldade de enxergar qual a diretriz política da Anvisa (ITD).

Nas análises que se seguem fica claro que a Anvisa ainda não possuía uma diretriz política e, apesar de ter os propósitos estabelecidos, não havia conseguido desenvolver uma forma de organização da Instituição para materializar as intenções da alta direção.

4.3.1 Atores

Os atores que participam do processo de discussão do novo PPA, elaboração do novo CG e PLANOR são: a APLAN na coordenação de toda discussão técnica e articulação política; a DICOL e cada Diretor, em separado, na medida da demanda da APLAN, têm participado e legitimado as propostas técnicas. Cada unidade administrativa ligada ao tema afeito à discussão é demandada e tem participado a contento.

Foi constituído um Grupo de Trabalho²⁸ - GT, para acompanhamento e avaliação da programação anual de 2007, formalizado por Portaria do Gabinete da Presidência, composto pelas áreas transversais: tecnologia da informação - GGTIN, capacitação de recursos humanos da Anvisa - GGRHU e do SNVS - CGTEC, pesquisa - Copesq, comunicação - ASCOM, laboratório - GGLAS e área financeira - GGAF – coordenado pela APLAN. Cada componente do GT definiu seus critérios norteadores para análise e acompanhamento.

²⁸ Disponível no: <http://www.anvisa.gov.br/>

4.3.2 Propósito

Como já dito, com o novo RI, a APLAN ficou responsável, a partir desse *momento*, pela coordenação da elaboração da proposta orçamentária para o novo PPA 2008-2011 e também do acompanhamento de sua execução.

A crítica às Ações e metas do PPA vigente era recorrente nas discussões da equipe técnica da APLAN. Para o PPA desse novo quadriênio, tinha-se o propósito de adequar o Programa e as Ações às funções regimentais da Agência, propósito este que já vinha sendo trabalhado de forma que não refletisse apenas o aspecto fiscalizatório da VISA.

O PPA traz pra dentro da casa a preocupação com a questão do recurso financeiro. O recurso é o instrumento que as áreas têm pra desenvolver o seu trabalho. Ele está muito mais presente na vida das pessoas, é muito mais fácil você chamar pessoas da Anvisa pra discussão de programação, porque isso significa o trabalho, do que o contrato de gestão. É diferente. Acho que a gente vem dando passos em relação a isso. As pessoas se interessam mais, porque isso está relacionado com seu planejamento (ITD).

O estabelecimento de metas para serem executadas pelos outros entes da federação, sem que houvesse uma pactuação prévia, era uma grande preocupação da equipe de planejamento. Foram reflexões trazidas para a discussão, ressaltando a importância do agir comunicativo, da integração, transparência, integralidade e responsabilização pública. Era uma proposta de utilização do método para a Instituição realizar os propósitos estabelecidos, a partir de análise de viabilidade, ou seja, não era uma proposta voluntarista, era de institucionalização do planejamento.

O projeto de governo que a equipe de planejamento se propôs a elaborar para assessorar a DICOL é de mudança. Traz novamente a discussão das atribuições regimentais, relativas à coordenação do SNVS, a regulação, a emissão de registro de produtos e seu poder de polícia. Trabalha na construção de um programa que dê visibilidade à vigilância sanitária, atinente ao seu amplo campo de atuação, com proposta de legitimação técnica, administrativa e política.

Com relação ao CG a APLAN tinha clareza das necessidades de mudar o perfil das metas e de elaborar novo documento. A partir das práticas de planejamento assimiladas, como

o acompanhamento e avaliação para organizar os processos de trabalho, a APLAN propunha harmonizar os propósitos estabelecidos nos documentos formais de compromissos de gestão - os planos, contratos e programação, para melhor gerenciar os resultados. Foi então estabelecido o 4º Termo Aditivo, propondo um novo conjunto de metas e indicadores para 2005, com foco na: Formulação Estratégica e na Identidade Organizacional, no Fortalecimento do SNVS, na Gestão Participativa, na Ouvidoria, na Gestão da Informação, na Gestão de Recursos Humanos, na Gestão Administrativa, no Controle de Desempenho e Monitoramento, na Vigilância Sanitária e na Análise de Solicitação de Registros.

Para 2006, foi mantida prioridade na Formulação Estratégica e Identidade Organizacional, no Fortalecimento do SNVS, na Gestão Participativa, na Ouvidoria, e elaborado um novo conjunto de indicadores para a “Institucionalização da Gestão do Conhecimento na Anvisa”. Nesse 5ª Termo – 2006 – foi incorporado um novo Plano Anual (novo conjunto de metas e indicadores), com mudanças nos termos do Contrato de Gestão para ambas as partes contratantes, indo além da adequação das metas; mas, buscando definição de estratégias para implementar as mudanças. A APLAN deflagra o novo processo de discussão para elaboração da programação do ano de 2006, também descentralizada por unidade, após avaliação. Era mais uma tentativa de que a elaboração do plano não se restringisse a uma retórica e os propósitos de governo orientassem a ação.

Assessorada pela APLAN, a DICOL define suas prioridades e respectivos objetivos, para nortear o planejamento do ano de 2007, uma reivindicação vinda do ano de 2006. As discussões foram subsidiadas pelos documentos formais de governo para o planejamento e gestão – CG, PPA, PNS e Pactos pela Saúde. Nesses documentos estão apontados os compromissos já assumidos pela Anvisa perante a sociedade e governo, os problemas de maior relevância abordados no processo de construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA²⁹, e as prioridades apontadas pelas áreas no processo inicial de construção do PLANOR 2007.

A partir desse conjunto de insumos foram identificadas três prioridades que se desdobram em 12 objetivos, articulados com as marcas da gestão da Anvisa: excelência, descentralização e transparência.

²⁹ PDVISA elaborado de forma participativa entre Anvisa, Estados e Municípios, no ano de 2006.

Prioridade I. Fortalecimento da capacidade de gestão do SNVS**Objetivos:**

1. Aperfeiçoar os **mecanismos de pactuação** entre Anvisa, estados e municípios, alterando a lógica da programação das ações de VISA por níveis de complexidades para o foco da responsabilidade sanitária definindo regras para o **financiamento** tripartite mais equitativas para o SNVS, à luz do Pacto pela Saúde;
2. Promover a qualificação da gestão e a harmonização dos processos de trabalho nas áreas de **portos, aeroportos e fronteiras**;
3. Promover a **harmonização dos conceitos e métodos** em VISA;
4. Definir **indicadores** relacionados aos objetos prioritários de VISA;
5. Consolidar e ampliar a estratégia de **vigilância e monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas** relacionadas ao uso de produtos e serviços de saúde;
6. Promover a qualificação da **gestão de pessoas** da Anvisa;
7. Modernizar e qualificar a **gestão administrativa** da Anvisa;
8. Elaborar a **política de laboratórios analíticos** para a VISA;
9. Fortalecer a capacidade da Anvisa para a **ação de regulação sanitária**, aperfeiçoando a articulação entre as três esferas de gestão e proporcionando transparência para o setor regulado.

Prioridade II. Melhoria do processo de Comunicação da Anvisa**Objetivo:**

1. Estabelecer uma **política de comunicação** a Anvisa.

Prioridade III. Fomento à produção, sistematização e disseminação do conhecimento**Objetivo:**

1. Promover a implantação de um **sistema nacional de informação** em VISA;

2. Definir, de forma tripartite, o processo de **capacitação para os agentes do SNVS**;
3. Definir as diretrizes para a realização de **pesquisas** em VISA.

A elaboração de diretrizes, segundo Campos (2000), é um recurso muito potente, pois permite confrontar a todo tempo o plano com “*algum rumo*”, atentando para o direcionamento de projetos e processos no âmbito da instituição.

4.3.3 Método

Pela análise documental e releitura do material empírico, tanto o desenvolvimento quanto a avaliação das Ações do PPA, no ano de 2006, mantém a mesma dinâmica de 2005, ou seja, é feita de forma ritualística, para o cumprimento de uma determinação legal.

A execução das metas físicas manteve o índice de 2005. Quanto aos recursos financeiros, mesmo ainda sem um fluxo formal estabelecido, a APLAN acompanhou essa execução por meio de informações enviadas pelo MS, mostrando um desempenho de 39% até o mês de setembro. Entretanto, no mês de dezembro, o SIGPlan mostra uma execução de 98%, repetindo o feito dos anos anteriores.

O novo cenário, desse *momento*, se deve, mais uma vez, à proposta da APLAN de modificar a situação anterior, no tocante ao desenho dos Programas do PPA. Propunha o estabelecimento de prioridades a partir do problema melhor estruturado, objetivos bem definidos e mensuráveis, com definição de responsável para a discussão de estratégia, avançando na construção histórica da cultura do planejamento na Instituição.

Para a construção do PPA 2008-2011, a equipe da APLAN trabalhou na elaboração de duas situações problema e o que seria realizado, no âmbito da Anvisa, para encaminhar as soluções assim definidas:

1. Exposição da população a riscos e outros agravos à saúde oriundos da inadequação ou não conformidade dos serviços e produtos para saúde.

2. Não consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, segundo diagnóstico referendado pela I Conferência Nacional de VISA e pelo processo de Construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA.

A partir do entendimento de que a Anvisa ainda precisa de um Programa específico para desenvolver as suas ações, tanto no sentido da regulação sanitária (função exclusiva de Estado) quanto no que diz respeito à necessidade de consolidar o SNVS, a APLAN propõe a criação do Programa - *Consolidação do SNVS e Fortalecimento da Função Regulatória de VISA*.

É outro instrumento de condução. O Plano Plurianual, seja numa área mais ampla de governo, seja numa área mais restrita, em se tratando de ministério ou vigilância, ou saúde como um todo, o Plano Plurianual dá uma meta, faz uma análise de situação de algum problema e projeta. Faz o planejamento para algum tempo. Acho que, do ponto de vista da vigilância sanitária, nós temos que trabalhar sempre assim (IAC).

Já com relação ao Contrato de Gestão, nesse terceiro *momento*, paralelamente à discussão dos outros instrumentos de gestão, se discutia também o Quarto Termo Aditivo, que foi elaborado em dezembro de 2004, prorrogando novamente o prazo de vigência do Contrato de Gestão para Dezembro/2006.

Concluído o acompanhamento do Quarto TA (2005), um grupo de trabalho analisou os resultados em reuniões sistemáticas. Discutiu com as diversas áreas da Agência, propondo a manutenção dos critérios, porém, o número de metas e indicadores foi aumentado. Essas alterações foram feitas por meio de um novo Plano de Anual de Ação e Metas, publicado no Quinto TA ao CG, com validade para o ano de 2006, formalizando o compromisso assumido na discussão entre as equipes técnicas.

No fim de 2005, o MS enviou o Relatório de Avaliação, elaborado por um técnico, questionando apenas o formato do relatório sem, portanto, avaliar o desempenho institucional.

Talvez o documento não tivesse o compromisso de todos. De quem fez e de quem vai realizar. Esse, é que eu acho o maior problema. Tinha uma área que fazia o planejamento conversando, logicamente, com o Presidente e Diretores. Só que na Anvisa tem bastante liberdade do Gerente-Geral, por exemplo. Aí você planeja uma coisa e nem sempre o GG está comprometido com aquilo que foi planejado. Ou, de repente troca o GG, aí outro que entra, às vezes, não se compromete com aquilo que foi planejado e que está sendo feito (ITB).

O novo Plano foi definido e agrupado em critérios preconizados pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), quais sejam: Liderança, Estratégia e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e conhecimentos, Pessoas, Processos e Resultados. A escolha desses critérios teve por base o Modelo de Excelência em Gestão Pública proposto pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão - MPOG.

(...) estávamos vivenciando o quarto termo aditivo no ano de 2005, onde se iniciava um novo quadro de indicadores e métodos que representava o resultado do esforço de um conjunto de profissionais, coordenado pela área de planejamento. O grupo percebe a necessidade de aperfeiçoar os indicadores e metas, de modo a permitir uma avaliação do desempenho. Isso já refletia um processo de avanço. Mas, acho que foi um movimento gerado pela área de planejamento, que teve uma aglutinação de pessoas (...) do Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância e Saúde, mas também de pessoas da Casa, para aperfeiçoar esse processo (ITD).

Para o Quinto Termo Aditivo ao Contrato que deveria vigorar a partir de 2006, a Agência incorporou diversas mudanças com relação à sistemática de acompanhamento e avaliação do seu cumprimento, por ambas as partes contratantes. Desmembrou a Comissão de Acompanhamento e Avaliação, coordenada pelo MS, em Comissão de Acompanhamento sob a responsabilidade da Anvisa e, Comissão de Avaliação coordenada pelo MS. No entanto, como o Quinto Termo só foi assinado oficialmente em outubro de 2006, essas Comissões não chegaram a ser constituídas.

Eu acho que o CG tinha que ser melhor discutido e essa pactuação se dá com o Ministério, com uma outra esfera de governo. Este ano, nós renovamos não sei por quantas vezes o nosso Contrato de Gestão, mas há uma disposição da Diretoria de não renovar. Nós queremos novo contrato de gestão. Estamos sem, nesse momento. Estamos aguardando algum tempo, eventualmente, a definição do Ministério. As metas e indicadores do antigo Contrato não atendem, não atendiam, não sei se algum dia atendeu a necessidade. E a própria resposta que a gente dá é baseada em indicadores que são muito frágeis, não representam alguma evolução do ponto de vista organizacional, falando internamente ou da relação da Anvisa com o meio externo, falando de uma maneira mais ampla. Eu não sei, acho que a diretoria discutiu, não discutimos o que mudar, mas a gente tem claro que esse Contrato está velho, já passou e temos que fazer um novo pacto (IAC).

Desenvolvendo um processo um pouco mais estruturado de planejamento, no fim do ano de 2005, em reunião com o GADIP, GG e interlocutores, a APLAN retoma a discussão da elaboração da programação para 2006. Avalia os anos anteriores e apresenta os principais pontos positivos e os problemas enfrentados até então. Como pontos positivos, destacam-se a visível mobilização da casa, a adesão ao processo de programação e a rearticulação da Comissão para análise e apoio na adequação das propostas. Trouxe também a necessidade da conclusão do módulo informatizado de acompanhamento e avaliação das propostas de 2006.

O grande desafio colocado por um dos entrevistados é a continuidade do processo, para além da construção do plano e de simples redução dos gastos, ou prestação de contas, privilegiando a racionalidade dos meios sobre os fins.

O problema é que muitas pessoas da organização não acreditam em processos estruturados de tomada de decisão e de formulação de metas. Um diretor mesmo disse que não acredita em planejamento. Um dos diretores falava isso, que “não acredito em nada disso, acredito em leitura de cenários, em acompanhamento de cenários”. Estou falando isso, porque muitas vezes faltavam competências de planejamento e de desenho de futuro para os dirigentes (ITA).

Alguns dos grandes problemas enfrentados estavam relacionados com o sistema informatizado, quanto ao cadastramento e disponibilização para o usuário. O de maior relevância era a mudança da equipe de tecnologia da informação no período inicial de construção do sistema, que alterou a concepção de sua lógica, inviabilizando a implementação do módulo de monitoramento. Outra questão que comprometia o processo era a não devolutiva, da DICOL para a Casa, sobre a aprovação ou não das programações, nos anos anteriores.

A programação para 2006 foi elaborada nos moldes das anteriores. Com informação de valores orçados, agregados por Ação do PPA, sem estabelecimento de teto orçamentário. A APLAN e o GT consolidaram a programação por área transversal, para realizar a análise. Verificou-se aí a sobreposição de atividades em diversas unidades, fazendo com que o orçamento ficasse superestimado, reforçando a idéia de ajuste orçamentário defendido pela área financeira e pela DICOL. Novamente não se dispunha de histórico de gastos por unidade e nem de acompanhamento das atividades realizadas. Para o encaminhamento dessa questão, foram realizadas discussões com os GG e respectivos Diretores supervisores, para adequação e ajustes dos valores da programação ao definido na LOA 2006.

Nessa etapa não houve definição de método de trabalho, ficando a critério de cada coordenação o ajuste necessário, de acordo com sua realidade. De uma programação de R\$ 802 milhões, após esse trabalho, foi reduzido para R\$ 656 milhões, mas, ainda longe dos R\$ 393 milhões aprovados. Novamente a programação foi apresentada à DICOL, que solicitou outra planilha consolidada por GG, atividades e valores correspondentes.

O conhecimento técnico ganhava espaço político e, em seguida, era obrigado a recuar. Na medida em que a transparência da informação, referente ao conteúdo técnico, e a

utilização dos recursos financeiros se tornavam elementos importantes para a fundamentação da decisão, acabava por desviar os dirigentes das questões essenciais: o direcionamento das ações e a destinação dos recursos. Eram solicitadas, então, novas informações que ficavam como recurso de poder na disputa entre atores institucionais. Essa atitude se caracteriza como um estilo *participativo* de gestão, que aproveitava ao máximo a autonomia oferecida ao grupo de planejamento para interferir pouco nas decisões (COELHO e PAIM, 2005). Utilizava a racionalidade técnica para os ajustes finais, postergando as decisões.

Depois de reiteradas argumentações quanto à importância da informação do acompanhamento a DICOL acatou a sugestão da APLAN para a realização de um levantamento das informações disponíveis, por unidade, relativas às atividades executadas até o mês de setembro, assim como, as que ainda deveriam ser realizadas até dezembro. Deveria constar também desse levantamento, a estimativa de gastos para se iniciar o esboço de uma linha de base por área de execução.

Era o início do movimento subjacente para a programação de 2007 que, diferente dos anos anteriores, partia da DICOL a legitimação de um método de trabalho para a realização dos propósitos definidos, estabelecendo um Fluxo de Trabalho para todo o processo, classificado em: Momento Preparatório, e 1º, 2º, 3º, 4º momentos, de outubro de 2006 a março de 2007. Organiza-se, então, de acordo com os momentos do fluxo, uma seqüência de reuniões por diretoria. Cada Diretor, com suas áreas supervisionadas, apresentaram as atividades realizadas, a estimativa de execução financeira e das atividades a serem realizadas até dezembro, e avaliavam, dentro do possível, as realizações de 2006. Os dados disponíveis demonstraram um reduzido grau de informação tanto das atividades quanto dos gastos, impossibilitando qualquer avaliação dos resultados. Mesmo com o viés do orçamento, a equipe da APLAN buscava discutir a importância de organizar a informação e avançar no desenho do objetivo a ser atingido.

Para cada diretoria, a APLAN fez uma apresentação das metas definidas pela Anvisa nos documentos formais de governo - o PPA, o CG, o PNS e as diretrizes do Pacto pela Saúde, que estavam afeitas à diretoria em questão. Essas metas deveriam ser o subsídio inicial para a elaboração da programação, em uma visão estratégica, para viabilização do projeto de governo. A APLAN fez um consolidado da programação, em uma tentativa de estabelecer parâmetro de gasto por unidade, para que se pudesse ter uma referência de valores para

nortear a programação de 2007. Porém, muito pouco se conseguiu com relação às informações sobre a execução, tanto de atividades quanto de recursos financeiros. Essa precariedade de informações foi atribuída à falta do monitoramento e a não aprovação, pela DICOL, da programação proposta. Persistia ainda, o acompanhamento da execução orçamentária pela GGGAF, por grandes itens, ou seja, por Ação do PPA.

Nesses anos nós não tivemos uma aprovação da programação (...). Em 2006 fizemos todo o esforço para que a direção da Anvisa aprovasse a programação, mas não conseguimos esse nosso intento. Isso acaba sendo um desafio. A aprovação não se deu, naturalmente, por falta de entendimento da direção da Anvisa sobre a que vem a programação. Talvez porque a gente não tenha conseguido fazê-los entender que a programação não é simplesmente uma tabela, uma planilha de atividades e recursos (ITD).

A programação de 2006 foi discutida pela primeira vez na DICOL, no dia 14 de abril, retornou em 25 de maio, 08 de junho e 06 de julho, sempre com a solicitação de que fosse feito ajuste ao orçamento aprovado e chegou ao fim de 2006 sem nenhuma decisão.

Como não foi solucionado o problema do sistema informatizado, a APLAN conseguiu aprovação da DICOL para que a programação de 2007 fosse realizada em planilha de Excel, com a mesma estrutura do PLANOR e um cronograma para a elaboração da programação. Definiu também, que a proposta de acompanhamento da execução seria trimestral, por meio da avaliação do grau de cumprimento da programação e alcance dos objetivos propostos. Entretanto, continuou sem informação de teto orçamentário por área.

Concluída a etapa de elaboração, cada unidade encaminhou sua programação à APLAN, que fez a análise de adequação referente à pertinência da estruturação do documento e em seguida consolidou os dados por área matricial. Essa consolidação foi encaminhada a cada uma das áreas componentes do GT, para que se procedesse à análise do conteúdo, conforme os *critérios norteadores* e observando os critérios gerais (PDVISA, Prioridades da Anvisa 2007, Prioridades da Programação e o Pacto pela Saúde).

Acho que, para o ano de 2007, a gente conseguiu trabalhar melhor essa questão do processo de elaboração da programação. Discutir melhor o que (...) está falando quando (...) diz que o planejamento não se resume em definir ações ou atividades, sem ter uma preocupação de: afinal, isso serve pra quê? O que você pretende com isso? (ITD).

Vale lembrar que, a proposta da área de planejamento desde o início, era que a análise da programação fosse feita a partir dos objetivos descritos, da análise de viabilidade e das atividades elencadas para realização desses objetivos. Outro argumento utilizado era o cálculo normativo de verificação da disponibilidade de profissionais e dias para realização de tão extensa programação, uma vez que os cálculos eram feitos de forma a garantir maior aporte de recurso, gerando uma programação anárquica, com valores superestimados, sem considerar os objetivos e resultados.

A análise inicial mostrou novamente, a necessidade de grande adequação orçamentária. O total da programação atingiu a casa dos R\$ 800 milhões. A APLAN passou a rediscutir com cada GG e interlocutor a descrição dos objetivos, de modo a torná-los, quando necessário, mais claros para serem avaliados. Na medida em que os objetivos iam sendo definidos com mais precisão, tornava possível a definição das atividades e seus respectivos custos, para realização dos objetivos. Com essa racionalização, os valores se aproximaram de R\$ 649 milhões, ainda muito além de aprovado para a Anvisa na LOA 2007 - R\$ 414 milhões. Era necessária uma redução de R\$ 235 milhões.

As diretrizes do governo federal, ditadas pelo Ministério da Saúde, não batem muito com o que a Anvisa realmente vai fazer. (...) Quem está no poder no momento é quem vai dar a diretriz. (...) Também não tem um mecanismo de aferição disso. O pessoal já pega isso não como um documento formal. Tem um grupo que acha que entende mais da área de saúde do que os que estão dirigindo, no momento. Só que esse desvio, o governo não tem um mecanismo pra checar. Ele só vai checar depois que aconteceu. Mesmo dentro da Anvisa! Porque você faz o documento, escreve lá o que está querendo e tal, e pra checar isso, se está mesmo acontecendo, não tem muito mecanismo. Então, o planejamento acaba não acontecendo conforme o que foi colocado no documento (ITB).

O viés 'orçamenteiro' resistia. A APLAN persistia com a proposta de que, realizando o acompanhamento, seria possível verificar que a programação estava superestimada e a adequação seria natural. Mesmo porque, o valor estimado na programação não alteraria em nada o orçamento que já estava aprovado, ou seja, já era uma realidade legal. Entretanto, o acompanhamento levaria a um pensar estratégico para a ação e a área seria 'obrigada' a dar prioridade às atividades que, de fato, levariam à realização dos objetivos e das prioridades definidas.

Sem discutir os objetivos, seria corroborar a idéia de que o planejamento é o braço operacional da Anvisa. Se for pra só fazer esse ajuste do custo com o orçamento, (...) é uma coisa bastante operacional. Ou seja, não é para as pessoas pensarem, não é pra fazer a alta direção pensar nos destinos da instituição. Simplesmente, fazer uma conjunção de trabalho e recurso (ITD).

O principal problema que eu vejo no planejamento, é que o que era planejado nem sempre era executado. O principal era esse. Como era obrigatório entregar um documento formal, você colocava lá algumas coisas que tinha a intenção de ser feito, e nem sempre tudo era executado. Em qualquer lugar acontece isso, de você planejar e, mesmo que planejou você tem que acompanhar *pari passo* o que está fazendo e você pode re-planejar. Só que, às vezes, na Anvisa o desvio era um pouco grande demais. Planejava um negócio e, de repente, estava fazendo outra coisa bastante diferente do planejado (ITB).

O poder político e administrativo suplantou o poder técnico e a equipe de planejamento novamente não obteve o êxito nessa proposta. Por definição da DICOL, foi realizada uma nova análise buscando identificar sobreposições de ações e distorções de valores. O resultado dessa análise gerou uma nova versão da Programação, que a GGTIN configurou num banco de dados (em Excel), permitindo a geração de relatórios consolidados por Diretoria e respectivas unidades, por Programa, Ação, subação e atividades, e por custos correspondentes.

Na verdade, os GG, os Diretores perdem um pouco a liberdade de ação. Isso ninguém gosta. Todo mundo gosta de ter total liberdade de ação. Só que cada um começa a remar pra um lado, outro pra outro, a resultante final muitas vezes não avança em nada em termos de resultado pra sociedade. Então tem esse lado que é ruim. A Anvisa, como qualquer organização governamental ou privada, tem uma função, um papel na sociedade, se não tivesse não teria sentido de existir. Você tem que ter uma forma de seguir, um procedimento de trabalho que permita você aferir aquilo que foi planejado, se está sendo executado. Qual o benefício que se está tendo com o dinheiro investido. A sociedade sabe o quanto que investe e qual o retorno que está tendo. Hoje, nas organizações públicas em geral, é muito difícil saber qual o retorno que a sociedade tem com aquela organização. Com isso você entregou o quê pra sociedade? O resultado que o governo mede hoje é praticamente assim: resultados de procedimentos internos. E não resultados que você entrega pra sociedade. Procedimento interno você tem total controle, você faz do jeito que você quiser. Você coloca sua meta, que pra sociedade não sei se interessa muito (ITB).

Seguindo o cronograma estabelecido, a APLAN apresentou na DICOL nova avaliação realizada pelo GT, além do banco de dados com a sistematização da programação de cada área. Nessa reunião, ficou decidido que cada Diretor discutiria a Programação com as áreas, sob sua supervisão, para identificar a real viabilidade de execução das atividades propostas. Era mais uma tentativa de adequação do valor programado pela Anvisa ao aprovado na LOA.

4.3.4 Organização

Pelos dados empíricos descritos e pelo caminhar, mesmo a passos lentos, do processo de programação, a organização já apresenta evidências quanto à assimilação do pensamento

estratégico e do reconhecimento da importância do planejamento como ferramenta na gestão e da utilização dos Planos e Contrato, como produtos do planejamento.

As evidências, até esse *momento*, tendem a revelar que o que se pode observar quanto ao movimento de institucionalização do planejamento, se deve ao grande esforço dos técnicos de planejamento da organização. A disponibilização de informações quanto ao cumprimento das metas estabelecidas nos documentos formais da administração pública, para avaliação de desempenho, se deve, especialmente, pelo comprometimento da equipe técnica com o PLANOR, o PPA e o CG. Por outro lado, observa-se que os gestores se envolvem com o planejamento somente na medida em que são demandados pela APLAN ou pelo corpo técnico, não como o *locus* de origem, da demanda ou do propósito da Instituição.

No ano em curso, será finalizado o PPA vigente. Diferente dos dois *momentos* anteriores a APLAN iniciou, no ano de 2006, a discussão interna sobre o PPA 2008-2011, se antecipando às orientações do MS, para posterior encaminhamento à DICOL.

Dificuldades são as da gente, de repente, querer dar um passo e não conseguir por falta de apoio, (...) apoio em termos de uma decisão. Trabalhar numa área tida como estratégica, mas não considerada efetivamente estratégica. Acho que a área de planejamento deveria participar da reunião de direção da Anvisa. Acho muito difícil uma área considerada regimentalmente, como tendo uma finalidade de apoiar estrategicamente a direção, não participar desses fóruns (ITD).

O que deveria ser um meio passa a ser um fim. Segundo Chorny (1998), os recursos financeiros não são mais vistos como mediadores para alcançar maior grau de bem-estar. Até o momento, encontra-se em discussão a elaboração do novo PPA, que deverá ser desenvolvido a partir de 2008.

Quanto ao CG, foi proposto um novo plano de metas para o ano de 2006, resultado do trabalho de um grupo coordenado pela APLAN.

Na verdade, o contrato de gestão é quase um espelho de como você trabalha. A gente tinha sempre essa preocupação de vender, no bom sentido, a idéia do contrato de gestão como uma ferramenta gerencial pro próprio gerente geral acompanhar um trabalho de suas equipes. Era uma maneira que ele podia usar pra dialogar com as equipes. E, a partir dali, inclusive, gerar critérios de acompanhamento de metas muito mais sofisticadas. Isso não aconteceu. Na verdade isso significaria ter um engajamento de gerentes gerais e diretores pra isso (ITA).

Até o momento não houve nenhuma manifestação do Ministério da Saúde com relação à avaliação do desempenho da Anvisa (desde 2002) apesar de insistentes cobranças da Agência, motivadas por recomendações dos órgãos de controle interno.

No CG, a cláusula IV e os incisos I e II se referem às obrigações do MS relativas ao acompanhamento e avaliação. As cláusulas I e IX, por sua vez, se referem às penalidades; porém, não faz referência ao não cumprimento por parte do MS. Tal fato dificulta, ou até mesmo impossibilita a efetividade da cobrança das avaliações por parte da Anvisa.

A Diretoria não tem a percepção do instrumento além de se cumprir um rito, que é o rito do estabelecimento da relação que está colocado pela legislação entre a Anvisa e o Ministério da Saúde. Acho que não tem uma compreensão da Diretoria em relação a esse contrato como uma possibilidade da Anvisa mostrar seu desempenho, não só para o ambiente interno do governo como também para outros setores. O que prevalece é uma visão burocrática (ITD).

Um dos achados, após releituras das entrevistas, é de que não faz parte da agenda do grupo dirigente a discussão do cumprimento das metas do CG e do PPA. Quanto à organização do processo de programação – PLANOR -, esta também é de livre iniciativa do setor de planejamento, sem uma demanda direta do corpo dirigente ou da área administrativa e financeira, não havendo preocupação de ter presente a vinculação do planejado com a definição do orçamento. Seria necessária uma reflexão do papel das diretrizes em relação ao planejamento e aos processos de mudanças institucionais.

Eu vejo diferenças nesses anos que se discutiu a programação na Anvisa. Claro que quem elabora essa programação é a área de planejamento. A gente faz essa programação em conjunto com a área orçamentária e financeira. E se a gente considerar que a Anvisa tem uma descentralização grande, essa programação ainda hoje é muito desnivelada. Ainda tem que se trabalhar muito mais pra que as pessoas compreendam, afinal, o que se pretende quando se diz que a programação tem que ser feita sobre uma lógica de que qualquer ação a ser desenvolvida tem que seguir um objetivo. E que esse objetivo tem que estar coincidente com aquilo que é a finalidade da Anvisa (ITD).

Ações prioritárias - mas, se a área de planejamento não se propõe, a direção da Anvisa não estabelece a forma de se organizar ações e tampouco de avaliar. Isso fica muito preso à capacidade, à vontade, ao desejo da área de planejamento. Eu acho uma fragilidade da Instituição (ITD).

Com as prioridades e objetivos definidos para nortear a elaboração da programação de 2007, todas as áreas elaboraram a sua programação de acordo com um cronograma³⁰ pactuado com a DICOL e divulgado na Casa.

Os Diretores deveriam adequar a programação das suas áreas supervisionadas, de modo a constituir numa programação factível. No entanto, não realizaram esse trabalho e, a APLAN não tem conseguido pautar o PLANOR na DICOL, apesar do cronograma prever a aprovação da programação até a primeira semana de abril de 2007. O relato, a seguir, ilustra os fatos descritos:

A questão de 2007 é: como fazer com que a direção perceba que a programação não é isso. Que a gente está preocupada, realmente, é pra onde estamos indo. Pra que serve todo o esforço dessa instituição, quer seja de prover recursos, com esforço de trabalho mesmo, físico das pessoas, esforço de fazer um monte de atividades. Que precisa chegar a uma avaliação mínima! Que indique pra onde que a Anvisa está indo. Esse é o desafio. A programação não está dada na instituição. É uma responsabilidade muito grande de levar esse resultado até o final (ITD).

Como nos anos de 2004, 2005 e 2006, a programação de 2007 ainda não foi aprovada. A Anvisa encaminhou uma nova proposta de Contrato de Gestão em dezembro de 2006, e, ao mesmo tempo, discutiu internamente um novo Plano Anual de Ação e Metas a ser pactuado com o MS. No momento, aguarda a aprovação, pela DICOL, da proposta elaborada pelo grupo que será, posteriormente, encaminhada ao MS para aprovação e publicação no DOU.

Em relação ao PNS, foi feita a avaliação das metas referentes ao ano de 2006 e o MS se prepara para a elaboração de um novo Plano para o período 2008-2011, após a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

³⁰ Disponível no: <http://www.anvisa.gov.br/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu não fui somente uma parte dessa história que vivi, senão um construtor - pequeno como cada um de nós, mas construtor dela. (TESTA, p 22, 1992)

Os resultados analisados nesse estudo revelam que o planejamento realizado na Anvisa apresenta certo avanço em termos de institucionalização, em que pese o fato de estar sendo realizado em momentos pontuais, não chegando a se constituir numa prática cotidianamente valorizada em todos os setores.

Constatou-se que, para a alta direção da Anvisa, a elaboração de planos e programas de ação ainda é vista como um mecanismo de racionalização dos objetivos e atividades institucionais, podendo, e até devendo, ser desenvolvido sob comando do setor especializado. Nesse sentido, o planejamento é entendido apenas nos limites de sua dimensão técnica, com a função de “fabricar” documentos, o “plano-livro” (Matus, 1987) e instituir sistemas de controle e avaliação das atividades executadas.

Além disso, é clara a separação que se estabelece entre planejamento (enquanto desenho de propostas) e a execução das atividades, sem a compreensão de que o planejamento deve ser um processo integrado e integrador, como forma de garantir o êxito na elaboração e na execução das diretrizes da organização. Um achado que evidencia a visão ainda restrita sobre o papel do planejamento na Organização refere-se ao fato de que, após a ampliação da DICOL para a participação de outros atores, ocorrida no terceiro *momento analisado*, a Assessoria de Planejamento não tem assento nesse fórum, onde se discute e delibera sobre os rumos da Organização.

Ainda que incipientes, as práticas de planejamento desenvolvidas na Anvisa geraram documentos, cuja análise evidencia aspectos relevantes do processo de gestão no âmbito da Organização. Assim, constatou-se que os propósitos estabelecidos pelo Estado, no momento de sua criação, foram desdobrados e reafirmados por ocasião da elaboração dos produtos do planejamento, quais sejam o PPA, PNS, CG e PLANOR. Estes documentos expressam, portanto, compromissos formais públicos assumidos pela Instituição perante a sociedade, em

primeiro lugar, e perante o Estado, ao qual pertence, exigindo o comprometimento ético do dever de realizá-los.

O estudo revela, porém, que os produtos do planejamento não foram utilizados como ferramenta na gestão, constatando-se que o esforço de estruturação das práticas de planejamento e programação, foi interrompido após a formalização dos registros nos referidos documentos, caracterizando apenas o cumprimento legal. Com isso, não chega a se consolidar uma estrutura mínima de programação, monitoramento e avaliação, o que repercute na inexistência de um processo contínuo de adequação das metas e indicadores, bem como na falta de clareza dos registros e ausência de informações relativas ao cumprimento do seu acompanhamento.

Isso contribui para o não desenvolvimento da cultura do planejamento no âmbito da Anvisa. Ainda que se mantenha um discurso que enfatiza sua importância, na prática, a operacionalização das atividades não segue, necessariamente, o que se formalizou nos planos, contratos e programações elaborados. Vale ressaltar que a DICOL, assim como o MS, se exime da responsabilidade de validar os Planos, Contrato e programação anual, ao não examinar os objetivos ali definidos e a forma estabelecida nos referidos documentos, o que eventualmente a colocaria em situação de enfrentamento. Com isso, abre mão do direcionamento futuro da organização deixando os planos e contratos relegados à mera formalidade.

Outro achado importante é de que apenas um ator fez referência à missão da instituição, podendo-se inferir que esta não está incorporada na cultura da Agência. Segundo Paim (2002, p. 334), uma missão institucional exige definição clara, o controle de qualidade e avaliação dos resultados em função dos objetivos explicitados e pactuados, utilizada nos dias de hoje no *“Contrato de Gestão” como autonomização que, para seus defensores, propicia maior agilidade administrativa, além do aparato dos seus resultados (ibidem).*

Por fim, a fragilidade do sistema formal de informação, específico para o acompanhamento e avaliação da programação, não demonstra a obtenção dos resultados, o alcance dos objetivos, o cumprimento das metas e realizações das ações institucionais, comprometendo o processo de gestão. Pode se verificar que, a limitação para a complementação dos processos de planejamento se dava no campo do poder político, por

parte dos dirigentes, impossibilitando a geração de informações para utilização no processo decisório. Por outro lado, a evolução da cultura do planejamento na organização, levava o poder técnico a exigir o comprometimento dos dirigentes, na medida em que cobrava as diretrizes para definir procedimentos administrativos.

Entretanto, podemos concordar com Motta (2004), segundo o qual, mesmo que o planejamento não seja utilizado como instrumento para gestão, para possibilitar o direcionamento da organização, com objetivos claros e tangíveis, mesmo assim, ensina os dirigentes e demais participantes do processo, sobre a ausência de informações. E também ajuda a perceber a complexidade das demandas externas e as limitações da capacidade interna, o que já o justifica, plenamente.

Uma instituição moderna, criada para ser um modelo de gestão pública por resultados, não pode conceber planejamento como um setor, um método, um recurso ou mesmo um documento. Deve assumir o planejamento como um processo contínuo de avaliação e de redefinição de seus objetivos e prioridades em busca de legitimidade social.

Quer se tenha consciência ou não, a vida inclui planejamento a todo o momento, donde se pode afirmar que: o planejamento é uma forma de potencializar a capacidade de raciocinar logicamente sobre uma situação. A prioridade desse raciocínio, segundo Vilasbôas & Teixeira (2001) é que fará o diferencial para o maior ou menor uso do planejamento, estruturado ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo de 05 de outubro de 1988.

_____, **Lei Orgânica da Saúde - 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 das outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder executivo, de 20 de setembro de 1990.

_____, **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, 1995.

_____, **Lei nº. 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 27 de janeiro de 1999.

_____, **Plano Plurianual 2004-2007**: mensagem presidencial / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. – Brasília : MP, 2003.

_____, **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. - Brasília: Ministério da saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa: **relatório anual de atividades: 2005** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, 2006.

_____, **Contrato de Gestão**. Brasília. Anvisa, 2006a Disponível em [:http://www.anvisa.gov.br/Institucional/anvisa/index.html](http://www.anvisa.gov.br/Institucional/anvisa/index.html).

_____, **Relatório de Gestão**, Anvisa. Avaliação do Desempenho Institucional da Anvisa, 2006.

BARCA, D. A. V. **A Contratualização de Desempenho nas Agências Reguladoras do Setor Saúde: As Experiências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, Monografia/Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, Brasília, 2006. 61 p.

CALMON, K. M. N.; GUSSO, D. A. **A Experiência de Avaliação do Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal do Brasil**. Trabalho apresentado na Cepal, Oficina de Trabalho do Projeto Fortalecimento da Fundação Avaliação na América Latina – IPEA, Cepal, Santiago do Chile, out. 2003.

CAMPOS, R. O. **Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso.** Caderno de Saúde Pública, vol 16 n°. 4. Rio de Janeiro: Out./Dec. 2000. Disponível na biblioteca virtual Scielo, acesso em 17/12/2006.

CHORNY, A. H. **Planificación en Salu: viejas ides en nuevos ropajes.** Cuadernos médicos sociales; CESS, n° 73, maio 73:23-44 1998.

COELHO, T.C. B. & PAIM, J.S. **Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 21(5): 1373-1382 set - out., 2005.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária. Proteção e Defesa da Saúde.** 2ª. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

_____, E. A. **Vigilância Sanitária: Contribuições para o debate no processo de elaboração da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. *Contribuições para a Agenda de Prioridades de pesquisa.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.127-155

_____, E. A.; ROZENFELD, S. **Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil.** In: ROSENFELD, S., *Fundamentos da Vigilância Sanitária.* 2 r. 2003, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 304 p.

DI PIETRO, M. S. Z. **Contratos de Gestão: contratualização do controle administrativo sobre a Administração Indireta e sobre as Organizações Sociais.** Disponível em < <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigoa.htm>> consultado em 15/04/06.

FERREIRA, A.B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** Coordenação e edição Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira. 3ª ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GARCIA, R. C. **A Reorganização do processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003. Textos para Discussão** – Brasília, IPEA, MPOG - ISSN 1415-4765, n° 726, maio 2000.

GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa.** Cad. Saúde Pública. Abr./jun.1990, vol. 6, no.2, p. 129-153. Disponível no endereço eletrônico: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1990000200003&lng=pt&nrm=iso, consultado em 13/abril/2006.

KALIL, M. E. X. & PAIM, J. S. **Planejamento de Saúde na Bahia: Impasses e Perspectivas.** Revista Baiana de Saúde Pública, 13 (1/3): 47-67, jan./set.1986.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.** Thousand Oaks: Sage, 1996. 326 p.

LAVILLE, C. & DIONNE, J. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settinieri - Porto Alegre: editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: editora UFMG, 1999.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso** 2001. 133 p. (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

LUCCHESI, G. **Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: 2001. Tese (Doutorado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2001.

MATUS, C. E. O Pensamento Estratégico Situacional. *In*: RIVERA, F. J. U., (org) **Planejamento e Programação em Saúde, um Enfoque Estratégico**. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p 107-149.

_____, **Política, Planificación y Gobierno**, Caracas; OPS, 1987, 772 p.

MACHADO, N. **Fortalecimento do serviço público: a experiência brasileira**. Trabalho apresentado no IX Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2- 5 Nov. 2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Terceira Edição, São Paulo, SP: HUCITEC- ABRASCO, 1994.

MOTA, E. & CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 605-628.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. 15ª EDIÇÃO. Editora Record. Rio de Janeiro: São Paulo, 2004.

NASSUNO, M. Políticas de Estado e Políticas de Governo. **Avaliação de resultados e avaliação de satisfação do usuário–cidadão: elementos para reflexão**. Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental. Maio 2003, Ano II. N°. 2, ISSN- 1678-4057 p. 99-137.

ORÇAMENTO, Histórico das Atividades Orçamentárias.

www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/sistema_orcamento/historico, acesso em 10-09-2004.

PACHECO, R. S. **Contratualização de Resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional**. IX Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madri, Espanha. Novembro, 2004.

_____, **Agências reguladoras no Brasil: modelo único e forma de controle**. Trabalho apresentado no XI Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7- 10 Nov. 2006.

PAIM, J. S. Processo de trabalho e saúde coletiva. *in*: **Saúde, Política e Reforma Sanitária**, CEPS/ISC, Salvador, 2002.p 261.

_____, Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde, *in*: **Saúde Política e reforma Sanitária**, CEPS/ISC, Salvador, 2002.p.149

_____, Por um planejamento das práticas de saúde no Brasil, in: **Saúde Política e reforma Sanitária**, CEPS/ISC, Salvador, 2002.p 349.

_____, Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde, in: **Saúde Política e reforma Sanitária**, CEPS/ISC, Salvador, 2002.p.407-428

_____, Processo político e formulação de políticas de saúde. In: ISC/UFBA **Política de Saúde**. Coletânea de Textos para a Disciplina ISC- 003. Salvador: 1997 b.

PIOVESAN, M.F. **A Construção política da Anvisa**. Tese de Mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2002.

RIVERA, F. J. U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma Critica ao Enfoque Estratégico**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, F U. R & ARTMAN, E., **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Cienc.saúde coletiva, vol. 4, nº. 2 Rio de Janeiro 1999.

SÁ, M. L. D. **Mecanismos de Sustentabilidade das Políticas de Vigilância Sanitária: um olhar sobre a Anvisa**. Revista do Serviço Público. 57 (4): 489.505.Brasília: ENAP, 2006.

SOUTO, A. C. **Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil 1976 - 1994**. São Paulo: SOBRAVIME, 2004. 227 p.

TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a programação da saúde e da qualidade de vida**. RAP 34 (6): 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C.F. **O Futuro da Prevenção**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____, **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 153-162, 2002.

_____, **Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites**. Ciência & Saúde Coletiva v. 11 n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 2006.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1992.

_____, Mário Testa E O Pensamento Estratégico em Saúde. In: RIVERA, F. J. U., **Planejamento e Programação em Saúde um Enfoque Estratégico**. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p 59-104.

_____, **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação** o Caso da Saúde. Ed. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo-Rio de janeiro, 1995.

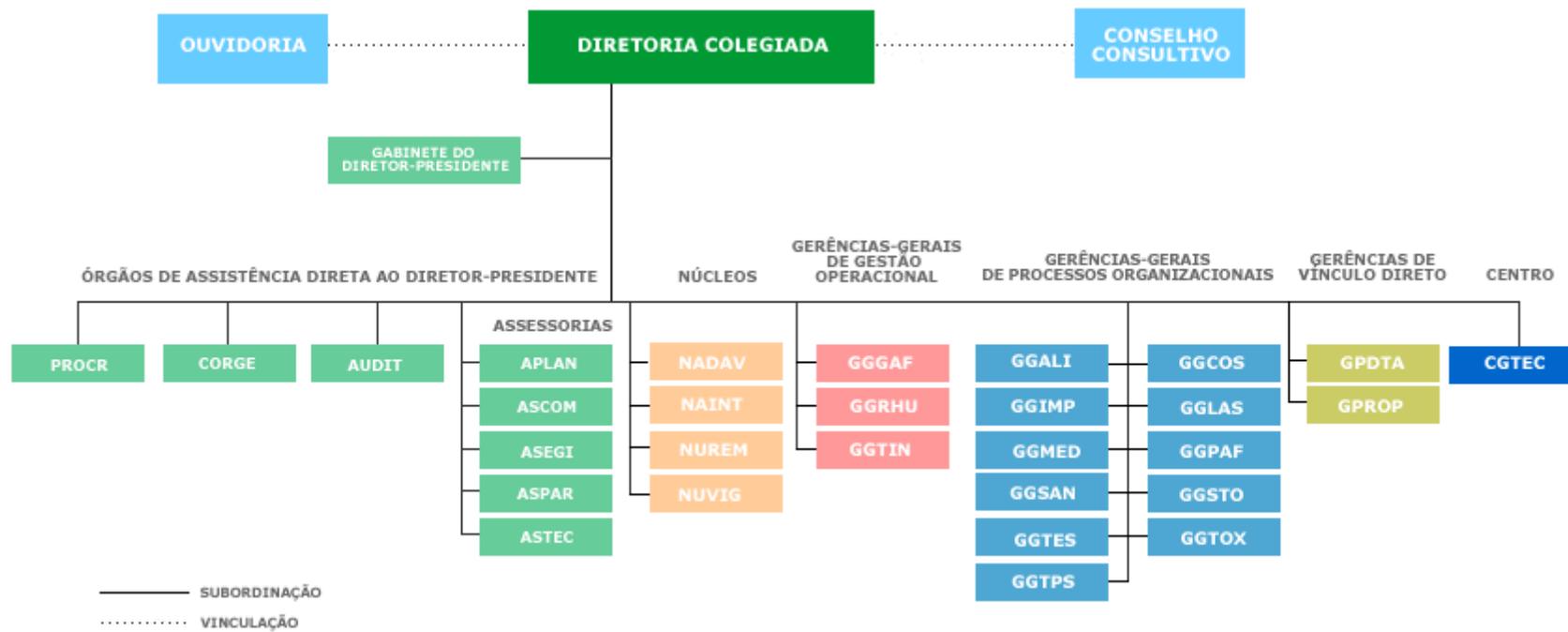
Textos de Apoio: **BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE**
http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/pub06U2t2.pdf: acesso em 26-04-2006

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de Planejamento e Implementação de Políticas de Saúde no Âmbito Municipal**. Salvador, 129 p. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006.

VILASBÔAS, A. L., TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância em saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (org) **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Série Cadernos Técnicos, 2 Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. 113-27.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006
 Republicada no DOU de 21 de agosto de 2006

Versão para impressão

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</p> <p>INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA</p> <p>MESTRADO PROFISSIONALIZANTE CONCENTRAÇÃO: VIGILÂNCIA SANITÁRIA</p>
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidado a participar, como entrevistado, da pesquisa intitulada “A Institucionalização do Planejamento na Anvisa”, realizada por Maria Zilma dos Santos no contexto do mestrado profissionalizante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob orientação de Carmen Fontes Teixeira.

A pesquisa tem por objetivo identificar e analisar em que medida está institucionalizado o planejamento na Anvisa, os diferentes produtos resultado desses processos, sua utilização no cumprimento dos compromissos de governo e como ferramenta na gestão.

A sua participação nesta pesquisa é de natureza inteiramente voluntária. Se não quiser, não precisa responder todas as perguntas, podendo também desistir de continuar a entrevista em qualquer momento.

Esclarecemos que as informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita, em qualquer momento, menção ao seu nome. O pesquisador se compromete a garantir o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, sendo que todo o material inerente a pesquisa estará arquivado em local apropriado, sob a responsabilidade de Maria Zilma dos Santos, cujo telefone de contato é: (61) 3448 1134.

A pesquisadora acredita que suas informações são importantes para a reflexão sobre o desenvolvimento do planejamento, os produtos desse processo e sua utilização como ferramenta de gestão.

Se houver dúvida, por favor, pergunte que tentarei esclarecer.

Após ter tomado conhecimento do conteúdo acima exposto, sobre o qual não me resta qualquer dúvida, concordo em participar da presente pesquisa.

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do entrevistador:

APÊNDICE C - CARTA DE SOLICITAÇÃO AO DIRETOR PRESIDENTE

Brasília, 10 de outubro de 2006.

Ilustríssimo Senhor
Dirceu Raposo de Mello
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Ilmo. Senhor Presidente,

Eu, Maria Zilma dos Santos, técnico sênior, fui selecionada, no ano de 2005, para cursar o curso de Gestão de Vigilância Sanitária do Mestrado Profissional da Universidade Federal da Bahia, financiado por esta Instituição.

O projeto de pesquisa a ser realizado é intitulado “*A Institucionalização do Planejamento na Anvisa*” e pretende identificar como vem se desenvolvendo o processo de planejamento na Anvisa e a utilização de seus produtos como ferramenta de gestão.

Para tanto, necessário se faz à realização de entrevistas semi-estruturadas com alguns gestores, tais como Diretores Presidente, e Coordenadores da área de Planejamento. As entrevistas buscarão identificar os atores envolvidos no processo de planejamento e programação, os momentos de sua realização e sua utilização como ferramenta de gestão. A sua importância se dá pela ausência de estudos sobre esse tema na instituição.

Para realização das entrevistas, bem como a pesquisa de campo, torna-se essencial à submissão de meu projeto à Comissão de Ética da Universidade, uma vez que o projeto pretende utilizar a participação de seres humanos para seu desenvolvimento. Em assim sendo, um dos requisitos do processo de análise da Comissão de Ética é uma carta de autorização do Diretor responsável pelo órgão em que será realizada a pesquisa. Desta forma, solicito vossa autorização, nos termos constantes da carta anexa, para o prosseguimento e a finalização de minha pesquisa de mestrado. A documentação que comprova o alegado segue anexa.

Desde já agradeço vossa colaboração.

Atenciosamente,

Maria Zilma dos Santos
Assessoria de Planejamento
APLAN/Anvisa

APÊNDICE D - MATRIZ DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Matriz de análise dos documentos por período, objetivos, ações e observações

Documento	Objetivos Propósito	Ações propostas Métodos	Observações Organização
Contrato de Gestão 1999 e 2000	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No primeiro CG foram propostas ações relacionadas a: estruturação; capacitação de recursos humanos; fiscalização/inspecao; articulação institucional (intra e intersectorial e nas esferas); desconcentração (autorização de funcionamento, registro, certificacao e análise laboratorial); evolução institucional e diretrizes de funcionamento. Foram um total de 39 metas, sendo 31 cumpridas e 8 não cumpridas.	O plano de metas do CG de 1999 vigorou até dezembro de 2000. Esse primeiro CG foi importante para estruturar a Anvisa e melhorar a sua credibilidade perante o setor regulado, visto que os processos de trabalho da instituição ainda eram incipiente e com isso a demora de respostas às demandas era um grande problema para a instituição.
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão para o ano de 2001	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No ano de 2001 foi feito o 1º termo aditivo ao CG, onde foram propostas ações relacionadas a: reconhecimento pela comunidade; satisfação dos clientes; tempo para concessão de autorização de funcionamento de empresa; tempo para concessão de registro; e desenvolvimento institucional. Foi um total de 27 metas, sendo 14 cumpridas e 13 não cumpridas.	No 1º TA se manteve a decisão de continuar a consolidação dos processos de trabalho, entretanto as metas relacionadas à estruturação da organização tinham sido devidamente cumpridas, o que levou a redução do nº. de metas.
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão para o ano de 2002	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No ano de 2002 foi feito o 2º termo aditivo ao CG, onde foram propostas ações relacionadas à: redução do tempo de atendimento aos processos de registro e autorização de funcionamento; apoio ao SNVS por meio de repasse de recurso financeiro. Foi um total de 20 metas, sendo 16 cumpridas e 04 não cumpridas.	No 2º TA ainda se manteve a decisão de continuar melhorando os processos de trabalho da Anvisa. Com o cumprimento de mais metas relacionadas a estruturação, o nº. de metas foi diminuído.
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão para o ano de 2003	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No ano de 2003 foi feito o 3º termo aditivo ao CG, onde foram ratificadas as ações propostas no TA anterior. Portanto, se mantiveram as 20 metas, sendo 11 cumpridas e 09 não cumpridas.	Foi nesse 3º termo aditivo que foi prorrogada a vigência do CG para setembro de 2005, entretanto se fazia necessário a continuidade da estruturação dos processos de trabalho na Anvisa.
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do	No ano de 2004 foi feito o 4º termo aditivo ao CG, onde foram ratificadas as ações propostas no TA anterior.	Nesse 4º termo aditivo foi prorrogada a vigência do CG para dezembro de 2006

para o ano de 2004	estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	Portanto, se mantiveram as 20 metas, sendo 08 cumpridas e 12 não cumpridas.	
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão para o ano de 2005	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No ano de 2005 foi feito o 5º termo aditivo ao CG, onde foram propostas ações relacionadas à: gestão administrativa; vigilância sanitária; Regulamentação; atendimento ao usuário; gestão da Informação; gestão de RH; controle de desempenho/monitoramento e análise de solicitações de registro. Foram 15 metas, sendo 09 cumpridas e 06 não cumpridas.	É importante salientar que o 5º TA alterou completamente a proposta de plano de metas que vinha sendo trabalhada (inclusive no que diz respeito a inserção de metas qualitativas). Isso se deu após discussões do grupo de planejamento da Anvisa que incorporou os critérios preconizados pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, quais sejam: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados.
Termo Aditivo ao Contrato de Gestão para o ano de 2006	Fomento a execução de atividades na área e vigilância sanitária por meio do estabelecimento de parcerias entre as partes contratantes com a finalidade de promover a proteção da saúde da população	No ano de 2006 foi mantido o mesmo plano de metas do 5º termo aditivo Foram 15 metas, sendo X cumpridas e Y não cumpridas.	No ano de 2006 a equipe do planejamento da Anvisa iniciou a discussão para a proposta de um novo CG e não mais termos aditivos
PPA 2000/2003	Garantir a qualidade de produtos e serviços ofertados a população brasileira	1º Programa “Vigilância de Produtos, Serviços e Ambientes” – ações: a) Registro ou alteração de registro de produtos; b) Autorização de funcionamento de empresa; c) Anuência à liberação de importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária; d) Fiscalização de produtos, serviços e ambientes sujeitos a vigilância sanitária; e) Educação e capacitação de recursos humanos em vigilância sanitária; f) Coordenação e monitoramento do sistema nacional de vigilância sanitária; g) Elaboração das normas de vigilância sanitária. 2º Programa “Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares” – Ações: a) Acreditação de hospitais quanto ao controle das infecções hospitalares; b) Acreditação de laboratórios de referência de microbiologia, na Rede de Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACEN, quanto ao controle das infecções hospitalares; c) Estudos e pesquisa sobre prevenção e controle das infecções hospitalares; d)	No primeiro ano PPA fica evidenciado: 1- Que a definição dos programas partiu dos dirigentes, de acordo com o contexto de saúde da época; 2- As metas eram subestimadas e em alguns casos inadequadas ao objetivo proposto; 3- Os indicadores estabelecidos não eram apurados; 4- Em alguns programas não era definido o índice anual de referência;

		<p>Implantação de sistema de informação de controle das infecções hospitalares; e) Implantação de unidade estadual de controle de infecção hospitalar; f) Promoção de eventos técnicos sobre controle de infecções hospitalares.</p> <p>3º Programa “Vigilância Sanitária de Portos Aeroportos e Fronteiras” – Ação: a) Fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras</p> <p>4º Programa “Qualidade do Sangue” – Ações: a) Implantação em unidades hematológicas e hemoterápicas da rede nacional de informações gerenciais em sangue, componentes e derivados; b) Acreditação de unidades hematológicas e hemoterápicas; c) Aquisição e distribuição de fatores de coagulação para pacientes hemofílicos; d) Cadastramento de pacientes hemofílicos e hemoglobinopatas; e) Cadastramento de unidades de tratamento hemofilia e hemoglobinopatia; f) Implantação do projeto de sangue com garantia qualidade; g) Implantação e ampliação de unidades de hematologia e hemoterapia; h) Modernização e adequação de unidades de hematologia e hemoterapia; i) Normas, padrões, métodos de referência para construção, instalação, organização e operacionalização de unidades do sistema nacional de sangue e hemoderivados; j) Norma, procedimentos e diretrizes para o sistema nacional de sangue e hemoderivados; l) Prêmio nacional da qualidade do sangue; m) Promoção de eventos técnicos sobre sangue e hemoderivados.</p>	
PPA 2004/2007 (a análise se dá até o ano de 2006)	Prevenir riscos à saúde da população mediante a garantia da qualidade dos produtos, serviços e do ambientes sujeitos a vigilância sanitária	<p>1º Programa “Vigilância de Produtos, Serviços e Ambientes” – ações: a) Vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e recintos alfandegados; b) Pesquisa em Vigilância sanitária; c) Vigilância sanitária de produtos; d) Vigilância sanitária de serviços; e) Construção do laboratório oficial para análise e pesquisa de produtos derivados do tabaco; f) Construção do edifício - sede da Agência Nacional de Vigilância</p>	<p>O PPA 2004/2007 inovou no que diz respeito a diminuição dos programas da Anvisa (de 4 programas do PPA anterior, passou-se para 1 único programa). É importante ressaltar que Anvisa ficou gerenciando 2 ações do programa do sangue (até 2005, com a revisão anual foi transformada em uma única para 2006). Fazia parte do programa “Qualidade do</p>

		Sanitária; g) Incentivo financeiro a municípios e ao Distrito Federal, habilitados à parte variável do piso de atenção básica – PAB para ações de vigilância sanitária; h . Incentivo financeiro aos estados municípios, Distrito Federal para execução de ações de médio e alto risco sanitário inseridos na programação pactuada de vigilância sanitária; i) Análise técnico-laboratorial da qualidade dos produtos ofertados a população; j) Qualificação técnica dos laboratórios de referência estadual, municipal e do Distrito Federal para análise de produtos sujeitos a vigilância sanitária.	Sangue” que passou a ser gerenciada pelo MS, órgão o formulador dessas políticas e uma ação de Capacitação de Pessoal em Processo de Qualificação e Requalificação, do programa “Administração da unidade”, é também gerenciado pelo MS.
PNS 2004/2007 (a análise desse documento vai até 2006)	Garantir a devida segurança sanitária e eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando à proteção da saúde da população	<p>1ª Diretriz “Aplicação das ações de regulação de mercado” – Metas: a) Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica; b) Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica; c) Proceder à análise fiscal de cerca de 17% das especialidades de medicamentos disponíveis para o consumo; d) Implantar sistema de bula eletrônica, com consulta de informações, via internet, de 11.000 apresentações de medicamentos comercializados.</p> <p>2ª Diretriz “Promoção da saúde da população indígena segundo as suas especificidades” – Metas: a) Implementar ações e vigilância sanitária em 100% dos Distritos Sanitários Indígenas – DISEI.</p> <p>3ª Diretriz “Implementação da atenção à saúde da população prisional” – Metas: a) Instrumenta e capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos 27 estados e DF para ações de controle de riscos sanitários no Sistema Penitenciário</p> <p>4ª Diretriz “Promoção da alimentação saudável e combate a desnutrição” – Metas: a) Monitorar a</p>	O primeiro aspecto importante desse PNS é que as metas foram estabelecidas para o ano de 2005 e revistas para 2006. Na revisão de 2006 foi criada a categoria “subdiretriz”. Isso se deu devido à necessidade de detalhar algumas diretrizes que não estavam suficientemente explicadas.

		<p>fortificação das farinhas de trigo e milho nas 27 UF e DF.</p> <p>5ª Diretriz “Destinação adequada dos resíduos sólidos urbanos” – Metas: a) Atingir cobertura de 100% na fiscalização do Programa de Gerenciamento de resíduos de Serviços de saúde em estabelecimentos novos ou que solicitem reforma ou reestruturação de serviços; b) Garantir 100% de fiscalização do programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos estabelecimentos a serem inspecionados, objeto do Termo de ajustes e metas – TAM; c) Capacitar 100% das áreas de vigilância sanitária estaduais para ações de inspeção na área de resíduos de serviços e saúde.</p> <p>6ª Diretriz “Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde” – Metas: a) Realizar cinco pesquisas anuais em área de conhecimento de interesse da vigilância sanitária, mediante estabelecimento de parcerias de cooperação técnica com centros de pesquisa, universidades brasileiras e estrangeiras e contratação de pesquisadores e consultores;</p> <p>7ª Diretriz “Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes” – Metas: a) Realizar cerca de 27 mil inspeções/ ano relativas a produtos sujeitos a vigilância sanitária (medicamentos e produtos para saúde, alimentos, cosméticos e saneantes e domissanitários); b) Realizar análise técnico- laboratorial da qualidade de cerca de 5,4mil produtos/ano ofertados para o consumo da população; c) Realizar inspeção sanitária anual em cerca de 7 mil serviços de saúde; d) Realizar cerca de 3,3 milhões de fiscalizações no âmbito da vigilância sanitária em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados; e) Implementar 10 Câmaras Setoriais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, previstas no seu regulamento.</p>	
--	--	---	--

APÊNDICE E - ROTEIROS DE ENTREVISTAS

DIRETORES PRESIDENTES

- 1- Quais foram os principais problemas identificados na Anvisa, na sua gestão?
- 2- Quais foram/são as diretrizes políticas que orientam/ram a sua gestão?
- 3- Quais foram/são as ações prioritárias/projetos mais importantes que a Anvisa desenvolveu/e em sua gestão e por que elas foram eleitas?
- 4- Como foram definidas as ações prioritárias a serem realizadas pela Anvisa anualmente e no período de sua gestão?
- 5- Que atores participaram na definição dessas prioridades?
- 6- Quais os procedimentos que são desenvolvidos pelo Diretor Presidente para apoiar a realização das ações definidas como prioritárias?
- 7- Como acompanha/va (como cobra) a realização dessas ações?
- 8- As informações disponíveis davam/ão conta do gerenciamento dessas ações?
- 9- Como foi/é a laboração do Contrato de Gestão - CG? A definição das metas e indicadores? Para que ele foi feito? Como ele é utilizado? Como é utilizado o Relatório de Avaliação do MS?
- 10- Como se deu/dá a elaboração do Plano Plurianual - PPA? A definição de suas metas? Para que ele é feito? Como ele é utilizado? Como é realizada avaliação anual do PPA e como é utilizada essa avaliação?
- 11- Como se deu a participação da Anvisa na construção do PNS? Como foi a definição das diretrizes e metas inseridas no PNS? Como é feito o acompanhamento dessas metas?
- 12- Como se dá a elaboração da programação das ações a serem desenvolvidas durante o ano na Anvisa? Quem elabora essa programação? Como se dá a aprovação? Como é o acompanhamento? Como são avaliados os resultados?
- 13- Os recursos financeiros disponíveis eram/são suficientes para a realização dessas ações e das metas
- 14- Aponte 3 principais facilidades e 3 dificuldades para realização das ações prioritárias e cumprimento das metas, na sua gestão;
- 15- O que você considera como principal contribuição de sua gestão para os avanços da organização? O que efetivamente pode ser mudado?

COORDENADORES DE PLANEJAMENTO

1. Quais foram os principais problemas identificados na Anvisa, na sua gestão?
2. Quais foram/são as diretrizes políticas que orientam/ram o projeto de governo da Anvisa em sua gestão?
3. Quais foram/são as ações prioritárias/projetos mais importantes que a Anvisa desenvolveu/e em sua gestão e por que elas foram eleitas?
4. Como foi/é a laboração do Contrato de Gestão - CG? A definição das metas? Para que ele foi feito? Como ele é utilizado? Como é utilizado o Relatório de Avaliação do MS? Qual é o papel da APLAN nesse processo?
5. Como se deu/dá a elaboração do Plano Plurianual - PPA? A definição das metas? Para que ele é feito? Como ele é utilizado? Como é realizada a avaliação anual e como ela é utilizada? Qual o papel da APLAN nesse processo?
6. Como se deu a participação da Anvisa na construção do PNS? Como foi a definição das metas inseridas no PNS? Como é feito o acompanhamento dessas metas? Como ele é utilizado? Qual o papel da APLAN nesse processo?
7. Como a Anvisa se organiza para realização das ações prioritárias e o cumprimento das metas estabelecidas nos documentos formais de governo?
8. Quais os procedimentos que são desenvolvidos pela Assessoria de Planejamento - APLAN para apoiar a realização das ações definidas como prioritárias?
9. Qual a participação da APLAN na definição das metas assumidas nos documentos formais de governo como, Contrato de Gestão (CG), Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS)?
10. Como a APLAN acompanha/va o cumprimento dessas metas? As informações disponíveis davam/dão conta desse gerenciamento?
11. Os recursos disponíveis eram/são suficientes para a realização das ações e metas assumidas pela Anvisa?
12. Aponte 3 facilidades e 3 dificuldades para realizar esse trabalho;
13. O que você considera como principal contribuição de sua gestão para os avanços da organização? O que efetivamente pode ser mudado?

APÊNDICE F - DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Contrato de Gestão 1999
2. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2001
3. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2002
4. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2003
5. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2004
6. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2005
7. Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2006
8. Contrato de Gestão - Primeiro Relatório - Exercício 1999
9. Relatório Semestral de Execução 2000
10. Relatório Anual de Execução Exercício 2000
11. Relatório Semestral de Execução 2001
12. Relatório Anual de Execução Exercício 2001
13. Relatório Semestral de Execução 2002
14. Relatório Anual de Execução Exercício 2002
15. Relatório Semestral de Execução 2003
16. Relatório Anual de Execução Exercício 2003
17. Relatório Semestral de Execução 2004
18. Relatório de Gestão e Avaliação de Desempenho - Exercício 2004
19. Relatório Semestral de Execução 2005
20. Relatório de Gestão e Avaliação de Desempenho - Exercício 2005
21. Relatório de Gestão – Avaliação de Desempenho Institucional da Anvisa 2006
22. Relatório de Avaliação da CGU 2002