



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**



ESTEVÃO TOFFOLI RODRIGUES

**DO CENDES-OPAS À PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE NO SUS: UMA CRÍTICA DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

SALVADOR

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

ESTEVÃO TOFFOLI RODRIGUES

**DO CENDES-OPAS À PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE NO SUS: UMA CRÍTICA DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária, Área de Concentração Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

ORIENTADORA: ANA LUIZA QUEIROZ VILASBÔAS

SALVADOR

2012

Ficha Catalográfica
Elaboração: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

R696c Rodrigues, Estevão Toffoli.

Do CENDES-OPAS à programação da saúde no SUS: uma crítica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde / Estevão Toffoli Rodrigues. Salvador: E. T. Rodrigues, 2012.

112f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

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

1. Programação Pactuada e Integrada. 2. Assistência à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Estevão Toffoli Rodrigues

Do CENDES-OPAS à programação da saúde no SUS: Uma crítica da programação pactuada e integrada (PPI) da assistência à saúde

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: 23 de Março de 2012

Banca Examinadora:

Profª. Ana Luiza de Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Profª. Carmen Fontes de Souza Teixeira – ISC/UFBA

Profª. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha – ISC/UFBA

Profª. Ruben Araújo de Mattos

Salvador
2012

Sem pedir licença muda nossa vida, depois convida a rir ou chorar...

Guido Morra & Toquinho

Para Francisco.

E Lili, claro.

AGRADECIMENTOS

A todos os companheiros de construção da PPI na Bahia de 2009 a 2010, principalmente os colegas da Diretoria de Programação (DIPRO/SUREGS/SESAB) e do COSEMS-BA. E, em especial, a Conceição, Cris, Silvio (professor), Cassio e Mariana, pelas reflexões compartilhadas sobre o tema.

Aos mesmos colegas, mais ao pessoal do Núcleo de Contratualização (NUCON/SUREGS/SESAB) e da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), pela compreensão quanto às ausências.

A Alcindo, Jairnilson e Naomar, pelas inspirações.

A Mario Testa, pelo que representa.

A Ruben, pela conversa em Porto Alegre e pela disposição em participar da banca.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos juntos (menores do que eu gostaria).

A meus pais, pelo respeito e carinho silenciosos e sempre presentes.

A meus irmãos e a Jesus, com saudade.

A Moli e Silvinha, família baiana.

A Marcelo, Sandra e os meninos, família querida.

A Carmen e Ana Angélica, pela banca de qualificação e da defesa.

A Ana Luiza, por ser tão cuidadosa e sincera.

RESUMO

Trata-se de uma dissertação de mestrado de caráter teórico sobre a programação da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) que objetiva sistematizar uma crítica à Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde. O estudo toma como referência as bases teórico-metodológicas da programação em saúde na América Latina e é trabalhado por meio de análise documental e revisão bibliográfica. Divide-se em quatro partes: i) uma sistematização de elementos teóricos e metodológicos da programação da saúde na América Latina, com ênfase no chamado método CENDES-OPAS; ii) uma apresentação da *Programação Pactuada e Integrada* (PPI) da Assistência à Saúde, seus princípios, diretrizes e principais questões, a partir de seus documentos oficiais; iii) uma análise da PPI da Assistência à luz de questões sobre a programação em saúde surgidas originalmente como críticas ao CENDES-OPAS e iv) uma sistematização teórica sobre aspectos da programação da assistência à saúde no SUS. Dentre as conclusões do estudo podem ser apresentadas: uma importante correlação teórica entre o CENDES-OPAS e a PPI; a existência de indefinições, insuficiências e contradições conceituais e metodológicas nos documentos oficiais da PPI; a escassez da correspondência entre discurso, teoria e método no âmbito da programação da assistência à saúde no SUS; a manutenção da necessidade de teorias, métodos e instrumentos que estimulem e auxiliem a prática da programação da saúde no SUS, em sintonia com o processo do planejamento, e a concomitante fragilidade da produção teórica recente sobre o assunto.

Palavras-chave: Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde; teoria da programação da saúde; método CENDES-OPAS; SUS.

ABSTRACT

This is a dissertation of theoretical purpose on the health programming at the Brazilian National Health System (SUS) which aims to systematize a review about the Agreed and Integrated Programming (PPI) of Health Assistance. The study takes as reference the theoretical and methodological bases of health programming in Latin America and is worked by means of documentary analysis and literature review. It is divided into four parts: i) the systematization of theoretical and methodological elements of health programming in Latin America, emphasizing the so called CENDES-PAHO method; ii) a presentation of the Agreed and Integrated Programming (PPI) of Health Assistance, its principles, guidelines and key issues from its official documents; iii) an analysis of PPI of Health Assistance through questions about health programming originally emerged as critical to CENDES-PAHO and iv) a theoretical systematization about aspects of health assistance programming in the SUS. Among the study's findings may be presented: a significant theoretical relationship between CENDES-PAHO and PPI; the existence of uncertainties, shortcomings and conceptual and methodological contradictions in the official documents of the PPI; the lack of correspondence between discourse, theory and method in the health assistance programming in the SUS; the maintaining need for theories, methods and tools that encourage and assist the practice of health programming in the SUS, in line with the planning process, and the concomitant weakness of recent theoretical work on the subject.

Keywords: Agreed and Integrated Programming (PPI) of Health Assistance; health programming theory; CENDES-PAHO method; SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Metodologia.....	16
2. ELEMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	19
2.1. A teoria da programação da saúde no método CENDES-OPAS.....	19
2.2. Críticas ao CENDES-OPAS.....	31
2.2.1. Críticas de Mario Testa.....	32
2.2.2. Críticas de Javier Uribe Rivera.....	37
3. A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	41
3.1. A PPI nos textos normativos do SUS.....	41
3.1.1. A PPI na NOB 96.....	41
3.1.2. A PPI nas NOAS.....	44
3.1.3. A PPI no Pacto pela Saúde.....	48
3.2. O método de programação na PPI da Assistência à Saúde.....	52
3.2.1. A definição das prioridades.....	56
3.2.2. A micro-alocação dos recursos.....	58
3.3. A PPI na literatura em saúde.....	62
4. A PPI E ALGUMAS QUESTÕES CENTRAIS SOBRE A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.....	64
4.1. A PPI da Assistência à Saúde e o método CENDES-OPAS.....	64
4.1.1. Análise comparativa dos princípios básicos da programação.....	65
4.1.2. Análise comparativa entre os métodos de programação do CENDES-OPAS e da PPI da Assistência à Saúde.....	69
4.2. A PPI da Assistência à Saúde e as críticas ao CENDES-OPAS.....	76
4.2.1. A PPI e as críticas de Mario Testa ao CENDES-OPAS.....	76
4.2.2. A PPI e as críticas de Javier Uribe Rivera ao CENDES-OPAS.....	82

5. ELEMENTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE ASPECTOS DA PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS.....	86
5.1. Aspectos gerais da PPI da Assistência à Saúde no SUS.....	86
5.2. Aspectos relativos ao diagnóstico na PPI da Assistência à Saúde no SUS.....	88
5.3. Aspectos relativos à programação propriamente dita na PPI da Assistência à Saúde no SUS.....	89
6. CONCLUSÕES.....	91
6.1. Limitações deste estudo e necessidades de outros estudos.....	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
APÊNDICE: CONCEITO, SENTIDOS E USOS DO TERMO <i>PROGRAMAÇÃO</i>	98
I. Etimologia e semântica do termo <i>programação</i>	99
II. O termo <i>programação</i> nas ciências sociais e exatas.....	102
III. O termo <i>programação</i> no SUS.....	104
IV. Referências bibliográficas do Apêndice.....	111

1. INTRODUÇÃO

Em edição especial sobre a Saúde no Brasil, o periódico *The Lancet* recentemente apresentou “uma série de seis artigos que examinam criticamente as realizações das políticas do país e que tentam definir em que lugar podem situar-se os futuros desafios” (KLEINERT & HORTON, 2011, p. 01).

Dentre esses artigos, alguns amplos diagnósticos sobre a situação atual do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre os desafios da área da saúde no Brasil são apresentados, de forma a sistematizar uma parte importante da reflexão sobre a Reforma Sanitária Brasileira e a implementação do SUS.

Assim, há o reconhecimento de “melhorias importantes nas condições de saúde” da população brasileira nas últimas décadas, que

podem ser atribuídas tanto a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde, quanto à dinâmica de um vigoroso movimento de reforma setorial, iniciado nos anos 1970, que levaram o Brasil a adotar uma abordagem própria em relação à América Latina – ao criar um serviço nacional de saúde com o principal objetivo de reduzir as desigualdades. A reforma sanitária e a criação do SUS foram parte de um amplo movimento destinado a mitigar a exclusão social, integrando iniciativas de diferentes setores – saúde, educação, renda e outros. (VICTORA *et al.*, 2011, p. 100.)

Por outro lado, quanto à avaliação dos desafios, os autores ponderam que “as disparidades sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas” (p. 100) e que novas questões aparecem “como resultado da urbanização e de mudanças sociais e ambientais” (p. 100), sendo acompanhadas por “alguns problemas antigos de saúde [que] persistem sem melhorias significativas” (VICTORA *et al.*, 2011, p. 100).

Em outro trecho da mesma série de artigos, Paim *et al.* (2011) trabalham no mesmo sentido de avaliação global do SUS, destacando a luta “para garantir a cobertura universal e equitativa” (p. 28) e lançam especial atenção às “contradições e injusta competição” (p. 28) entre os setores público e privado. Em termos de financiamento da saúde no país, apontam para a ampliação dos recursos federais em quatro vezes desde 2000, pontuando, entretanto, que “a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos” (p. 28).

Quanto à transformação demográfica e epidemiológica da população brasileira, e suas consequências para o sistema de saúde, os autores trazem ainda a reflexão sobre a necessária “transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde” (PAIM *et al.*, 2011, p. 28). Essa necessidade de reconfiguração dos modelos de atenção, segundo os mesmos autores,

pode utilizar-se de contribuições do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006 a), da construção de redes de saúde com centralidade da atenção básica e das “recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde” (p. 28).

Nas palavras de Paim *et al.* (2011),

para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica. (PAIM *et al.*, 2011, p. 28.)

Essas avaliações podem ser consideradas como uma síntese de um volume significativo de produções científicas recentes na área da saúde no Brasil, em especial no contexto de análise das duas primeiras décadas de criação do SUS (MENICUCCI, 2009; SANTOS, 2009). Por outro lado, estão também em sintonia com movimentações no campo político de atores que militam pela consolidação do SUS, com resgate dos princípios mais gerais da Reforma Sanitária brasileira. Esse duplo movimento, em âmbito teórico e no campo político, de qualquer maneira, representa por si só uma das características mais singulares da Saúde Coletiva no país (PAIM & TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, cabe um destaque para um documento de caráter político-programático apresentado em fins de 2010 à então presidente eleita, Dilma Rousseff, e sua equipe de transição, por algumas das entidades do Movimento da Reforma Sanitária – a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Rede Unida, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Esse documento, intitulado “Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil”, apresenta sete “propostas que visam a enfrentar os problemas de caráter estrutural, e não apenas conjuntural, do sistema de saúde brasileiro” (ABRASCO *et al.*, 2010, p. 04). Essas propostas são relativas: ao financiamento da saúde, à regulação do setor privado, a uma política de gestão do trabalho em saúde, ao desenvolvimento e qualificação de modelos de gestão pública e dos modelos de atenção à saúde, ao desenvolvimento tecnológico e à inovação em saúde, ao controle e à participação social (ABRASCO *et al.*, 2010).

Portanto, seja no âmbito teórico ou no campo da política, há o reconhecimento da importância do Sistema Único de Saúde para a melhoria das condições de vida da população brasileira, e uma concomitante preocupação com a superação de problemas que se apresentam

como desafios a todos os componentes e funções principais de um sistema de saúde – sua infraestrutura, organização, gestão, financiamento e a prestação da atenção (OMS, 2000).

Neste trabalho, a atenção será especialmente voltada a um aspecto de organização do Sistema Único de Saúde que tem amplas vinculações com o financiamento, a gestão e a prestação da atenção: a programação da assistência à saúde. Essa programação assume características de dimensionamento da oferta assistencial, de proposição implícita ou explícita de modos de organizar a gestão e a atenção (modelos assistenciais) e de mecanismos de alocação de recursos (financiamento), e é fortemente devedora das diversas propostas de planejamento em saúde que se desenvolveram desde a década de 1960 na América Latina, sendo conhecida como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde.

Este texto é escrito no início da segunda década dos anos 2000, com pouco mais de vinte anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e cerca de meio século de produção mais sistematizada do debate sobre o Planejamento em Saúde na América Latina. Tem compromisso com esses dois complexos e apaixonantes objetos, tanto o sistema de saúde brasileiro quanto a reflexão sobre a produção de ideias para qualificá-lo.

Para tanto, o texto estrutura-se em uma dupla perspectiva: a de um trabalho de cunho analítico teórico-conceitual e metodológico sobre as apropriações e produções da literatura – e do sistema de saúde – sobre a *programação da saúde*, de maneira geral, e, em termos específicos, a de tentativa de proposição de uma crítica à Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde no SUS.

Essa dupla perspectiva nasce de um incômodo da prática, vinculado à inserção do autor no processo de gestão de uma Secretaria Estadual de Saúde no momento da elaboração de um amplo processo de programação da assistência à saúde e, concomitantemente, a um mal-estar teórico gerado por uma lacuna de conhecimento relativa à ausência ou, melhor dizendo, insuficiência das respostas da literatura ao incômodo original da prática. Esse mal-estar aparece consubstanciado em uma crítica genérica do processo de programação da saúde na literatura não “atualizada” para a realidade atual do país e do sistema de saúde, em concomitância com a permanência da utilização de métodos programáticos “sem respaldo teórico” no cotidiano do SUS.

Historicamente, a programação foi originalmente apresentada como um sinônimo de planificação ou planejamento, no texto *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Este texto é comumente tratado na literatura em saúde como o método CENDES-OPAS, e foi publicado em 1965 como o n.º 111 da série *Publicaciones*

Científicas pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em parceria com o Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, e da Escola Nacional de Saúde Pública do mesmo país.

O CENDES-OPAS é um marco na história do Planejamento em Saúde na América Latina por seu esforço original de apresentação da problemática da programação e do planejamento na saúde, o que possibilitou sua forte presença no debate sobre o planejamento em saúde por cerca de duas a três décadas. Como poderá ser visto no decorrer do texto, será desenvolvido o argumento de que o CENDES-OPAS representa até hoje uma forte referência conceitual e metodológica para o debate sobre a programação em saúde, e está na base de quase todas as propostas de utilização de qualquer dos sentidos do termo programação.

Todavia, com o desenvolvimento da área temática de planejamento e gestão no interior da Saúde Coletiva brasileira (ONOCKO, 1998; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000) e a agregação processual de novas reflexões sobre o planejamento em saúde, a programação foi perdendo espaço teórico e, especialmente, simbólico. De maneira progressiva, foi sendo traduzida exclusivamente como a encarnação de uma proposta de planejamento normativo (RIVERA, 1992), sendo menosprezada sua utilização de forma explícita e com sua apresentação mais extensa, e relegados seus propósitos originais a um plano periférico.

Instalou-se um paradoxo: enquanto no cotidiano do sistema de saúde não se parou de programar, ou, ao menos, de se utilizar parte dos métodos programáticos derivados do CENDES-OPAS, passou-se, no campo teórico, a se constituir um imaginário de obsolescência à teoria da programação na saúde. Em algumas situações percebe-se sequer a utilização dos marcos conceituais, da gramática e da valoração anteriormente referida à programação, de forma quase hipócrita com o processo histórico. Tal constatação é digna de uma consistente análise dos discursos, que extrapola os objetivos deste texto.

Ao invés disso, a produção teórica mais recente apontou em outro sentido, com a exploração das potencialidades estratégicas e comunicacionais do planejamento, do questionamento da validade do estabelecimento de métodos, dos vínculos entre planejamento e gestão, do desenvolvimento da crítica à racionalidade instrumental e, paralelamente, do desenvolvimento de novas propostas metodológicas (MERHY, 1995; LEVCOVITZ *et al.*, 2003; RIVERA & ARTMANN, 2010; TEIXEIRA, 2010).

Fato é que, conforme poderá ser encontrado no decorrer do texto, ao termo *programação* podem ser referidos hoje múltiplos sentidos e diversos usos. Não se pode afirmar com segurança, entretanto, que haja sustentação teórico-conceitual suficiente para amparar esses muitos usos e sentidos, que podem ser considerados bastante disseminados.

Como se a reprodução de velhas fórmulas de forma descontextualizada e pouco crítica fosse o suficiente para a estruturação das formas de intervenção social na saúde. Relembrando Matus (2005), pode-se afirmar que o amadorismo e a superficialidade intelectual lançam seus efeitos e produzem suas consequências sobre a gestão na saúde. Contra isso que este texto tenta se colocar.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1996, a PPI é tratada como “o principal instrumento formalizador das relações” entre os gestores do sistema (BRASIL, 1996), servindo de mecanismo de “articulação dos gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais” (BRASIL, 2002 a). Apresenta dentre seus objetivos a busca da equidade de acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população e a contribuição para a organização das redes de serviços de saúde (BRASIL, 2006 c).

A PPI caracteriza-se, portanto, como de fundamental importância para o SUS. E a combinação da sua importância para o sistema de saúde com a superficialidade do tratamento da temática a nível teórico são os elementos necessários para justificar este estudo, que se fundamenta nas seguintes perguntas de investigação:

- Quais são as bases conceituais e metodológicas da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde no SUS?
- Em que medida podem ser teoricamente relacionados o método CENDES-OPAS, e suas respectivas críticas, e a PPI da Assistência à Saúde no SUS?
- Que abordagens conceituais e metodológicas sobre a programação da assistência à saúde produzidas pela literatura podem contribuir para uma crítica à PPI da Assistência à Saúde?

HIPÓTESE

A PPI representa a manutenção, parcial e anacrônica, da proposta metodológica contida no CENDES-OPAS para a programação da atenção à saúde especializada no contexto do SUS. Entretanto, essa manutenção se dá de forma muito singular, posto que, por um lado, há a incorporação discursiva (nos documentos oficiais) de críticas ao planejamento normativo e, por outro lado, nos instrumentos metodológicos, há uma continuidade de utilização, parcial e descontextualizada, da proposta contida no CENDES-OPAS. Tem-se, assim, uma proposta de arcabouço teórico dissonante do instrumental metodológico.

Esse duplo movimento, concomitante, faz com que a PPI apresente limites ainda mais marcantes que os já apresentados na crítica ao CENDES-OPAS, já que nem incorpora em profundidade a coerência interna daquele método nem se desvencilha de suas limitações. Assim, constrói-se a hipótese de que pode ser proposto um dos seguintes movimentos à PPI: ou a incorporação integral da proposta do CENDES-OPAS, com sua coerência interna, seus propósitos, métodos, limitações, méritos e críticas já claramente expostos, ou a incorporação integral das críticas do CENDES-OPAS como críticas à PPI, que implicariam em uma mudança substancial dos métodos e instrumentos da PPI, como possíveis novos caminhos para a programação da assistência à saúde no SUS.

OBJETIVO GERAL

- Sistematizar uma crítica à Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no SUS tomando como referência as bases teórico-metodológicas da programação em saúde na América Latina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as bases teórico-metodológicas da programação em saúde na América Latina e no SUS;
- Analisar a proposta oficial da PPI da Assistência à Saúde no Brasil; e
- Sistematizar críticas e perspectivas teóricas de contribuição à PPI da Assistência à Saúde no Brasil.

1.1. METODOLOGIA

O percurso para a realização deste trabalho pode ser dividido em três momentos sequenciais. Um primeiro, de revisão da literatura sobre programação em saúde no Brasil e na América Latina. Um segundo, de minuciosa análise documental relativa ao método CENDES-OPAS e à PPI da Assistência à Saúde no SUS. E um terceiro, de comparação da PPI com o CENDES-OPAS, e desses com as produções da literatura.

O primeiro momento, de revisão da literatura sobre programação em saúde no Brasil e na América Latina, foi baseado em duas fontes principais de pesquisa: a consulta aos autores que elaboraram uma crítica ao método CENDES-OPAS, registrada em livros e artigos (RIVERA, 1992; TESTA, 1992; MATTOS, 1993); e a pesquisa em bases de dados

bibliográficos nacionais e latino-americanas, a saber: SCIELO, LILACS e banco de teses da CAPES, acessadas no período de julho a novembro de 2011. Para a seleção dos textos nessas bases não foram apresentados limites cronológicos à pesquisa, e foram utilizados os seguintes descritores: *programação em saúde, metodologia de programação e teoria de programação*. Buscou-se identificar artigos científicos, teses, dissertações, manuais ou guias nacionais e latino-americanos que tratassem da programação em saúde.

Este primeiro momento metodológico apresentou o seguinte panorama: afora a produção dos autores que elaboraram uma crítica ao método CENDES-OPAS no início da década de 1990 (RIVERA, 1992; TESTA, 1992; MATTOS, 1993), que se caracteriza por uma densidade teórico-conceitual considerável, a pesquisa em bases de dados bibliográficos nacionais e latino-americanas demonstra uma limitação importante tanto no número de produções (foram identificados somente oito artigos e três dissertações) quanto em pertinência para a abordagem proposta para este estudo – os aspectos teórico-conceituais e metodológicos.

O segundo momento, de análise documental relativa ao método CENDES-OPAS e à PPI da Assistência à Saúde no SUS, foi estruturado com base nos documentos originais das duas propostas: a publicação científica n.º 111 da OPAS, *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud* (CENDES-OPAS, 1965), e as portarias do Ministério da Saúde n.º 483, de 06 de abril de 2001, n.º 1.020, de 31 de maio de 2002, e n.º 1.097, de 22 de maio de 2006 (BRASIL, 2001 b; 2002 b; 2006 c). Fez-se uso, ainda, de outros documentos que complementam e/ou facilitam a apresentação e estudo das propostas em questão, como o artigo de Mattos (1993), no caso do CENDES-OPAS, e os manuais oficiais (BRASIL, 2001 c; 2006 d) e demais portarias ministeriais (BRASIL, 1996; 2001 a; 2002 a; 2006 a; 2006 b), no caso da PPI.

Essa análise dos documentos teve por finalidade caracterizar cada uma das duas propostas de programação em seus termos originais. O CENDES-OPAS, por sua importância histórica, como primeira e mais densa referência de programação/planejamento em saúde na América Latina, e a PPI, por ser a proposta oficial de programação da assistência no SUS (e objeto central deste estudo). A análise possibilitou a identificação das concepções teórico-metodológicas sobre programação em saúde presentes nas duas propostas, bem como a organização de forma sistemática de suas etapas, métodos, propósitos e conceitos fundamentais.

Para a elaboração da crítica, entretanto, foi necessário um terceiro momento metodológico do estudo, que consistiu na comparação da PPI com o CENDES-OPAS, e

desses com as produções da literatura. Inicialmente, utilizou-se a apresentação sistemática de cada uma das propostas (elaborada no segundo momento) como base para comparação detalhada entre ambas. Posteriormente, foram agregadas à comparação as críticas ao CENDES-OPAS presente na literatura (consolidada no primeiro momento). Com isso, pode-se produzir o cotejamento das críticas ao CENDES-OPAS com a proposta da PPI, e elaborar, por analogia, uma crítica à PPI baseada na produção dos autores que se dedicaram à análise do CENDES-OPAS.

Por fim, cabe destacar que, por se tratar exclusivamente de um estudo de âmbito teórico-metodológico, que faz uso apenas de revisão de literatura e análise documental, o presente trabalho não foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

2. ELEMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A história da programação da saúde na América Latina confunde-se com a do planejamento em saúde, por ao menos dois motivos que podem ser elencados. Em primeiro lugar, a confusão conceitual entre os dois termos, *programação* e *planejamento*, usados não poucas vezes de forma indistinta, e em outras circunstâncias sem o devido rigor na explicitação do significado atribuído a cada um deles, e, em especial, a suas distinções.

Em segundo lugar, como uma derivação desse primeiro motivo, está o papel desempenhado historicamente pelo método CENDES-OPAS, com seus usos e sua disseminação ampliada por boa parte dos países da América Latina e, em particular, no Brasil. Como já referido anteriormente, naquele documento não se propunha uma distinção entre planejamento e programação e, de certa forma, essa indistinção foi também transferida para o âmbito teórico. Ou seja, ao tratar programação como sinônimo de planejamento, tratava-se, por consequência: a teoria da programação como uma teoria de planejamento (e vice-versa); os usos da programação como os usos do planejamento (e vice-versa); os métodos de programação como os métodos de planejamento (e vice-versa).

Para os objetivos deste trabalho, é relevante tratar como tema a teoria da programação da saúde. E, no decorrer da apresentação, apontar algumas críticas e contribuições teóricas que foram sendo agregadas à ideia de programação da saúde e sua(s) teoria(s), como forma de delimitá-la e localizá-la em termos contextuais, conceituais e teórico-metodológicos.

Por isso, o recorte escolhido sobre a história do planejamento em saúde na América Latina se iniciará com o método CENDES-OPAS e passará por algumas das críticas por ele recebidas, além das contribuições que o enriqueceram e transformaram. Dois autores merecerão destaque nesse trajeto, Mario Testa e Javier Uribe Rivera, cujas produções serão discutidas nas questões que dialogam mais diretamente com uma teoria para a programação na saúde.

2.1. A TEORIA DA PROGRAMAÇÃO DA SAÚDE NO MÉTODO CENDES-OPAS

Conforme argumentado na Introdução, o chamado método CENDES-OPAS pode ser considerado como o documento de “nascimento” do planejamento em saúde na América Latina, e trata indistintamente os termos *programação* e *planejamento*.

A importância de seu estudo, entretanto, extrapola o caráter meramente histórico, uma vez que o referido documento empenhou-se em um esforço singular de sistematização e de tentativa de resposta àqueles que foram considerados, à época, como os principais problemas conceituais e metodológicos da programação na saúde. Posteriormente, o método foi submetido a um ampliado processo de “testagem” em diversos países da América Latina, e sucessivos esforços de qualificação das bases conceituais do processo programático estiveram a ele associados (BARRANCOS & MENDES, 1992; TESTA, 1992; TEIXEIRA, 2001).

Esses fatos foram os responsáveis por transformar o CENDES-OPAS na “única expressão acabada de um enfoque normativo da programação no setor saúde” (RIVERA, 1992, p. 180). E essa característica torna-o uma referência essencial para o debate sobre a teoria da programação na saúde. De tal forma que qualquer proposta posterior a ele fez-lhe referência, seja como complementação, como contestação ou superação. Assim, seu estudo é essencial para os propósitos deste trabalho, podendo ser considerado que qualquer teoria da programação da saúde hoje deve, em maior ou menor grau, derivar dos pressupostos, conceitos e métodos do CENDES-OPAS.

Para a exposição dos elementos da teoria da programação no CENDES-OPAS será utilizado o próprio documento *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud* (CENDES-OPAS, 1965), além de trabalhos posteriores que o apresentam e analisam. Um destaque merece ser feito, neste sentido, à dissertação de mestrado de Ruben Araujo de Mattos, “A teoria de programação de saúde no método CENDES/OPAS”, publicada em versão reduzida e revista no artigo “O processo de construção conceitual do método CENDES-OPAS” (MATTOS, 1993), que servirá de auxílio à construção do argumento. Para a crítica tanto da teoria quanto do método da programação no CENDES-OPAS, base para a constituição de uma teoria da programação da saúde atual, serão utilizadas as seções posteriores.

Como é sabido, o documento *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud* foi elaborado no Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, com a colaboração do escritório da OPAS, como uma resposta à “necessidade de institucionalizar a saúde como uma função social” (CENDES-OPAS, 1965, p. i¹).

¹ Todas as citações do documento *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud* (CENDES-OPAS, 1965) utilizadas neste estudo foram livremente traduzidas do espanhol para o português pelo autor.

Conforme referido no prefácio do documento por Abrahan Horowitz, então diretor do escritório da OPAS em Washington, não havia à época uma sólida experiência nas Américas na formulação de planos nacionais de saúde que servissem de

base para a apresentação sistemática de problemas e de recursos, humanos e materiais, o que equivale a um regime de prioridades e de investimentos com objetivo de atender a o que é mais frequente e beneficia ao maior número de seres humanos. (CENDES-OPAS, 1965, p. i.)

O texto trazia a crítica à ausência de uma disciplina específica, “um método para programar os investimentos em saúde da população de um país” (CENDES-OPAS, 1965, p. i), que pudessem inserir as atividades da saúde dentre as demais atividades dos países. Para tanto, relata Horowitz no prefácio, a OPAS havia realizado cursos de especialização em programação em colaboração com o Instituto Latinoamericano de Planificação Econômica e Social (ILPES, no Chile), e solicitou ao CENDES e à Escola de Saúde Pública da Venezuela que preparassem um “informe sobre Problemas Conceituais e Metodológicos da Programação da Saúde, com propósitos docentes e de aplicação prática” (p. i).

O “informe” foi, então, produzido “com o propósito de encontrar um enfoque para satisfazer os requerimentos do desenvolvimento integral e os do setor saúde, (...) em termos de mortalidade específica e demanda de serviços” (p. i), como “um guia para a programação, e como um estímulo para novas análises e investigações dos conceitos e métodos que a governam” (p. ii).

Para Jorge Ahumada, então diretor do CENDES, as ciências sociais e matemáticas eram detentoras de um “rico caudal de conhecimentos” (p. iii) que deveriam ser incorporados no processo de elaboração da política de saúde, e as proposições do CENDES-OPAS poderiam ser caracterizadas como “um passo no longo caminho” (p. iii) de apropriação desses conhecimentos pela área da saúde. Conhecimentos esses que poderiam auxiliar, especialmente, “no uso mais eficiente dos escassos recursos de que se dispõe na América Latina para proteger e reparar da saúde de seus habitantes” (p. iv) e, assim, “reduzir a um mínimo o custo social de evitar uma disfunção” (p. iv). Entretanto, ressaltava que aquele documento deveria ser considerado como um documento de valor prático, e não como um trabalho de interesse acadêmico.

O texto do documento é apresentado em quatro capítulos: 1. *Programação e saúde pública*; 2. *O diagnóstico*; 3. *A determinação do campo das alternativas factíveis na área local programática* e 4. *A formulação dos planos regionais e do plano nacional*.

No primeiro capítulo tem-se uma introdução geral ao tema (A. *A necessidade de programar* e B. *Os princípios básicos da programação*) e um resumo dos assuntos que serão posteriormente abordados de forma mais detalhada (em C. *O processo programático*).

No capítulo 2, *O diagnóstico*, trata-se da definição do sujeito do diagnóstico e da coleta da informação necessária para se descrever uma situação de saúde, bem como sua explicação, prognóstico e avaliação.

No capítulo 3, trabalha-se um dos aspectos que mais caracterizam o CENDES-OPAS, a determinação do campo das alternativas factíveis na área local programática, com uma abordagem abrangente dos problemas gerais da formulação do plano propriamente dito e da alocação de recursos por áreas e, em especial, da elaboração das chamadas alternativas mínima e máxima.

Por fim, no capítulo 4, os autores dedicam-se à problemática da formulação dos planos regionais e do plano nacional, com o estabelecimento de um elenco de tarefas do programador regional e de responsabilidades do programador nacional.

Para início da análise do CENDES-OPAS, com o objetivo de explorar sua teoria da programação, é preciso, conforme destaca Mattos, identificar a “concepção original de programação” (MATTOS, 1993, p. 03) adotada pelo documento. Na análise precisa do autor, pode-se afirmar que essa concepção de programação (ou planificação)

não coincide com a planificação do desenvolvimento proposta no bojo da interpretação cepalina. Estrutura-se fundamentalmente em torno da noção de eficiência, deixando de lado a preocupação com o crescimento econômico periférico. (MATTOS, 1993, p. 09.)

Ao se descolar da concepção de programação como planificação do desenvolvimento, trazida pela CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe), e se aproximar da noção de eficiência, o CENDES-OPAS torna o espectro de atuação da programação aplicável a qualquer atividade em que se apresenta “a necessidade de tomar decisões sobre questões que podem resolver-se de diversas maneiras ou de escolher entre objetivos diferentes entre si” (CENDES-OPAS, 1965, p. 02).

Dessa forma, Mattos sintetiza o conteúdo e o objetivo do informe do CENDES-OPAS como um esforço por

examinar e, se possível, equacionar os problemas conceituais e metodológicos surgidos na tentativa de aplicar (mais do que transpor) a um campo programático específico (as atividades de saúde) esta visão de programação centrada na tomada de decisões quanto à destinação de recursos, e que pretendia maximizar a eficiência das atividades programadas. (MATTOS, 1993, p. 09.)

Essa perspectiva de constituição de um novo campo programático, baseado na programação de *atividades de saúde* não passa também sem o devido destaque pela análise de Mattos. Nas palavras do autor:

Esta definição de campo programático é muito importante para a análise comparativa das metodologias ditas de planejamento de saúde. Com efeito, o objeto que a técnica do CENDES/OPS pretende planejar não é a saúde da população, nem tampouco uma instituição do setor saúde (como o ministro da Saúde), muito menos o sistema de saúde, mas tão somente um conjunto de atividades diretamente orientadas para manter e melhorar a saúde. (...) O desenvolvimento de uma metodologia de planejamento que tomasse por objeto o sistema de saúde teria que se dar a partir de outro referencial teórico que não a programação de atividades. (MATTOS, 1993, p. 10.)

Essa última colocação do autor, sobre a necessidade de outro referencial teórico “que não a programação de atividades”, contém um potencial explicativo central para os questionamentos que amparam a realização deste estudo. Isso porque pontua que o CENDES-OPAS e sua teoria não têm por propósito planejar a saúde da população, ou planejar as instituições ou o sistema de saúde. Mas sim, planejar atividades que, em última análise, só se tornam úteis, eficazes, coerentes com as instituições e com o conjunto do sistema se agregadas a um processo geral de planejamento. Essa mesma reflexão pode ser feita para a programação da assistência no SUS (a PPI), objeto deste trabalho.

Prosseguindo na análise dos pressupostos teóricos do CENDES-OPAS, serão apresentados agora os chamados “princípios básicos da programação” trabalhados na Publicação Científica n.º 111. Esses “princípios básicos” são divididos em seis tópicos: 1. *Os problemas programáticos centrais*; 2. *A definição e a comparabilidade dos objetivos*; 3. *Os problemas da programação no campo da saúde*; 4. *A definição e homogeneização dos recursos*; 5. *A relação entre objetivos e recursos* e 6. *Tempo, sujeito e espaço na programação*.

Sobre os “problemas programáticos centrais”, os autores tratam da apresentação e distinção entre aquelas que consideram as “questões centrais” da programação: o *problema da eleição de técnicas* e o *problema das prioridades*. Essas questões surgem da compreensão, já apresentada, do campo de aplicação da programação (“necessidade de tomar decisões sobre questões que podem se resolver de diversas maneiras ou de escolher entre objetivos diferentes entre si”). O problema das prioridades subdivide-se, ainda, em duas dimensões, chamadas: a) *dimensão “temporal”* (as necessidades são recorrentes, necessitando de satisfação no presente e no futuro) e b) *justiça distributiva* (resultado da impossibilidade de satisfação plena das necessidades de todos).

No campo da saúde, para o CENDES-OPAS, esses problemas programáticos seriam também pertinentes, sendo enfrentados cotidianamente “problemas de eleição de técnicas, de prioridade entre objetivos, de presente e de futuro e de justiça distributiva” (p. 02). Assim, as questões do tipo “*versus*”, dizem os autores, constituiriam a problemática básica da programação, ainda que haja no texto a ressalva às “oposições absolutas”. Em síntese,

Tanto em economia como em saúde os opostos devem resolver-se dentro de certas margens de complementaridade ou de proporcionalidade. No campo da saúde há que se destinar certa proporção de recursos para reparar danos e outra para preveni-los. (...) A essência do problema consiste, em consequência, em determinar em que proporções devem combinar-se os distintos objetivos. (...) Trata-se de escolher aquela combinação de esforços que renda o máximo de saúde com uma quantidade dada de recursos, ou, inversamente, se se pretende obter um nível dado de saúde, que este requeira o mínimo de recursos possíveis. (CENDES-OPAS, 1965, p. 03.)

No que diz respeito ao segundo “princípio básico” da programação, a “*definição e comparabilidade dos objetivos*”, o documento passa a trabalhar os aspectos mais conceituais da compreensão de eficiência. Ao tratar a eficiência como “uma relação entre objetivos e recursos” (p. 03), os autores reforçam a importância, na técnica programática, da necessidade de clara definição dos objetivos. Objetivos que sejam mensuráveis. No texto:

Não basta, por exemplo, afirmar que se pretende combater a malária. Há que precisar o número de casos que se quer evitar e o prazo em que se pretende fazê-lo. Assim definido, um objetivo se denomina *meta*. (CENDES-OPAS, 1965, p. 04.)

Na sequência, um princípio da programação que muito caracterizou o CENDES-OPAS é exposto. Trata-se da *homogeneização de objetivos*, que afirma que, para fins de comparação de objetivos heterogêneos (e decisão sobre a distribuição de recursos entre diferentes objetivos) necessita-se produzir uma homogeneização dos objetivos ou, ao menos agrupá-los por categorias, elaborando subatividades distintas. Essa homogeneização é produzida, por exemplo, na economia, pelo dinheiro – que é passível, a princípio, de ser trocado por (quase) tudo graças ao seu papel homogeneizador. Com essa homogeneização de objetivos tornar-se-ia mais eficiente o uso dos recursos, já que seria possível uma redução das “bases arbitrárias” (p. 04) de sua alocação.

Em “*os problemas da programação no campo da saúde*”, o informe apresenta como a definição e a comparação de objetivos se traduz em problemas de grande relevância para a área da saúde, e apresenta o questionamento sobre o próprio objetivo das atividades de saúde, reconhecendo a importância exercida pelos indicadores de saúde (“alguns positivos e outros negativos”) na questão da mensuração da saúde.

Neste sentido, traz dois critérios para a medida da transcendência social da saúde das pessoas: “a) considerar que a vida de um indivíduo é igual à de qualquer outro, ou b) aceitar que a vida de algumas pessoas tem mais valor para a comunidade que a de outras” (p. 06). E,

em um trecho polêmico do documento (posteriormente alvo de críticas), mas que o caracteriza singularmente, afirma:

Neste trabalho não se propõe uma norma para medir a transcendência social da saúde e resolver os problemas de prioridade, em virtude de que qualquer que seja a que se adote em um caso concreto deverá refletir a escala de valores de uma sociedade. Desde o ponto de vista da técnica programática, não importa qual se use, o importante é que se adote alguma, com plena consciência de suas implicações. Todavia, neste documento e *exclusivamente com o propósito de facilitar a exposição do método*, parte-se de uma proposição de que qualquer vida é igual a outra e que *a mortalidade e a morbidade não são homogeneizáveis*, de modo que, ao julgar as vantagens que produz uma ação em saúde sobre um dano qualquer, *empregar-se-á como critério o número de disfunções que se evitariam com essa ação, mas não se tomarão em conta os benefícios que se produziriam em termos da redução da morbidade ou da incapacidade*. (CENDES-OPAS, 1965, p. 06, grifos do autor.)

Na continuação da exposição dos “princípios básicos da programação”, o documento apresenta a questão da “*definição e homogeneização dos recursos*”. À semelhança dos objetivos programáticos, dizem os autores, “é essencial definir os recursos sem ambiguidades” (p. 07). Neste momento, há um novo mergulho na referência do CENDES-OPAS à economia, para a definição do conceito de recurso: “tudo aquilo que pode ser utilizado para produzir bens e serviços”, como o trabalho, o capital e os recursos naturais. Esses recursos, para os autores, “são os mesmos que se empregam na “produção” da saúde” (p. 07).

Essa definição de *recurso* leva a outra reflexão, que diz respeito à necessária combinação de recursos (ou um complexo dos mesmos) para se atingir determinados fins, ou os objetivos. E daí, a forma como se produz a compreensão da quantificação e comparação entre distintos recursos, para as quais é novamente apresentada a noção de homogeneização. E, da mesma forma, reapresentada a solução dada no âmbito da economia: a utilização dos valores monetários como referência homogeneizadora. Entretanto, essa solução, que pode ser traduzida também na ideia de custo, apresenta, para os autores, “dificuldades conceituais e práticas (...) a mais importante é a atribuição de custos no caso de recursos que se empregam para alcançar vários objetivos de uma vez” (p. 08).

Avançando na sistematização do CENDES-OPAS sobre os princípios básicos da programação, traz-se o debate do documento sobre a “*relação entre objetivos e recursos*”. Esse debate passa pela definição da maneira de se estabelecer a comparação entre a eficácia de complexos diferentes de recursos para um dado uso. Para os autores, além da necessária homogeneização dos recursos (reduzíveis a uma expressão monetária), há que se estabelecer “a combinação apropriada de cada complexo” (p. 08) de recursos, o que é chamado no texto de *instrumentalização*.

Dada a importância desse conceito (de instrumentalização) à compreensão do método de programação do CENDES-OPAS, transcreve-se abaixo um excerto do documento onde se dá sua apresentação:

À operação de combinar os recursos em proporção que correspondam a uma norma ou técnica determinada, denominar-se-á, daqui em diante, instrumentalização dos recursos. *Um instrumento é uma combinação de recursos em proporções determinadas, de conformidade com certas normas, que se emprega na obtenção de um ou vários objetivos específicos.* (CENDES-OPAS, 1965, p. 08, grifos do autor.)

A partir dessa compreensão, os autores concluem que as seleções tanto das “técnicas aplicáveis à obtenção de um fim determinado” quanto das “combinações mais favoráveis de produtos” (p. 09) são duas das tarefas mais importantes a serem desenvolvidas pelo programador. E sintetizam, da forma didática esperada de um manual:

o quinto princípio da programação, que corresponde à seleção de técnica e de combinações de produtos e que se pode expressar assim: Cada vez que se precisa escolher entre duas ou mais técnicas alternativas ou entre distintas combinações de produtos há que preferir aquela que mostra uma maior relação percentual entre o efeito obtido e o custo dos instrumentos utilizados, pois desse modo é possível obter o máximo de benefícios com uma dada monta de recursos. (CENDES-OPAS, 1965, p. 09.)

Encerrando a apresentação dos princípios básicos da programação, o documento apresenta, enfim, as compreensões de “*tempo, sujeito e espaço na programação*”. Quanto ao *tempo*, a apresentação é clara:

a técnica de programação trabalha essencialmente para o futuro, procurando prever os problemas que podem apresentar-se e tratando de evitar que ocorram. A programação é prevenção mais que cura. (CENDES-OPAS, 1965, p. 10.)

No tocante ao *sujeito da programação*, pode-se dizer sem grande margem para questionamentos que o ator do plano/programa é o Governo. Essa afirmação pode ser corroborada no seguinte trecho:

Neste estudo se entenderá por atividades de saúde as ações que realize o Governo orientadas diretamente a manter e melhorar a saúde e compreenderão, além das ações tradicionais, as que se classificam sob a denominação de saneamento ambiental, de nutrição, de pesquisa e de formação de pessoal. Todas essas atividades se incluirão no programa, independentemente de que estejam ou não sob responsabilidade do Ministério de Saúde. (CENDES-OPAS, 1965, p. 11.)

Em respeito ao “*espaço da programação*”, a questão que volta a ser colocada é a da justiça distributiva. Isso porque se produz a compreensão, no texto, de que a existência de alternativas de diferentes contextos espaciais (regiões diferentes) para a alocação de recursos traduz-se também no questionamento sobre as prioridades dos gastos (em termos de local de realização dos mesmos). Essa é uma questão que toma central e direta tradução para o contexto do SUS, com a perspectiva de utilização dos recursos para a produção de equidade.

Entretanto, de forma madura, os autores argumentam que

Não há solução programática para esta disjuntiva, pois que há um juízo ético envolvido na decisão, o da justiça distributiva dos benefícios do progresso (...). Todavia, é possível determinar o custo que representa para o país prestar atenção à justiça distributiva. (CENDES-OPAS, 1965, p. 12.)

Esses foram, de maneira agregada e sintética, os seis “princípios básicos da programação” apresentados pelo CENDES-OPAS. Destaca-se que todos eles foram objeto de reflexões posteriores por diversos autores (incluindo, em especial, o próprio Mario Testa, que participou da equipe do CENDES à época de elaboração do documento e posteriormente apresentou diversas contribuições às proposições lá apresentadas), e serão discutidos mais à frente, a partir da discussão das críticas ao documento de 1965.

Para encerrar essa sumária exposição do CENDES-OPAS, como uma tentativa de trabalhar uma primeira aproximação dos conceitos e bases teórico-metodológicas do documento, será apresentada agora a forma como o texto traz o processo de elaboração dos programas de saúde, tratado como “*O processo programático*”. Essa apresentação se divide em dois momentos, uma mais conceitual, apresentada no início do documento, e outra mais metodológica, desenvolvida nos capítulos posteriores.

Apesar de compreender os riscos de simplificação ou de redução do conteúdo apresentado pelo documento, será dada – neste primeiro momento – uma ênfase aos aspectos conceituais desse debate (em detrimento dos aspectos metodológicos). Entende-se que, dessa forma, é possível compreender a lógica geral e a racionalidade do documento, sem a necessidade de uma apresentação muito extensa. De outra maneira, quando necessário, serão pontualmente resgatados aspectos do método programático no CENDES-OPAS durante a discussão do mérito da programação da saúde no SUS.

No documento, ao processo programático correspondem as seguintes etapas: 1) *diagnóstico*; 2) *a programação propriamente dita*; 3) *a discussão e a decisão*, e 4) *a avaliação e a revisão*.

A etapa de diagnóstico, para o CENDES-OPAS, ocupa um lugar central no processo programático. A ela é dado um caráter muito singular, que trata da avaliação da “situação atual”, mas também a amplia com as seguintes tarefas:

a) a descrição, de preferência em termos quantitativos, da situação do sujeito em relação com o campo que se programa; 2) o conhecimento dos fatores que a determinam; 3) a análise de suas perspectivas e 4) a avaliação, ou seja, a determinação de se é ou não satisfatória. (CENDES-OPAS, 1965, p. 13.)

Esse diagnóstico é que contribui, segundo o texto, para que um programa apresente as suas chamadas condições básicas de existência: a viabilidade, a compatibilidade interna e a eficácia. E, no CENDES-OPAS, discute-se que, para a área da saúde, essa avaliação

apresenta-se baseada em padrões de referência para a medida da situação, os indicadores de mortalidade e morbidade.

Entretanto, na segunda tarefa relativa ao diagnóstico, o documento empreende um debate, ainda que breve, sobre a necessidade de exploração dos fatores determinantes de uma situação de saúde, tarefa complexa, mas altamente valiosa “para a programação propriamente dita” (p. 13). Ao se referir a esse debate no âmbito da economia, traz que

Em economia se pode determinar quantitativamente o sistema de relações elaborando o que se denomina um *modelo*. O modelo expressa em forma quantitativa o que ocorreria em um conjunto de variáveis se se atuasse sobre uma ou mais delas, o qual facilita grandemente a tomada de decisões. Ao programar a saúde também precisa-se identificar os fatores determinantes do nível de saúde, descrito pela mortalidade e a morbidade, e as interrelações que existem entre eles. (CENDES-OPAS, 1965, p. 13.)

Há que se considerar que essas reflexões avançaram enormemente nos últimos 50 anos, tanto em termos teórico-conceituais como metodológicos. Entretanto, à época, ainda que de forma “pouco amparada pela teoria”, os autores traziam a perspectiva de utilização dessa “rede causal” (os fatores determinantes de uma situação) para se pensar o lugar das políticas de saúde, enquanto ações voltadas “à redução da mortalidade e da morbidade” (p. 14). E esse questionamento do “lugar” da política de saúde é tarefa que cabe, no CENDES-OPAS, à etapa do diagnóstico.

Outra tarefa apontada dentro do diagnóstico é o processo de levantamento de informações sobre os aspectos considerados como essenciais e mais relevantes para a atividade a ser programada. Os autores trazem, como exemplo para a área da saúde:

averiguar (...) que população dispõe de água potável, quantos hospitais existem, que capacidade têm, qual é o grau de utilização de seus recursos, de que pessoal se dispõe, que danos são os mais frequentes, qual é a população e sua estrutura de idades, etc. Alguns desses fatores terão se modificado ao longo do tempo, e convirá saber em que quantia e direção o fizeram. (CENDES-OPAS, 1965, p. 14.)

A outra tarefa do diagnóstico é voltada à estimativa da continuidade de ocorrência de uma situação em semelhança a situações passadas, “supondo-se que não se modifique a política que se aplica na atualidade” (p. 14). A essa tarefa chama-se prognóstico, que é discutido no texto de uma maneira muito própria ao estilo do CENDES-OPAS, com nuances lógicas sutis:

Os esforços de elaborar um prognóstico são sempre considerados com ceticismo, mas ele deriva da falta de compreensão do seguinte fato básico: sempre que se toma uma decisão sobre ações de efeito prolongado se faz um prognóstico, implícito ou explícito. (...) Sendo assim, é óbvio que é preferível fazer explícito o prognóstico, pois ele tem a vantagem de por em evidência os pressupostos em que se baseia. Além disso, a previsão nunca se coloca em termos de que tal coisa ocorrerá, senão em termos de que se “A” ocorre provavelmente resultará “B”, como consequência de hipóteses razoáveis. (CENDES-OPAS, 1965, p. 15.)

Na conclusão da etapa do diagnóstico encontra-se a avaliação da situação, que pode ser tratada como *satisfatória* ou *insatisfatória*, em comparação a um padrão de referência, determinado pelo “máximo valor obtível com os recursos dados” (p. 15). Aqui, volta-se a aplicar o princípio básico de comparação entre situações/cenários distintos, como trazido no texto:

Haverá que investigar como estão distribuídos os recursos nas distintas subatividades que a compõem, quais são as técnicas que se aplicam em cada caso e em que medida se estão aproveitando cada um dos instrumentos disponíveis. Logo, haverá que comparar o resultado que se obteria, em termos de mortalidade e morbidade, se os recursos fossem alocados de forma diferente, se se empregasse a plena capacidade e se substituíssem as técnicas ineficientes. (CENDES-OPAS, 1965, p. 15.)

Obviamente que essa comparação só poderia ser efetuada de forma adequada de maneira retroativa, após a execução do plano/programa. Entretanto, perante esse argumento, os autores respondem que “na etapa do diagnóstico o programador pode formar uma ideia bastante aproximada da ordem de magnitude da diferença” (p. 15). Diferença essa que pode modular a decisão sobre as escolhas e que, portanto, é relevante de ser realizada previamente, ainda que com restrições.

A segunda etapa do processo programático refere-se à “*programação propriamente dita*” e é, provavelmente, a mais relevante para a reflexão sobre a programação da saúde no SUS. A essa etapa cabe exatamente a preparação dos “planos de ação” que, na visão do CENDES-OPAS, deveriam ser apresentados à autoridade política para que se procedesse a decisão sobre o que fazer. Portanto, nessa visão, “várias alternativas” deveriam ser elaboradas, “pois cada uma tem implicações de caráter político sobre as quais o programador não pode decidir” (p. 16). Essa perspectiva destaca claramente a perspectiva de distinção entre o *técnico* e o *político* no âmbito do documento, tão criticada posteriormente.

Três tarefas são elencadas para essa elaboração do programa

a) estimar os recursos reais e financeiros de que se disporá ano a ano durante o período do plano; b) decidir as metas em cuja obtenção serão empregados esses recursos, e c) selecionar os instrumentos que serão empregados. (CENDES-OPAS, 1965, p. 16.)

Para a estimativa dos recursos, prevê-se que estejam apresentados ao programador todos os recursos de que ele poderá dispor no processo de programação, com o inventário inicial dos recursos mais aqueles que serão agregados e menos os que serão perdidos.

Posteriormente, quanto à decisão do emprego dos recursos, prevê-se o uso da mesma norma geral já referida antes, a de “obtenção de um máximo de produto (objetivo) por unidade de recurso empregado” (p. 16). A certeza do cumprimento dessa meta, diz o texto, virá com a análise da impossibilidade do aumento do produto com a transferência dos

recursos entre um ou outro uso – *uso*, neste caso, identificado com *enfermidade* ou *dano à saúde*. Portanto, o problema se traduziria na forma de “alocar os recursos disponíveis ano a ano para combater os distintos danos” (p. 16).

Esse método se inicia com a alocação arbitrária do recurso entre os danos chamados reduzíveis e aqueles não reduzíveis, fruto da análise da vulnerabilidade dos mesmos. Essa alocação é necessária posto que realizada entre atividades não homogeneizáveis entre si, e deve partir, no caso dos danos não reduzíveis, de uma projeção do quantitativo desses casos e do custo por caso (obtido por normalização dos instrumentos e substituição de técnicas ineficientes). Uma vez obtido o total de recursos a ser alocado para os danos não reduzíveis, o restante é destinado aos danos reduzíveis, segundo um critério de eficiência no consumo de recursos para cada morte evitável. O dano com menor custo para ser reduzido recebe a alocação de recursos em primeiro lugar, até ser reduzido “ao nível que permite a técnica mais eficiente” (p. 16), para então se passar ao segundo dano reduzível (em termos de custo), e assim sucessivamente.

Para viabilizar esse método, destacam os autores, é necessário um grande esforço de geração de conhecimentos no campo da saúde, com a produção da estimativa de custos por morte evitada para cada dano reduzível, e dos custos de cada caso tratado para os danos não reduzíveis. E, obviamente, há a consideração de que esses custos podem/devem seguir uma tendência negativa no decorrer do tempo, como resultado da sistemática utilização da programação e uma conseqüente melhoria da “eficiência no uso dos recursos que se empregam para combater cada dano” (p. 17).

Segundo o documento, “ao elaborar o diagnóstico se comprovará se os recursos estão ou não bem instrumentalizados” (p. 17), e essa avaliação terá que ser acompanhada da fixação, para cada um dos danos, de metas de rendimento e eficiência no uso dos recursos. Essas metas, por sua vez, servirão para o cômputo dos custos, a serem divididos entre os correntes e de operação (tratados no SUS como custeio) e os de inversão (tratados como investimentos).

Na síntese dos autores, o produto do processo de construção dessas operações geraria, para cada um dos anos do plano:

- a) a quantia total de recursos financeiros que espera receber a atividade (...); b) a maneira como serão distribuídos esses recursos e aqueles com que já contava a atividade, entre os danos não reduzíveis por uma parte e os reduzíveis por outra, assim como sua distribuição dano por dano ou por subgrupos dentro de cada categoria; c) em que serão gastos os recursos financeiros, distinguido entre gastos de operação e de investimento (...); d) as metas de normalização que se pretende alcançar ano a ano e os custos unitários correspondentes a cada caso tratado e a cada

morte evitada, e e) a redução que se espera obter na mortalidade e no custo de cada caso tratado por dano não reduzível. (CENDES-OPAS, 1965, p. 18.)

O terceiro item do “processo programático” apresentado no texto é o referente à “discussão e a decisão”, em que é apresentada a “tramitação” esperada para o plano de saúde até seu processo de aprovação. Sinteticamente, apresenta-se a escala hierárquica de aprovação do plano, que deve passar, sequencialmente: pela “autoridade planejadora” (uma “unidade central de planificação”), pelas “altas autoridades políticas do setor saúde”, pelo Presidente e pelo Conselho de Ministros e, enfim, pelo Poder Legislativo.

Este item é provavelmente o que menos utilidade tem no documento do CENDES-OPAS para os dias atuais, porque trata de um processo que é dependente dos fluxos e regramentos de cada ente federado e cada país, além de estar centrado de forma demasiado dicotômica na distinção entre as esferas técnica e política.

Como conclusão das etapas do “processo programático”, o CENDES-OPAS traz “a execução, o controle e a revisão”. Nesta etapa é tratada brevemente a importância de “uma boa administração” (p. 20), ou, nos termos do SUS, uma boa gestão. Os autores consideram, em sintonia com as compreensões atuais, que “planificar (...) não consiste em elaborar um documento. Trata-se de um processo permanente” (p. 20).

Essa compreensão é a que respalda a necessidade de existência do controle e da avaliação, aos quais cabe o processo de gestão e análise das informações, como forma de indicação do cumprimento das metas e, em caso de não cumprimento, do apontamento das causas desse não cumprimento.

Encerrando a apresentação dos autores quanto ao processo programático, o texto reflete que

o grau de execução do plano está estreitamente relacionado com o grau de participação direta dos executores em sua elaboração. Isto é tão importante que pode ser elevado à categoria de um princípio da planificação. (CENDES-OPAS, 1965, p. 20.)

2.2. CRÍTICAS AO CENDES-OPAS

Como consequência das limitações existentes na literatura sobre a programação na saúde, apresentada na Metodologia, as críticas ao CENDES-OPAS serão apresentadas de forma sintética, a partir das contribuições de dois autores de grande relevância para o debate sobre a programação da saúde na América Latina, Mario Testa e Javier Uribe Rivera.

2.2.1. CRÍTICAS DE MARIO TESTA

Mario Testa é um autor essencial para qualquer debate sobre o planejamento em saúde na América Latina. Sua trajetória profissional e intelectual pode ser considerada um retrato vivo da constituição, consolidação, crítica e reconfiguração do campo do planejamento. Em sua carreira profissional trabalhou no CENDES, no *Centro Panamericano de Planificación de la Salud* (CPPS), na Organização Panamericana de Saúde, na Faculdade de Ciências da Saúde de Buenos Aires, no Centro de Estudos Médicos e Sociais de Rosario, na Universidade de Lannús, dentre outros (RIVERA, 1992). Nesse trajeto, participou ativamente da elaboração do método CENDES-OPAS, como um de seus autores principais, contribuiu com a elaboração do documento *Formulación de Políticas de Salud*, do CPPS, elaborou uma das primeiras críticas (autocrítica) ao CENDES-OPAS, envolveu-se na produção do debate sobre o pensamento estratégico, como um dos principais responsáveis pela inserção da categoria *poder* no setor saúde e avançou, a partir da década de 1990 nas proposições do chamado pensamento estratégico e na preocupação cada vez maior com a formação de sujeitos sociais (TESTA, 1992; 1995; SPINELLI & TESTA, 2005).

Neste momento, serão apresentadas as críticas de Testa ao CENDES-OPAS, de fundamental importância para a compreensão das críticas necessárias ainda hoje a qualquer teoria de programação da saúde, uma vez que foi elaborada por alguém que participou da construção do método desde sua concepção, e contribuiu amplamente para a divulgação e utilização do método para além do próprio documento publicado (a publicação científica n.º 111 da OPAS), em cursos, seminários, oficinas, investigações e consultorias em diversos países. A principal referência para a apresentação das críticas de Testa ao CENDES-OPAS será o texto *Autocrítica*, que compõe o livro *Pensar em Saúde* (TESTA, 1992).

É pertinente referir que Testa apresenta sua (auto)crítica em três dimensões: a crítica técnica, a crítica tecnocrática e a crítica ao movimento popular, no qual se engajou a partir de seu retorno à Argentina, em 1971. Cada uma delas será agora apresentada.

A crítica técnica é a que se volta mais claramente para o questionamento da proposta do método CENDES-OPAS, tratando do mérito das questões apontadas pelo documento, mas também de outras questões incorporadas ao método a partir de sua divulgação.

Em primeiro lugar, Testa considera que houve uma “translação demasiado rígida do método que era utilizado no planejamento econômico” (TESTA, 1992, p. 23) para o campo da saúde. E assevera que essa translação pressupunha a inexistência de especificidades do campo da saúde quando comparada ao “domínio do econômico” (p. 23), o que, para o autor,

configura-se como uma das causas dos problemas surgidos com a (tentativa de) utilização do método.

No plano mais estritamente sanitário, Testa reapresenta sinteticamente as questões centrais da proposta, e analisa-as separadamente. Quanto ao diagnóstico da situação, o autor discute cada um de seus três eixos estruturantes: 1. a análise dos danos e seus fatores condicionantes; 2. a análise dos recursos, considerando sua instrumentação e respectivos rendimentos e 3. a análise do processo de destinação de recursos aos danos.

No primeiro item do diagnóstico analisado (a análise dos danos e seus fatores condicionantes), Testa critica a fragilidade das concepções epidemiológicas que ampararam a agregação das doenças (da classificação internacional de doenças) em cerca de trinta danos, a partir de “critérios aproximados de homogeneidade epidemiológica” ou “cadeias semelhantes na produção de cada uma das enfermidades” (p. 24). Para o autor, essa forma “frouxa” de tratamento do processo de agregação das doenças em danos resultava na perda da possibilidade de consideração rigorosa das causas das mesmas, já que se amparava em uma noção pouco clara e limitada, a dos chamados “fatores condicionantes”.

Quanto à segunda análise presente no processo de diagnóstico da situação, a análise dos recursos, baseada no conceito de instrumentação, Testa atenua suas críticas, referindo que este ponto “era e continua sendo o mais válido da proposta” (p. 24). Nas palavras do autor:

Uma vez definido certo processo de trabalho para realizar uma atividade, ficam também definidos os recursos para levá-la a cabo; se a tecnologia ou o processo mudarem, retificam-se também as proporções dos recursos que o compõem. Essa relação pode ser normatizada, redesenhada ou modificada paulatinamente, para se aproximar de algo ótimo, mas sua lógica, a da proporcionalidade, não muda. É isso que faz do cálculo dos recursos o núcleo sólido de qualquer proposta de planejamento tradicional, não só no campo da saúde. (TESTA, 1992, p. 24.)

No tocante ao terceiro item do processo de diagnóstico, a “destinação de recursos aos danos”, a crítica de Testa centra-se na dificuldade de operacionalização dessa parte da proposta. O autor considera que esse processo de destinação, ainda que conceitualmente simples, era demasiado complexo na prática, pois havia muitos parâmetros a serem analisados, alguns dos quais de difícil execução.

Entretanto, ainda mais relevante que as críticas apresentadas até agora (especialmente aos itens 1 e 3 do diagnóstico) é a crítica ao processo de síntese do diagnóstico baseado nas três dimensões da análise elaboradas. Para o autor, essa síntese, que se propunha estritamente quantitativa, transformava-se em uma avaliação de “um quadro de números que não expressavam nenhuma realidade”, um “difícil exercício” considerado “estéril e ridículo”, pois que derivava das “imprecisões, vieses e erros” (p. 24) cometidos nas etapas anteriores. Essas

imprecisões e vieses eram fruto da falta de confiabilidade dos registros de mortalidade e da desconsideração, na prática do método, da morbidade (apesar do discurso apresentado no documento).

Na continuação da (auto)crítica técnica, Testa passa a analisar o processo de formulação de planos que se seguia à realização do diagnóstico. Relembrando, esse processo era metodologicamente apresentado também em três passos: 1. a seleção das prioridades (a partir do ordenamento dos danos); 2. a redistribuição dos recursos nos instrumentos, e a normalização destes e 3. a redistribuição dos novos instrumentos normalizados aos danos priorizados.

Quanto à seleção das prioridades, a crítica de Testa é apresentada em relação a cada uma das variáveis necessárias para a viabilização desta etapa: a magnitude, a transcendência, a vulnerabilidade e o custo – já que, relembrando, a definição qualitativa das prioridades se dava pela multiplicação das três primeiras variáveis e divisão pela quarta variável.

Para a magnitude, a crítica é relativa à distinção entre os procedimentos orientados no documento do CENDES-OPAS (o discurso da proposta) e sua “expressão em seu conteúdo concreto” (p. 26), a prática do método. Apesar da necessidade de relevância apontada no texto do informe para a morbidade (doenças/danos não-letais), houve apenas consideração da mortalidade no processo de hierarquização dos danos. Assim, os danos não letais acabaram por ter prioridade nula, o que, na prática, os excluía do processo de programação, gerando uma insuficiência importantíssima para seu uso em situações concretas.

A outra variável utilizada no processo de seleção das prioridades, a transcendência, enquanto análise do “valor social que era atribuído ao grupo mais afetado pelo dano” (p. 25), era, segundo o autor, moldada pela estimativa de impacto dos danos para as atividades laborais, como cálculo da perda de horas de trabalho. Dessa forma, tornava-se inviável para a análise de faixas etárias extremas – idosos e crianças, não pertencentes ao mercado de trabalho – e acabou não sendo utilizada na formulação dos planos (de acordo com Testa).

A vulnerabilidade, por sua vez, é criticada pelo autor em dois aspectos. Primeiro, quanto à dificuldade de elaborar parâmetros para avaliação/gradação dos danos redutíveis (aqueles que não sejam nem irredutíveis nem erradicáveis, mas que estejam em uma situação intermediária entre esses dois). Segundo, quanto à prioridade nula que acabava por ser destinada aos danos irredutíveis (já que teriam uma vulnerabilidade igual a zero, ou $V=0$), tão contraditória como a ausência de consideração dos danos não-letais, apresentada acima.

Por fim, no processo de definição das prioridades para a elaboração do plano, Testa tece seus comentários sobre a variável custo – entendida como “o gasto necessário para evitar

uma morte” (p. 26). Para o autor, a fragilidade desta variável reside na extrema complexidade de sua estimativa, a tal ponto que o levam a compará-la a um “jogo de azar”, com “intrincados labirintos processuais” e “acúmulo de erros” (p. 26). Essa complexidade é devida à necessidade de cálculo do valor de cada ação (altamente desagregada) isoladamente, com estimativa de sua eficácia e letalidade, além da estimativa e comparação entre cada uma das técnicas possíveis, bem como suas combinações.

Na sequência da análise do autor sobre o processo de formulação do plano, passa-se do primeiro passo, a seleção das prioridades (a partir do ordenamento dos danos) para o passo 2, a redistribuição dos recursos nos instrumentos, e a normalização destes. À semelhança dos comentários feitos à segunda etapa do diagnóstico da situação (a instrumentação dos recursos), Testa poupa também o processo de normalização dos instrumentos e das atividades de maiores críticas (ao menos no aspecto técnico da análise).

Apresenta, portanto, apenas duas observações pontuais. A primeira, sobre a forma de fixação das metas anuais, como um meio termo linear entre uma situação objetivo (a ser atingida no final da execução do plano) e uma situação inicial (o momento de elaboração do diagnóstico). E a segunda, que refere como “dificuldades (...) menores e facilmente remediáveis” (p. 27), mas não detalha, e é relativa “aos procedimentos intermediários e as metas de atividades” (p. 27).

Entretanto, no tocante ao terceiro passo para a elaboração do plano, a redistribuição dos novos instrumentos normalizados aos danos priorizados, Testa volta a carregar na (auto)crítica, já que considera que a esta etapa “confluem o conjunto das dificuldades, desvios e erros apontados até agora” (p. 27). E mais, atribui também a este momento um problema adicional, a dificuldade, quase intransponível (em especial para os países “latino-americanos subdesenvolvidos e dependentes”) de definição do “cálculo em termos reais”, ou seja, a “expressão financeira a preços correntes, os únicos válidos para formular orçamentos” (p. 27). Essa nova dificuldade deriva das taxas elevadas de inflação e da distorção no “esquema de preços relativos” (p. 27), que transformariam os cálculos anteriores (de recursos reais e de danos) em um “orçamento-ficção”, nas palavras do autor.

Como conclusão da crítica técnica, Testa destaca sua percepção dos “desvios à margem do procedimento metodológico, que ficaram nas mãos dos políticos” (p. 27), e que aparecem no documento do CENDES-OPAS como respostas *ad-hoc* às dificuldades surgidas com a aplicação exclusiva do método proposto. Dentre esses “desvios”, essas respostas *ad-hoc* dos políticos, estava a “responsabilidade de decidir tudo aquilo que o plano não contemplava” (p. 27). Aqui apareciam, por exemplo: o volume de recursos a ser destinado ao

setor saúde, o grau de prioridade a ser dedicado às doenças não erradicáveis, as decisões sobre inversões/investimentos e a distribuição interregional, dentre outras. Dessa forma, para o autor, “todos estes critérios adicionais ao núcleo conceptual metodológico lançavam – cada um deles – uma vez mais por terra a viabilidade da formulação proposta” (p. 27).

Posteriormente à crítica técnica, Testa dedica-se a expor o que chama de “a crítica tecnocrática”. Essa crítica não é referente ao documento do CENDES-OPAS em si, mas sim à utilização de seu conteúdo nos cursos, nos processos de investigação e de assessoria. Essa utilização antecedeu a data de publicação do documento e também a sucedeu, durando de 1962 até (ao menos) 1968. Nesse período, o documento original foi enriquecido com a incorporação de dois enfoques não contemplados na versão original: um enfoque institucional e um enfoque político. Para Testa, entretanto, apesar dos ganhos obtidos com a incorporação desses dois novos aspectos, houve a transformação da “técnica do planejamento de saúde em uma formulação tecnocrática, isto é, em uma técnica que implica mais uma autoridade do que um poder de decisão” (p. 28).

Mas tratemos do mérito de cada um dos novos enfoques, o institucional e o político, para Mario Testa. Quanto ao aspecto institucional, a proposta tratava de analisar o comportamento das instituições quanto à produção de atividades e execução orçamentária ao longo do tempo, mas não fazia referência a elementos especificamente organizacionais. Tratava-se apenas de um processo de descrição. Para Testa, portanto, havia uma “insuficiência da visão administrativa” e uma “carência de uma visão atual sobre o funcionamento organizacional” (p. 28), consideradas à época, para o autor, como questões “menores ou secundárias” (p. 28).

No tocante ao aspecto político, Testa traz dois destaques: a utilização do político “em seu verdadeiro caráter de conflito”, e o “enfoque sistêmico” (p. 28) apresentado pela proposta. Esses destaques, porém, eram minimizados quando se considerava o que o autor chamou de “o objetivo confessado com que era feito, a busca de apoio para as decisões que o governo toma” (p. 28). E, assim, a utilização do político enquanto conflito da sociedade não como um dado em si, um fenômeno, “mas como uma manifestação que devia ser manipulada para viabilizar decisões; era a busca do equilíbrio funcional” (p. 28). Em suma, apesar de sistêmica, uma visão funcionalista que acabava por reiterar a perspectiva tecnocrática.

A última perspectiva de crítica apontada por Testa refere-se a uma análise em termos do processo histórico que se desenrolou na Argentina (e, de forma semelhante, nos demais países da América Latina), e do papel ocupado pelo movimento popular na construção desta história. Essa é a crítica de caráter mais filosófico-epistemológico, e que é trazida pelo autor

como análise de erros que não podem ser desprezados no processo de reconstrução de um pensamento sobre a saúde.

Desses erros é destacado um central, apontado por Testa como a separação do científico do político, que é apresentado nos seguintes termos:

Quando rechaçamos o científico como tecnocrático, voltamo-nos para a política como forma antagônica daquele, sem nos darmos conta daquilo que as fases anteriores nos estavam por diante dos olhos: que o científico e o político são verso e reverso de uma inseparável moeda, cuja cara ou coroa são apenas as formas de apresentação assumidas em circunstâncias diferentes, e que não entendê-lo assim leva a cometer erros em ambos os terrenos. E cometemos erros. Erros que levaram ao sofrimento – de nós mesmos e de outros a quem arrastamos no erro – que não pode mais ser afastado de nossas vidas. (TESTA, 1992, p. 29.)

Por essa razão, Testa dedica uma parte relevante de sua produção teórica tanto à reflexão sobre o poder, a estratégia e a política quanto às ciências, às teorias e à epistemologia (TESTA, 1992; 1995; 1997).

2.2.2. CRÍTICAS DE JAVIER URIBE RIVERA

As críticas apresentadas por Francisco Javier Uribe Rivera (1982; 1992), seja por sua adequação e pertinência histórica (em fins da década de 1980, momento de efervescência do Movimento da Reforma Sanitária brasileira), como uma das primeiras críticas ao CENDES-OPAS de dentro do próprio setor saúde, seja pela consistência, profundidade e amplitude, merecem uma apresentação à parte como um relevante conjunto de críticas e contribuições a uma teoria da programação após o CENDES-OPAS.

Dessa maneira, pode-se considerar que, apesar de outras produções teóricas anteriores e da introdução da categoria *poder* na discussão do planejamento em saúde, apenas a partir de fins da década de 1980, especialmente com a produção teórica de Rivera (e, obviamente, Carlos Matus e Mario Testa), é que passa a existir uma crítica mais consistente da programação da saúde, com debate e consideração (essenciais, como vem sendo argumentado aqui) da produção do CENDES-OPAS.

Em primeiro lugar, vale a explicitação do posicionamento de Rivera sobre a visão dicotômica sobre os enfoques normativo e estratégico. O texto do autor é claro o suficiente para ser apresentado sem necessidade de adaptação:

Julgamos que esta contradição (normativo-estratégico) não assume o caráter de uma polaridade absoluta e insuperável, isto é, não configura uma situação que somente se resolva pela exclusão de algum pólo, por exemplo do normativo. Trabalhamos a ideia de que a planificação em saúde obedece a uma concepção de racionalidade de natureza macroscópica ou plural, constituída de vários mundos, problemáticas e formas de intervenção diferenciados e, no entanto, necessários e integrados. Assim, não haveria contradição insanável entre o normativo e o estratégico, mas uma

remetência mútua, conquanto o estratégico venha a superar o normativo, englobando-o, parcialmente. Rigorosamente, a crítica ao normativo só procederia quando este excluísse a perspectiva estratégica e vice-versa. Seria mais uma crítica pela absolutização de um pólo do dilema e pela exclusão do outro, do que uma crítica absoluta à própria validade interna do enfoque. (RIVERA, 1992, p. 09.)

Rivera refere que quando se trata da “programação local tradicional” há uma invariável referência ao método CENDES-OPAS, “por ser esse método talvez a única expressão acabada de um enfoque normativo da programação no setor saúde” (RIVERA, 1992, p. 180), e passa a enumerar um conjunto de dez características da visão normativa do planejamento, que bem sintetizam sua crítica. Essas críticas reiteram a visão do autor sobre a injustificável separação entre planejamento e programação, seja como percepção de uma sequência temporal rígida, seja como a proposição de níveis hierárquico-organizacionais, em que o nível superior caberia à política e o nível inferior à técnica. A seguir são apresentadas essas dez características.

Em primeiro lugar, Rivera denuncia que programação tradicional isenta-se de seu papel de redistribuição de recursos no setor por meio da regulação sanitária a partir do momento que se centra no “ideal de crescimento e da produtividade” (p. 180) em detrimento da equidade. Essa afirmação baseia-se na análise da centralidade que a utilização dos critérios de eficiência na alocação de recursos escassos toma no enfoque normativo, que acaba por se caracterizar como uma “técnica de estimativa de recursos e de otimização econômica” (p. 180), o que – segundo o autor – a aproxima de enfoques baseados “na mera oferta de recursos”, em lugar da análise das necessidades de saúde.

A segunda característica “limitativa” apresentada por Rivera em sua crítica da programação local tradicional é a forma como essa programação trata os dados políticos, institucionais e tecnológicos. Segundo o autor, esses dados são tratados no enfoque normativo como “referências preexistentes” (p. 181), externas e anteriores ao processo de programação. Essa concepção reforça a percepção da programação como “um nível de menor agregação da função planejamento”, para o qual cabe uma função “predominantemente técnica”, distante da análise de viabilidade política. Nas palavras do autor:

O político é definido como um dado que antecede e se superpõe à programação, condicionando seus parâmetros. Esse reducionismo tecnocrático da programação se prende ao uso rígido do conceito de etapa e de sequência, uso que no planejamento tradicional equivale à visão de fases que acontecem antes e depois, em um espaço temporal absoluto. (RIVERA, 1992, p. 181.)

O terceiro elemento da crítica de Rivera à programação no enfoque normativo diz respeito à forma de aproximação dessa programação à questão das necessidades de saúde. Na análise do autor, a programação tradicional “reduz as necessidades ao plano setorial ou das condições de saúde” (p. 181) a partir do momento que trata a questão das necessidades por

meio da avaliação dos danos de saúde. Essa limitação, de acordo com Rivera, traduz-se em uma incapacidade em conhecer e explicar os fenômenos sanitários, permitindo apenas que se possa percebê-los, e é resultado da inexistência de um “modelo de determinação causal que permita a compreensão da realidade pela mediação de níveis de determinação essencial” (p. 181).

A quarta crítica é voltada para a concepção do método CENDES-OPAS sobre a otimização de recursos. Segundo o autor, a forma de otimização proposta pelo método faz com que se trabalhe com “recursos abstratos”, a partir do momento em que se utiliza o processo de normatização instrumental para a organização dos mesmos. Esse processo gera, na visão de Rivera, uma “descaracterização político-institucional do atendimento” (p. 181), descontextualizando-o e produzindo uma dificuldade para a análise e explicação de seus determinantes históricos e institucionais, já que promove uma uniformização das “diferentes instâncias institucionais que conformam o sistema” (p. 181).

A quinta característica analisada por Rivera diz respeito mais às utilizações do método CENDES-OPAS enquanto instrumento de programação local do que ao próprio documento que apresenta o método. Para o autor, o método foi utilizado preferencialmente enquanto técnica de estimativa de recursos em um âmbito local, tomando como objeto prioritário as unidades locais de saúde, de forma dissociada da programação regional, de rede, ou dos demais níveis de “complexidade tecnológica que compõem um sistema local ou regional” (p. 181). Essa dissociação, para Rivera, pode gerar uma séria limitação da eficiência, com falta de integração e duplicidade, uma vez que amplia o risco de uma “assincronicidade estrutural da rede” (p. 181).

Na sexta análise da programação local tradicional, Rivera aponta para a limitação que surge ao se focar em problemas sanitários programáveis de forma exclusiva no âmbito setorial. Essa limitação, traduzida em aberturas programáticas centradas na morbidade, na composição etária e de gênero da população e em ações sanitárias altamente desagregadas, desconsidera que os problemas sanitários atravessam os setores e que a utilização de um “conceito operacional de programa setorial sobre o conceito amplo de problema” (p. 182) – que poderia ser fruto de um conceito ampliado de saúde – subsume um amplo conjunto de implicações, em última instância negligenciadas pelo método.

O sétimo aspecto da crítica de Rivera é voltado para sua avaliação sobre o aparente desconhecimento, por parte dos programadores tradicionais, do “papel dos atores sociais na formulação e implementação” da programação, que resulta da compreensão cientificista do método. Nas palavras do autor:

A presunção de que um único ator programa e que este autor o faz apoiado na objetividade da ciência, o que provoca um alheamento do ator da realidade que programa, tem como resultado uma abordagem do diagnóstico e de outras “fases” da programação, que se destaca pelo monolitismo e a inflexibilidade. Esta rigidez normativa é a causa talvez mais importante do fracasso dos documentos de programação. (RIVERA, 1992, p. 182.)

Rivera tece comentários sobre a perspectiva de aproximação a um critério de eficácia (e não somente de eficiência) na produção de melhores condições de saúde. Assim, critica como obstáculos à definição e priorização de problemas a “indefinição de uma intencionalidade que tenha como alvo o sistema de serviços” (p. 182) e o “emprego exclusivo e implícito de uma situação-objetivo no espaço das condições de saúde” (p. 182). A referida falta de foco no sistema de serviços seria justificada pela dissociação entre o técnico e o político e a utilização implícita da situação-objetivo estaria representada pela prevenção, ao menor preço, de um maior número possível de mortes.

A penúltima análise do autor sobre a programação local tradicional refere-se à excessiva centralização técnica das experiências de programação, resultado de experiências políticas singulares, mas também das características metodológicas dos enfoques tradicionais de programação. Para o autor,

não se tem dado a necessária prioridade à criação de um sistema absolutamente descentralizado de programação, que possibilite a participação efetiva da população na geração da informação e da linguagem dos programas. (RIVERA, 1992, p. 183.)

A última crítica de Rivera refere-se à linguagem do processo de programação, e dos sistemas de planejamento em geral. Para o autor, há nesses sistemas de planejamento normativo uma pobreza da linguagem que se reflete na existência apenas de informações quantitativas e na “ausência de informação qualitativa ou de afirmações de qualidade (que traduzem conceitos sobre o político e o social)” (p. 183). As reflexões do autor, que podem ser consideradas um embrião de sua produção teórica posterior (sobre o planejamento comunicativo, com influência da produção teórica de Jürgen Habermas) são expressas da seguinte maneira:

A maior qualificação da linguagem e sua simplificação (o que subentende uma tarefa cultural) foram exigências escamoteadas pela técnica programática na medida em que não havia uma compreensão do planejamento enquanto um sistema comunicacional (que abre ou fecha espaços de participação e de conhecimento-ação). (RIVERA, 1992, p. 183.)

Essas críticas de Rivera representam, enfim, um esforço de síntese das características centrais que limitam a programação (ou o planejamento normativo como um todo, para o autor) e são a base para a elaboração de respostas/alternativas aos sistemas tradicionais de planejamento, classicamente contrapostos com a produção dos enfoques ditos estratégicos.

3. A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) será trabalhada neste capítulo em três abordagens: a apresentação de sua presença nos textos normativos do SUS, a descrição de seu método de programação e, de forma sintética, a análise de sua ocorrência na literatura em saúde.

3.1. A PPI NOS TEXTOS NORMATIVOS DO SUS

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) apareceu nas normas e portarias do SUS em três versões: foi proposta inicialmente na Norma Operacional Básica 01, de 1996 (publicada pela portaria GM/MS n.º 2.203, de 03 de novembro de 1996), reformulou-se com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS 01/01 e 01/02), e foi reeditada com a publicação do Pacto pela Saúde (portaria GM/MS n.º 399/2006).

Para o detalhamento da PPI houve ainda a edição de três portarias específicas sobre o assunto. No âmbito da NOAS 01/01, a portaria GM/MS n.º 483, de 06 de abril de 2001, com a NOAS 01/02, a portaria GM/MS n.º 1.020, de 31 de maio de 2002 e, com o Pacto pela Saúde, a portaria GM/MS n.º 1.097, de 22 de maio de 2006 (em vigor).

3.1.1. A PPI NA NOB 96

Primeira vez em que apareceu em texto oficial, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi apresentada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) em apenas seis parágrafos, como um desdobramento do item “Programação, Controle, Avaliação e Auditoria”.

Foi descrita como “um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo” (BRASIL, 1996), e trazia no escopo das atividades a assistência ambulatorial e hospitalar, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e controle de doenças.

Essa programação foi tratada como uma consequência da relação entre os gestores municipais, mediada pelo gestor estadual, que se traduziu em responsabilidades dos

municípios com a garantia de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, podendo esse acesso se dar nos próprios territórios ou em outros municípios, por meio de encaminhamentos.

Havia no texto da NOB 96 um reforço dos princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, bem como uma ênfase na necessidade de respeito à autonomia de cada gestor, que era responsável pela elaboração de sua própria programação e encaminhamento da mesma ao Conselho Municipal de Saúde. Ao estado cabia, então, a harmonização e compatibilização das programações municipais, com incorporação das “ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB [Comissão Intergestores Bipartite], cujo resultado é deliberado no CES [Conselho Estadual de Saúde]” (BRASIL, 1996). À União cabia a definição das normas, critérios e instrumentos, assim como a definição dos prazos e a aprovação da programação de ações sob seu controle, com negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberação do resultado final pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, havia na norma a previsão de que as Comissões Intergestores (CIB e CIT) fossem as responsáveis pela definição de critérios e parâmetros de programação, que deviam ser aprovados pelos respectivos Conselhos. E, dessa forma, pretendia-se que o processo se desse de maneira ascendente, com “base municipal”, e com a assunção de responsabilidades do ente estadual no sentido da “busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços” (BRASIL, 1996).

O texto relativo à PPI na NOB 96 não só estava em total sintonia com o restante da norma como a programação era apresentada como um dos instrumentos mais relevantes para atingir as finalidades de “aperfeiçoamento da gestão do SUS” e uma “reordenação do modelo de atenção”. Tanto que a NOB 96 apresentava a possibilidade de atingir as finalidades acima descritas, dentre outras formas, com

os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

(...) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade. (BRASIL, 1996.)

Já havia, portanto, na NOB 96 uma expectativa de mudança no modelo de financiamento do sistema de saúde e de investimento na epidemiologia como conhecimento essencial no processo de planejamento, ascendente e pactuado, da assistência à saúde. Ao menos no plano discursivo.

Outra questão interessante que merece destaque na NOB 96 é a definição dos campos de atenção à saúde. O texto apresentou a atenção à saúde como “todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais” (BRASIL, 1996), e subdividiu a atenção em três grandes campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde. Na assistência, incluiu as atividades dirigidas às pessoas, “individual ou coletivamente”, prestadas “no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar” (BRASIL, 1996).

O texto da norma foi cuidadoso ao referir que nos campos citados consideravam-se enquadrados os três níveis de atenção, a promoção, a proteção e a recuperação, apresentando destaque à necessária priorização, em todos os níveis, do caráter preventivo das ações de saúde.

Essa definição dos campos de atenção à saúde apresentados pela NOB 96 torna-se mais relevante quando se enfatiza que havia nessa primeira proposição da PPI a pretensão de que ela pudesse “integrar no seu bojo as diversas áreas e ações” (BRASIL, 2006 d, p. 35). Ou seja, que a PPI pudesse agregar ao menos os campos da assistência e das intervenções ambientais, mais internos ao próprio setor saúde. E, de fato, é assim que a NOB 96 apresentou a PPI. Entretanto, com o passar do tempo, de acordo com as próprias palavras do Manual da PPI da Assistência em Saúde (BRASIL, 2006 d),

diversas contingências e resistências a essa integração resultaram em iniciativas isoladas de programação na assistência (PPI da Assistência), na Vigilância em Saúde (PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças) e na ANVISA (PPI da Vigilância Sanitária). A PPI ECD e a da ANVISA foram posteriormente unificadas na PPI VS. (BRASIL, 2006 d, p. 35.)

Assim, a intenção inicial de integração, de grande relevância para uma perspectiva de integralidade, não se sustentou. Atualmente, embora haja esforços no sentido de aproximação da PPI da Vigilância e da PPI da Assistência, permanece a existência em separado de cada um desses instrumentos.

Em suma, com a NOB 96 surge a PPI, tratada como “o principal instrumento formalizador das relações” (BRASIL, 2007, p. 22) entre os gestores e propondo a existência integrada de programação da atenção à saúde, com um discurso que propõe sua construção ascendente, de base municipal, a partir de critérios e parâmetros pactuados nas Comissões Intergestores e com necessidade de sua aprovação nos Conselhos de Saúde. Não há, naquela norma, o detalhamento de instrumentos para a programação, e nem sequer houve uma resposta massiva dos municípios e estados com a produção de suas programações.

3.1.2. A PPI NAS NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)

Com o acúmulo de experiências da implantação da PPI em alguns estados sob orientação da NOB 96, novas normatizações federais adequaram aspectos da PPI com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) pela portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e, posteriormente, em 2002, com sua revisão – a NOAS 01/02 (portaria GM/MS n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002). Paralelamente, houve a edição de duas portarias específicas sobre a PPI: a GM/MS n.º 483, de 06 de abril de 2001, que vigorou por pouco mais de um ano, e a GM/MS n.º 1.020, de 31 de maio de 2002, que vigorou até 2006.

Essas novas normatizações deram uma configuração à PPI muito parecida com a existente hoje, e ela passou a ser apresentada de forma mais robusta, com maior regramento e mais instrumentos. Pela curta duração da NOAS 01/01, que foi substituída pela NOAS 01/02 após a incorporação de sugestões apresentadas e aprovadas na CIT pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ambas as normas serão aqui tratadas de forma integrada, apenas pela avaliação da NOAS de 2002. Quanto às portarias específicas (n.º 483/01 e n.º 1.020/02), ambas serão apresentadas com maior detalhamento, pela possibilidade de apresentarem mais elementos para o debate.

A NOAS 01/02 enfatizava a regionalização como uma tradução da diretriz constitucional de descentralização, mediante a proposição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e o reforço do papel da Programação Pactuada e Integrada – já tratada, então, como PPI da Assistência à Saúde. No texto da norma era destacado o objetivo de “busca de maior equidade” (art. 1º) na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, com a criação de “mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde” e “atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (art. 1º).

Mais detidamente, a PPI era tratada como uma tarefa de coordenação do gestor estadual, e era dividida em mecanismos distintos de programação da média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e da alta complexidade (ambulatorial e hospitalar). Era considerada

o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão. (BRASIL, 2002 a.)

A NOAS 2002 apresentou como parte do processo de programação das ações ambulatoriais de média complexidade a identificação das necessidades de saúde da população, a definição de prioridades, a aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais (respeitados os limites financeiros estaduais) e o estabelecimento de fluxos de referências entre os municípios (BRASIL, 2002 a).

Foi apresentada na norma a forma de cálculo do limite financeiro para cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de cada município, estabelecido como o valor *per capita* estadual, definido para cada grupo, multiplicado pela população do município. Na programação de internações hospitalares deveriam ser utilizados

critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população, e considerar a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre municípios. (BRASIL, 2002 a.)

Para a alta complexidade, cabia ao gestor estadual a previsão da parcela de recursos a ser gasta por cada município, seja para a população do próprio município, seja pela população referenciada. Essa programação deveria ser precedida de “estudos da distribuição regional de serviços” (BRASIL, 2002 a) e ser feita em coerência com o PDR, em âmbito regional/estadual (e/ou macrorregional), dadas as características apresentadas de “alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios” (BRASIL, 2002 a).

O capítulo II – Fortalecimento da capacidade de gestão no SUS – da NOAS 2002 apresentou como primeiro item o “Processo de Programação da Assistência”, em que discorreu sobre a PPI. Em resumo tem-se:

- A coordenação da programação da assistência à saúde em âmbito nacional cabia ao Ministério da Saúde e, no âmbito estadual, às Secretarias Estaduais de Saúde, que eram responsáveis por encaminhar suas versões consolidadas da PPI ao Ministério;
- Os estados podiam “dispor de instrumentos próprios de programação, adequados a suas especificidades”, desde que fossem “respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério”;
- Cada estado deveria estabelecer “processos e métodos” que assegurassem: sintonia das programações com a Agenda de Saúde e as Metas Nacionais, de forma negociada entre os gestores; “alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de

serviços”; a operacionalização do PDR e de “estratégias de regulação do sistema” e a “explicitação do modelo de gestão”; e

- A PPI deveria “nortear a alocação de recursos federais da assistência” entre os municípios, definindo limites financeiros para todos os municípios e para o estado, definidos como “o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal” (ou estadual).

Uma descrição mais ampliada do processo de programação da assistência nas NOAS foi apresentada nas portarias específicas sobre a PPI no contexto dessas normas, a portaria GM/MS n.º 483, de 06 de abril de 2001, e a portaria GM/MS n.º 1.020, de 31 de maio de 2002. Essas portarias apresentam conteúdo quase idêntico entre si, diferenciando-se apenas na redação de poucos parágrafos, especificamente em temas relativos ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e ao controle dos estados sobre as referências intermunicipais (BRASIL, 2002 a).

Grosso modo, as portarias da PPI da Assistência à Saúde nas NOAS apresentaram uma conceituação da PPI, os objetivos gerais do processo de programação, as diretrizes gerais que deveriam norteá-lo e os produtos que deveriam ser apresentados pelas unidades federadas ao Ministério da Saúde.

A conceituação da PPI da Assistência, quase inalterada até os dias atuais, apareceu originalmente como o artigo 1º da portaria GM/MS n.º 1.020/02, nos termos que se seguem:

a Programação Pactuada e Integrada – PPI/2002 da Assistência é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2002 b.)

Dentre os objetivos gerais do processo de programação destacam-se: a busca da equidade de acesso; a lógica de atendimento às necessidades de saúde da população; a explicitação do montante de recursos federais, estaduais e municipais destinados às ações e serviços de saúde; a consolidação dos papéis dos estados nas políticas de saúde; o fortalecimento de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, por meio da regionalização; a definição dos limites financeiros globais para a assistência e a contribuição para o desenvolvimento de processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2002 b).

Quanto às diretrizes que deveriam nortear o processo da PPI, as portarias apresentaram: I. a integração da programação no processo geral de planejamento em saúde, guardando coerência com os Planos Estadual e Municipais de Saúde, Agenda de Saúde e Quadro de Metas; II. a definição das prioridades com base no diagnóstico dos principais problemas de saúde; III. a submissão das diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros assistenciais para a programação à CIB e Conselhos de Saúde e IV. a coordenação do processo pelo gestor estadual (BRASIL, 2001 b; 2002 b).

Pragmaticamente, os gestores deveriam encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos da programação sob a forma da Agenda Estadual de Saúde e Quadro de Metas Estadual; do Limite Financeiro da Assistência; do montante dos recursos financeiros estaduais destinados ao SUS; da definição, pela CIB, da periodicidade para a revisão dos limites financeiros municipais; do quadro síntese dos critérios e parâmetros de distribuição de recursos adotados e da memória dos pactos municipais realizados com definição de metas físicas e financeiras (BRASIL, 2001 b; 2002 b).

Por fim, um destaque pertinente. Em complementação às orientações das NOAS e portarias específicas da PPI, houve a publicação do documento “Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar”, que foi referido como o documento orientador do processo de programação. Nesse documento encontravam-se os subsídios para o processo de programação e “uma proposta metodológica e alguns instrumentos de programação ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2001 c). Esse documento guarda estreitas semelhanças com um outro documento mais recente (seu “sucessor”), o “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”, e ambos serão utilizados mais à frente como substrato para a análise da PPI.

Portanto, pode-se estabelecer uma rápida síntese da PPI no contexto das NOAS. Há a proposição do fortalecimento do papel do estado na coordenação do processo, a garantia da autonomia de cada ente federado na construção dos instrumentos de programação, a articulação da sintonia de objetivos em todo o país e o estabelecimento da necessidade de definição dos tetos financeiros da assistência. Diferentemente da NOB 96, na NOAS trata-se apenas da programação *da assistência* (e não *da atenção*). E todos esses propósitos são assentados em uma lógica, ao menos discursiva, de centralidade das necessidades de saúde da população, de fortalecimento da regionalização e de clareamento e qualificação dos modelos de gestão e atenção.

3.1.3. A PPI NO PACTO PELA SAÚDE

O chamado Pacto pela Saúde foi publicado na Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dentre seus objetivos gerais encontra-se a intenção de transformação da institucionalidade do SUS, com inovação nos processos e instrumentos de gestão, em busca de maior efetividade, eficiência e qualidade das respostas do sistema. Para isso, propunha um amadurecimento no federalismo brasileiro, com perspectiva de desburocratização e redução de competências concorrentes entre os entes federados.

No bojo da reflexão do Pacto pela Saúde, as três dimensões (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) propõem-se complementares. No Pacto pela Vida trata-se das diretrizes sanitário-epidemiológicas comuns às três esferas de gestão. No Pacto em Defesa do SUS resgata-se a necessidade de repolitização do SUS e da intensificação de disputa ideológica e cultural na sociedade, assim como a urgência da garantia da regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, do financiamento seguro e permanente para a saúde e da atuação mais sistemática do legislativo “em defesa do SUS”. O Pacto de Gestão, por sua vez, trata dos instrumentos de gestão necessários para o avanço e consolidação do SUS, das diretrizes para a gestão do Sistema e das responsabilidades sanitárias das instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2006 a).

A partir do Pacto pela Saúde – e, em especial, do Pacto de Gestão –, portanto, estrutura-se uma outra iniciativa interfederada de resposta aos desafios do SUS, proposta como negociada e pactuada. Esse Pacto encontra-se sistematizado em diretrizes de: 1. Descentralização; 2. Regionalização; 3. Financiamento; 4. Planejamento; 5. Programação Pactuada e Integrada; 6. Regulação; 7. Participação e Controle Social; 8. Gestão do Trabalho e 9. Educação na Saúde (BRASIL, 2006 a).

Quanto às responsabilidades sanitárias das instâncias gestoras do SUS, por outro lado, o Pacto elenca: 1. Responsabilidades Gerais; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Participação e Controle Social; 6. Gestão do Trabalho e 7. Educação na Saúde (BRASIL, 2006 a).

Nesse contexto, a PPI sofreu novas alterações, sendo publicadas suas diretrizes gerais nas portarias do Pacto – Portarias GM/MS n.º 399/06 e 699/06 (BRASIL, 2006 b) – e uma nova portaria específica sobre a instituição da PPI no SUS – a Portaria GM/MS n.º 1.097/06 (BRASIL, 2006 c).

As portarias que formalizaram a instituição do Pacto trataram a PPI como uma das responsabilidades sanitárias dos entes federados, e passaram a apresentá-la – ao menos no texto das Portarias GM/MS n.º 399 e 699/06 – como a PPI da *Atenção em Saúde*, ou da *Assistência à Saúde*, indiferenciadamente. (Posteriormente, a portaria GM/MS n.º 1.097/06, específica sobre a PPI, volta a tratar-lhe somente como PPI *da Assistência à Saúde*.)

A PPI da Atenção foi tratada como um processo que objetivava “definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores” (BRASIL, 2006 b), explicitando os pactos de referência entre os municípios.

Em semelhança às NOAS, as principais diretrizes norteadoras do processo de PPI no Pacto (portarias GM/MS n.º 399 e 699/06) eram: a inserção no processo de planejamento, a sintonia com os planos de saúde, a flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades por parte dos gestores, a orientação por visualização das parcelas de recursos alocadas pelas três esferas de gestão, a utilização da PPI como subsídio à regulação e a necessária relação com a regionalização nos estados.

Como novidades, ao menos no texto das portarias, aparecem a realização da programação por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde, a utilização da tabela unificada de procedimentos como referência para as ações não organizadas por áreas de atuação, a busca de integração com a programação da vigilância em saúde, a definição da periodicidade da realização da programação (a cada gestão) e a utilização da PPI como subsídio à programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde. Em verdade, quase todas essas “novas” regras constantes no Pacto já eram praticadas pelos estados e municípios.

Em harmonia com a substituição dos processos de habilitação das NOB e NOAS pelo processo de adesão ao Pacto, com assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), a PPI apareceu também dentre as responsabilidades expressas no TCG de cada um dos entes federados, da seguinte maneira:

- Responsabilidade dos municípios: elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;
- Responsabilidade dos estados: coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual e/ou elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano

estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde; e

- Responsabilidades da União: coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional.

Outro fato relevante é que com o Pacto houve a alteração dos mecanismos de transferência dos recursos federais da área da saúde para estados e municípios, que deixaram de se dar de forma fragmentada (as criticadas “caixinhas”) e passaram a ser transferidos em cinco (e, posteriormente, seis) grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. O sexto bloco, criado posteriormente, foi o de Investimentos em Saúde. Essa alteração teve reflexos na PPI, uma vez que ela era o instrumento responsável pela alocação dos recursos do bloco de financiamento *Atenção de Média e Alta Complexidade* (MAC). Por isso há, por vezes, a referência à PPI da Assistência à Saúde como sendo a PPI MAC.

Mais relevante, porém, que o texto sobre a PPI nas portarias do Pacto pela Saúde, interessa apresentar a portaria específica sobre a PPI da Assistência à Saúde publicada no contexto do Pacto pela Saúde, e ainda hoje em vigor, a Portaria GM/MS n.º 1.097, de 22 de maio de 2006. Essa portaria é a mais extensa já publicada sobre a PPI, e apresenta, além do texto-base, os nove anexos que passam a compor os produtos a serem enviados ao Ministério da Saúde pelos estados após a conclusão/atualização das programações.

Como uma tônica desde a NOB 96, a apresentação da PPI não sofreu grandes alterações com a instituição do Pacto. Essa nova portaria em seu primeiro artigo definiu a PPI como sendo

um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. (BRASIL, 2006 c, p. 02.)

Já no parágrafo primeiro havia a delimitação dos objetivos da PPI da Assistência à Saúde:

organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2006 c, p. 02.)

No segundo artigo da portaria GM/MS n.º 1.097/06 havia a definição de que a PPI seria orientada pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde” (publicado como o volume 5 da Série Pactos pela Saúde 2006), e o

texto da portaria desenvolve-se em estrutura semelhante à do referido manual, ou seja, com a apresentação dos objetivos gerais do processo de programação, dos pressupostos gerais que deveriam norteá-la e de seus eixos norteadores.

Nos objetivos gerais, pode-se afirmar que não há qualquer diferença significativa com relação às NOAS, ou seja:

- I – buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- II – orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- III – definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;
- IV – possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- V – fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- VI – contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e
- VII – possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”. (BRASIL, 2006 c.)

Os pressupostos gerais que deveriam orientar a PPI da assistência, pela portaria GM/MS n.º 1.097/06 foram: a integração com o processo geral de planejamento, de forma ascendente; a definição de prioridades com base no diagnóstico dos principais problemas de saúde; a coordenação do gestor estadual (tendo seus métodos, processos e resultados aprovados pela CIB) e a consonância da programação com o processo de construção da regionalização.

Os eixos orientadores, apesar de relativamente óbvios, é que podem ser considerados uma novidade em termos da normatização da PPI da Assistência, haja vista aparecem pela primeira vez em uma portaria sobre a PPI. São eles:

- a centralidade da Atenção Básica;
- a conformação das Aberturas Programáticas, com utilização das áreas estratégicas e, quando não possível, a utilização, de forma flexível, da Tabela Unificada de Procedimentos (para a programação hospitalar utilizam-se os tipos de clínicas de acordo com a distribuição de leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES);
- a definição de parâmetros de concentração e cobertura populacional para programação de ações de saúde a partir de sugestões do Ministério da Saúde;
- a integração das programações, com incorporação dos agravos de relevância para a Vigilância em Saúde às áreas estratégicas da PPI da Assistência;

- a composição das fontes de recursos financeiros a serem programados, com visualização dos recursos federais, estaduais e municipais destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e
- a definição das etapas do processo de programação, compondo o chamado *processo de programação e relação intergestores* – com uma etapa preliminar de programação, a programação municipal, a pactuação regional e a consolidação da PPI estadual.

Cada um desses eixos orientadores mereceu uma exposição mais longa no manual “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde”, que será posteriormente discutido.

Em suma, a normatização da PPI da Assistência à Saúde entre a NOAS 2002 e o Pacto pela Saúde não sofreu substanciais alterações de conteúdo, apenas adequando sua forma e parte de seus instrumentos à nova realidade trazida pelo Pacto. Em especial no tocante à forma de alocação dos limites financeiros globais nos municípios, e na forma de tratamento das responsabilidades sanitárias de cada ente federado.

3.2. O MÉTODO DE PROGRAMAÇÃO NA PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A portaria GM/MS n.º 1.097/2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, traz, conforme apresentado anteriormente, a conceituação, os objetivos, os pressupostos gerais e os eixos orientadores da PPI, fazendo referência, em seu artigo 2º, às orientações a serem estabelecidas pelo manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde”, disponibilizado desde 2006 pelo Ministério da Saúde.

No referido manual, por sua vez, são trabalhados todos os tópicos apresentados na portaria n.º 1.097/06, com introdução do capítulo “Avaliação e monitoramento” e de um extenso anexo com “parâmetros para subsidiar a programação de ações de saúde”, além da inserção de uma avaliação geral do processo da PPI no país.

Não há no manual “Diretrizes para a PPI...” um detalhamento explícito de um método de programação da saúde que, entretanto, pode ser extraído da análise global do documento, tomando como referência principal o item 5.5, “O processo de programação e as relações intergestores”, e complementando-o com outros elementos do documento.

Assim, como um esforço de sistematização metodológica do processo de programação na PPI da Assistência à Saúde, pode-se dividi-lo, esquematicamente, em três etapas: 1. etapa preliminar de programação; 2. etapa de programação municipal e 3. etapa de consolidação da

PPI estadual (BRASIL, 2006 d). Entre as etapas municipal e estadual insere-se um “momento de pactuação regional”, que, segundo o manual, “não configura uma etapa permeando todo o processo de Programação Pactuada e Integrada” (BRASIL, 2006 d, p. 43).

Cabe à etapa preliminar de programação, realizada em conjunto pelo gestor estadual e os gestores municipais reunidos na CIB, a definição (BRASIL, 2006 d):

- Da agenda de necessidades/prioridades no estado, que deve também ser deliberada pelo Conselho Estadual de Saúde;
- Das diretrizes gerais que serão referência para o processo de programação no âmbito estadual, a ser submetida ao Conselho Estadual de Saúde;
- Do formato/desenho da proposta de regionalização, no movimento de construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) – instrumento instituído desde a NOAS 01/01;
- Da capacidade instalada nos municípios;
- Da macro-alocação dos recursos financeiros (federais e, quando possível, também estaduais) em três componentes: a reserva técnica (para margem de atuação da CIB, com ajustes nas programações municipais, alocação de recursos em áreas não contempladas, adequações e garantia de sustentabilidade de áreas específicas e serviços essenciais e pactos interestaduais), os incentivos permanentes de custeio (SAMU, CEO, CEREST, IAC, INTEGRASUS, dentre outros) e o recurso para a programação municipal propriamente dita;
- Do nível de agregação das aberturas programáticas relativas às ações de média complexidade ambulatorial, que não estejam previstas nas áreas estratégicas;
- Dos parâmetros estaduais e dos valores médios de cada um dos níveis de agregação das aberturas programáticas, como subsídio às programações municipais; e
- De um plano que contenha os momentos e as atividades do processo da PPI, com o cronograma de implantação e a indicação dos componentes do grupo de trabalho composto por representantes do estado e dos municípios (via Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS).

Na etapa municipal, por sua vez, espera-se que o gestor municipal defina:

- A agenda de prioridades do município, que deverá ser submetida ao Conselho Municipal de Saúde;
- As diretrizes da programação municipal, a ser também deliberada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- A existência (ou não) da programação por distrito sanitário;

- A macro-alocação dos recursos financeiros municipais;
- O nível de agregação das aberturas programáticas relativas às ações ambulatoriais de média complexidade que não estejam contempladas pelas áreas estratégicas, que não deve ser superior ao nível de agregação definido na etapa preliminar (em âmbito estadual);
- Os parâmetros de programação para a população residente no próprio município (relativo a cada nível de agregação das áreas programáticas); e
- Os encaminhamentos para os outros municípios.

Na etapa de consolidação da PPI estadual, o grupo de trabalho estadual deverá promover a agregação das programações municipais, realizadas também em momentos de programação regional, sempre de acordo com as diretrizes definidas na etapa preliminar, e compor os chamados “quadros” da PPI estadual, definidos pela portaria n.º 1.097/06. Esses quadros expressam os limites financeiros municipais, com recursos relativos à assistência da população própria e da população referenciada, e devem ser submetidos à CIB para posterior envio ao Ministério da Saúde. Paralelamente a esta etapa, prevê-se no manual que os municípios dêem início ao processo de programação intramunicipal, com a compatibilização da programação municipal com a programação de cada estabelecimento de saúde no território, criando os subsídios para o processo de contratualização, regulação, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006 d).

Apesar da sistematização das etapas propostas pelo documento “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde”, pode-se ir mais além e propor o seguinte esquema lógico para a PPI, a partir de uma avaliação global do manual e da portaria que institui o processo de PPI no SUS (n.º 1.097/06):

1. Definição das diretrizes do processo de programação e das prioridades a serem contempladas: as diretrizes estão limitadas pela legislação e por todo o conjunto de normatizações infralegais do SUS, sendo primordialmente foco de debate na Comissão Intergestores Bipartite e, quando couber, resultado de deliberação específica na esfera municipal, pautadas pelo definido na portaria GM/MS n.º 1.097/06 e no manual da PPI. Quanto às prioridades, há a orientação, nos documentos da PPI, de que elas devem ser construídas a partir das necessidades de saúde da população;

2. Desenho dos territórios, como tarefa prévia à programação, para estabelecimento do âmbito de negociação/pactuação de cada programação específica (tanto intra quanto intermunicipal, respeitando ou não os limites estaduais);

3. Análise da capacidade instalada: colocada como uma prioridade (ao menos discursiva), mas apresentada apenas como uma diretriz, sem descrição dos mecanismos para sua realização ou sequer uma referência ao conceito de capacidade instalada utilizado. Subentende-se tratar-se de capacidade instalada de serviços de saúde, que agregaria, provavelmente, a análise da estrutura física, de equipamentos e de profissionais – a se considerar a prática corrente adotada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

4. Macro-alocação de recursos financeiros, dividindo-os em recursos para a programação municipal, para os incentivos permanentes de custeio e os recursos para a reserva técnica. O primeiro bloco de recursos será o maior deles, devendo resultar da subtração dos dois outros blocos de recursos do montante geral de recursos a serem programados. Os incentivos permanentes de custeio referem-se a recursos “carimbados”, já previamente definidos por políticas específicas. Quanto à reserva técnica, há apenas indicações muito genéricas de sua utilização, subentendendo-se ser sua mensuração “não-metodológica”, de caráter político, a ser pactuado em instância bipartite, como margem para a definição de prioridades posteriores à etapa municipal/regional e correções de erros do processo de programação;

5. Micro-alocação dos recursos financeiros, a partir da destinação de recursos a cada uma das aberturas programáticas no próprio território municipal e realização das pactuações intergestores para a alocação de recursos em outros territórios; e

6. Consolidação do processo de programação, com a definição dos limites financeiros dos municípios e a elaboração da síntese dos pactos intergestores para o referenciamento de usuários, além da programação intramunicipal, consubstanciada com a programação de cada um dos serviços de saúde.

De forma analítica, cabe destacar que os passos 1 (em especial a definição de prioridades, referenciadas às necessidades de saúde da população), 3 (a análise da capacidade instalada), 5 (a micro-alocação dos recursos) e 6 (a consolidação da programação e, em especial, a programação intramunicipal) são os mais relevantes de todo o processo, constituindo-se no núcleo da programação propriamente dita. Entretanto, conforme já apresentado anteriormente, o terceiro item, a análise da capacidade instalada, apesar de sua grande relevância, não é tratado de forma ampla no documento, sendo apenas referido como importante. Já o sexto item, a consolidação da programação e, em especial, a programação intramunicipal, é apresentado como mais uma obrigação do processo global de programação, e também, apesar de sua importância, é tratado de forma insuficiente pelo documento.

Por essa razão, serão a seguir analisados mais detidamente apenas os dois elementos centrais à programação (propriamente dita) que estão descritos no documento “Diretrizes...”: o processo de definição das prioridades e a tarefa de micro-alocação dos recursos.

3.2.1. A DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES

O documento “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde”, em sintonia com demais documentos do SUS, constrói um discurso da importância de se considerar no processo de programação uma aproximação às necessidades de saúde, “tomadas com base em dados e informações do quadro demográfico e epidemiológico e legitimadas por consensos sociais mais amplos” (BRASIL, 2006 d, pp. 15-16). Essa consideração às necessidades de saúde, segundo o documento, deve surgir como resultado da inserção da programação no planejamento geral do SUS, dentro de um ciclo que prevê

Levantamento de problemas apontados pelas necessidades estimadas e indicação de suas alternativas de solução e proposição de ações assistenciais adequadas ao seu enfrentamento;
Desenho dos modelos de atenção com ênfase em redes hierarquizadas e integradas de saúde;
Proposta de alocação dos recursos para cobertura da assistência;
Instrumento de acompanhamento da execução das ações;
Instrumento de avaliação de impacto. (BRASIL, 2006 d, p. 16.)

Na sequência, o manual acrescenta a importância de se ponderar, no processo de definição das prioridades centrado em necessidade de saúde, qual(is) é(são) o(s) ator(es) social(is) que estabelece(m) essas necessidades. Ou, em outras palavras: essas prioridades são prioridades para quem, necessidades de quem? A solução proposta pelo texto é a de que essas prioridades devem ser o resultado de necessidades de saúde negociadas entre os diversos atores sociais, “legitimadas por consensos sociais amplos, estimulados através da consulta a especialistas e do pacto entre gestores do sistema, bem como em âmbitos mais gerais” (BRASIL, 2006 d, p. 16), sendo posteriormente submetida aos Conselhos de Saúde de cada esfera de gestão. Nos termos do texto:

As aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil). (BRASIL, 2006 d, p. 17.)

Outra questão de relevância a ser apontada é a tradução que é dada às necessidades de saúde no documento “Diretrizes...”, em que se propõe que elas sejam tratadas como “estimativas de demanda de ações e serviços de saúde” (p. 18). Com isso, o documento pretende afastar-se de

enfoques utilitaristas marcados por um viés subjetivo e individual, apontando-se para a criação de consensos normativos sobre os níveis adequados de oferta de bens e serviços a serem providos pela ação setorial, tanto no campo da atenção, como no campo da promoção à saúde. (BRASIL, 2006 d, p. 18.)

Estimativas de demanda, entretanto, de complexa definição, apresentadas como propostas de aproximações sucessivas, “que possam ser criticadas e melhoradas continuamente, à medida que suscitem e induzam a avaliação das situações reais e a pesquisa científica aplicada” (p. 18).

Neste ponto o documento refere-se a uma “insuficiência teórica no campo do planejamento em saúde” (p. 16), responsável pela falta de acúmulo de conhecimento suficiente para “correlacionar os fatos do adoecer e morrer com as tecnologias e ações de saúde adequadas à modificação da situação indicada” (p. 16). Assim, trata brevemente da necessidade de se propor uma correlação entre as informações epidemiológicas e as ações de saúde, por meio da utilização de “funções-utilidade diversas”:

As ações de saúde adequadas à mudança do nível do indicador epidemiológico deverão ser recomendadas, com base no conhecimento das áreas técnicas específicas, relacionadas mais diretamente aos eventos, selecionando-se e indicando-se, sempre que possível, aquela com maior relação custo-benefício ou custo-efetividade ou aquelas que se justificam para o cumprimento do princípio da equidade, independente de sua oportunidade meramente econômica ou de economia de escala. (BRASIL, 2006 d, pp. 18-19.)

Essas tarefas propostas, segundo o documento, seriam suficientes para a definição não só das prioridades, como também para propor o estabelecimento dos parâmetros assistenciais que serão utilizados para a alocação de recursos e definição dos pactos intergestores. Para tanto, o manual apresenta a expectativa de que, para cada problema/indicador epidemiológico que estiver em pauta (colocado em pauta, provavelmente, pelo processo geral de planejamento do SUS, já que a PPI não se dedica à tarefa de levantamento desses problemas gerais), sejam levantadas as seguintes informações: unidade de medida, fonte de informação, população relacionada ao indicador, ações de saúde necessárias para impactar positivamente a situação, população alvo, cobertura, necessidade estimada (concentração *per capita*), meta quanti ou qualitativa, custo unitário da ação, custo global no nível espacial respectivo, fonte de informação, periodicidade da medida, ações antecedentes e decorrentes e número estimado de exames complementares ou terapias especializadas necessários ao pleno desenvolvimento das ações ou atividades recomendadas (BRASIL, 2006 d). Em síntese, uma tarefa de um grau de complexidade bastante elevado.

3.2.2. A MICRO-ALOCAÇÃO DOS RECURSOS

A denominação genérica *micro-alocação dos recursos* não é utilizada no documento “Diretrizes...”, mas é apresentada aqui com o intuito de sistematização dos elementos constituintes do processo de elaboração da PPI da Assistência à Saúde. Sob essa denominação pretende-se agregar todos os procedimentos necessários para a definição da alocação dos recursos financeiros destinados à programação por parte dos municípios, seja nos próprios territórios municipais, seja por meio da realização de encaminhamentos a outros municípios, com o pacto entre os gestores. Este processo pressupõe a existência anterior da macro-alocação de recursos (responsabilidade da CIB), da definição das prioridades (já descrita) e da análise da capacidade instalada de serviços, e é seguido, temporalmente, pela consolidação da programação a nível estadual e da programação intramunicipal.

Como colaboração para a definição do processo de micro-alocação, podem ser elencados quase todos os eixos orientadores apresentados na portaria n.º 1.097/06, que são trabalhados pelo manual da PPI: a centralidade da atenção básica, com a elaboração de parâmetros para a programação de ações de saúde, o processo de definição das aberturas programáticas e as orientações para a integração das programações e composição das fontes de recursos financeiros a serem programados. Esses eixos orientadores não serão isoladamente apresentados, mas seus conteúdos serão incorporados à medida que forem pertinentes para a construção do raciocínio relativo ao que está aqui sendo chamado de micro-alocação dos recursos.

Pode-se didaticamente distinguir dois âmbitos do processo de micro-alocação de recursos, cada qual com suas singularidades metodológicas: um relativo à atenção ambulatorial, subdividido na atenção ambulatorial básica e de média complexidade e na atenção ambulatorial de alta complexidade, e outro relativo à atenção hospitalar, composto pelas internações de média complexidade e de alta complexidade.

MICRO-ALOCAÇÃO DE RECURSOS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL

Quanto à programação ambulatorial, que se inicia na atenção básica e desdobra-se na atenção de média e de alta complexidade ambulatorial, tem-se de forma mais explícita a ênfase na centralidade da atenção básica, que deve se colocar em “papel protagônico na organização do sistema de atenção à saúde” (p. 23), de forma a garantir a longitudinalidade do cuidado. Espera-se, assim, que todos os municípios tenham serviços de atenção básica – prioritariamente caracterizados pela vinculação de clientela (especialmente na estratégia de

saúde da família) – e que realizem sua programação da atenção básica, que deve tomar um caráter ascendente e não prevê referenciamentos de usuários a outros municípios. A partir da programação da atenção básica (que não é detalhada nos documentos da PPI da Assistência à Saúde), surgem demandas que devem ser incorporadas à programação de média complexidade.

Para amparar o processo de programação da atenção básica e de média complexidade, os documentos da PPI apresentam as chamadas áreas estratégicas, que se configuram como uma aproximação entre as áreas de atenção prioritárias (definidas por consensos nacionais, incluindo os do Pacto pela Vida – um dos componentes do Pacto pela Saúde) e as recomendações técnicas de ações de saúde a serem desenvolvidas em todo o território nacional, com a delimitação de parâmetros referenciais (BRASIL, 2006 d). À semelhança das diretrizes apresentadas anteriormente quanto à definição das necessidades de saúde, as áreas estratégicas são compostas por parâmetros de concentração e cobertura de ações de saúde que partem da atenção básica e buscam “avançar para outros níveis de complexidade” (p. 75), com expectativa de englobar também, ao menos parcialmente, ações da vigilância à saúde e ações referentes à área de urgência.

Esses parâmetros são apresentados como úteis para a construção da PPI, mas também para outros vários propósitos, de alta relevância para o sistema de saúde, como o planejamento, a análise de necessidade da oferta de serviços assistenciais e o “acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS” (p. 75). Na elaboração dos parâmetros, relata o manual, foram considerados consensos das áreas técnicas do Ministério da Saúde, séries históricas de produção de atendimentos, a experiência de serviços de saúde e contribuições apresentadas a uma consulta pública da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério (a Consulta Pública SAS/MS n.º 02, de 06 de julho de 2005). Em síntese, o mesmo grau de “consensos provisórios” relatado no tocante à definição das estimativas de demanda de ações e serviços de saúde.

De maneira mais precisa, os parâmetros de cobertura são definidos como “aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido” (p. 76). Os parâmetros de concentração, por sua vez, são “aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo” (p. 76), sendo geralmente expressos em quantidades *per capita*. Ambos os parâmetros estão apresentados para todas as áreas estratégicas, que se subdividem em área de atuação, e abrangem, dentre outras: a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do

adulto, do idoso, a saúde bucal, mental, do trabalhador, a urgência, as DST/AIDS e algumas doenças específicas, como tuberculose, hanseníase, hepatite e malária.

As ações não previstas nas áreas estratégicas devem, segundo o documento, ser programadas seguindo a estrutura da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, podendo ser utilizados níveis de agregação diversos entre os procedimentos da tabela. Esses níveis de agregação constituem as chamadas aberturas programáticas, que devem permitir, segundo o manual da PPI, a coerência entre as prioridades definidas, as metas atribuídas e os recursos financeiros disponíveis para alocação, bem como (obviamente), a coerência também com as “regras atuais de financiamento do SUS” (p. 28).

Ainda quanto às aberturas programáticas, o documento traz um destaque para a importância de se produzir uma certa flexibilidade nessas aberturas que facilite sua adaptação às diferentes realidades locais, e que se incuta no processo de sua definição a preocupação com a progressiva ruptura com a lógica de programação centrada em séries históricas de produção. Outrossim, ressalta que deve haver a garantia de que todas as ações que já sejam realizadas no âmbito do sistema estejam incorporadas ao processo de programação, como forma de refletir “a realidade dos serviços” (p. 28).

Dois etapas agora se apresentam, para fins de sistematização do método da PPI da Assistência. Uma primeira, que é a definição dos parâmetros assistenciais para cada uma das ações (a programação de fato), e uma segunda, que é a destinação de cada ação programada para cada território onde ela será executada, chamada de encaminhamento. Assim, uma vez definido o rol de ações que devem ser realizadas – em uma dinâmica constante de compatibilização de recursos financeiros com os parâmetros de cobertura e concentração desejáveis –, passa-se ao encaminhamento das mesmas para serem realizadas no próprio município ou em algum outro município de referência. (A definição em nível intramunicipal, com o encaminhamento das ações para cada um dos estabelecimentos de saúde é um processo realizado apenas posteriormente.)

Por questão de lógica de financiamento do SUS, as ações definidas que pertencem ao bloco de financiamento da atenção básica não geram impacto financeiro; as ações de média e alta complexidade, por sua vez, impactam no teto financeiro dos municípios, após o processo de encaminhamento. Cabe destacar, entretanto, que as lógicas de construção da programação das ações de média e de/ alta complexidade ambulatorial são distintas. A média complexidade deve seguir lógica ascendente (de cada município para os pólos assistenciais, se necessário) e a alta complexidade segue lógica descendente, “onde as referências serão definidas a partir

dos municípios que realizem este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização definida” (p. 31).

MICRO-ALOCAÇÃO DE RECURSOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR

A programação da atenção hospitalar, de média e de alta complexidade, é apresentada de forma bastante mais simples que a da atenção ambulatorial, por insuficiência de proposições relativas à vinculação da atenção ambulatorial à hospitalar, e pela ausência de parâmetros constituídos com o nível de detalhamento das áreas estratégicas.

Os únicos parâmetros que são apontados como recomendações são a utilização de “6 a 8% da população geral ao ano” (p. 34) como o percentual para a definição do quantitativo global de internações e a referência aos parâmetros da portaria GM/MS n.º 1.101, de 12 de junho de 2002.

A referida portaria (a n.º 1.101/02), de grande utilização no cotidiano da gestão do SUS, foi instituída com diversos propósitos, dentre os quais a resposta à disposição do Capítulo III, artigo 26, da Lei n.º 8.080/90, que define que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. Esses parâmetros, que foram atualizados no tocante à parte ambulatorial (constituindo as áreas estratégicas), mas continuam válidos (apesar de criticáveis) para a parte hospitalar, são definidos na portaria como

recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras. (BRASIL, 2002 c.)

Cabe ressaltar que esses parâmetros são referentes à cobertura (à semelhança das áreas estratégicas) e à produtividade, ou seja, parâmetros “destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos” (BRASIL, 2002 c, p. 02). Foram sistematizados a partir de parâmetros internacionalmente reconhecidos para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento (incluindo dados da OMS e da OPAS), estatísticas de atendimentos prestados aos usuários do SUS (séries históricas de produção), estudos e pareceres de especialistas, bem como os desenvolvidos e praticados em vários estados do país, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país e a Portaria MPAS n.º 3.046, de 20 de julho de 1982 (época do INAMPS).

Além da referência à utilização desses parâmetros assistenciais, apenas dois outros elementos são agregados ao processo de micro-alocação de recursos financeiros na atenção hospitalar. Em primeiro lugar, a consideração de que a programação hospitalar deve se dar pelas clínicas, de acordo com a distribuição de leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ou seja, as aberturas programáticas já são dadas previamente. Em segundo lugar, a distinção entre a lógica de programação da média complexidade e a da alta complexidade. À semelhança da área ambulatorial, na área hospitalar a média complexidade segue programação ascendente e, a alta complexidade, programação descendente.

3.3. A PPI NA LITERATURA EM SAÚDE

Além dos documentos oficiais, poucos são os trabalhos encontrados na literatura sobre a PPI. Em um levantamento nas bases de dados SCIELO, LILACS e Banco de Teses da CAPES apenas onze resultados merecem algum destaque. Quatro deles tratam da PPI da Vigilância em Saúde e da PPI ECD – Epidemiologia e Controle de Doenças (SILVA, 2003; JULIANO & ASSIS, 2004; MALTA *et al.*, 2006; MELLO, 2006); três deles apresentam relatos da implementação da PPI da Assistência, um em Alagoas (GOMES, 2002), outro no Rio de Janeiro (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002) e um terceiro na Bahia (MOLESINI *et al.*, 2010); um apresenta uma proposta de metodologia de avaliação segundo enfoque por problemas de saúde (HEIMANN *et al.*, 2008) e, dentre as produções mais relevantes, encontram-se três dissertações de mestrado (CAMPOS, 2000; SAMPAIO, 2003 e OLIVEIRA, 2004).

Em uma dissertação intitulada *Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG, 1997-98* (CAMPOS, 2000), defendida na Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG, Francisco Carlos Cardoso de Campos, desenvolve uma análise do processo de PPI ocorrido no estado de Minas Gerais. O autor faz uso de categorias analíticas inspiradas nas Relações Intergovernamentais (RIG) e na Gestão Intergovernamental (GIG), e destaca aspectos relacionados às redes intergovernamentais, aos graus de relacionamento entre os atores políticos e aos conflitos de competências, além de mecanismos diversos de gestão descritos como *mudança de procedimentos e controle de recursos*. Apresenta assim, por exemplo,

manipulação dos dados no processo de programação dos recursos de custeio, e o *camaleonismo* de alguns atores, que mudam de postura e discurso conforme o *locus* ocupado na rede. (CAMPOS, 2000, p. IV.)

A dissertação de Luiz Fernando Rolim Sampaio, desenvolvida no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, e intitulada *Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica* (SAMPAIO, 2003), discute a Programação da Atenção Básica nos anos 2001 e 2002 e lança um olhar sobre os limites e possibilidades para se promover uma política de atenção básica baseada no princípio da integralidade.

Já o trabalho de Flávio José Fonseca de Oliveira, *A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS* (OLIVEIRA, 2004), apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, analisa o processo de construção e implementação da PPI da Assistência à Saúde no contexto das NOAS 2001 e 2002. Essa análise enfatiza o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no processo de discussão e deliberação da proposta da PPI e busca contribuir para o processo de ampliação do controle social sobre a PPI, “tornando-a instrumento de gestão pública que se aproxime, cada vez mais, da população e da solução de suas reais demandas” (OLIVEIRA, 2004, p. 09).

4. A PPI E ALGUMAS QUESTÕES CENTRAIS SOBRE A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Quando analisada à luz da história da programação da saúde na América Latina, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência apresenta um conjunto de semelhanças com propostas teóricas e metodológicas elaboradas, testadas e criticadas anteriormente na região, e incorpora parte dessas críticas a seu plano discursivo, esforçando-se por apresentar a algumas delas respostas com desdobramentos operacionais objetivos e, a outras, apenas apontar a insuficiência das soluções então trazidas.

Essa análise comparativa deve, necessariamente, refletir sobre a relação existente entre a PPI da Assistência à Saúde e o método CENDES-OPAS que, conforme visto, representa um marco na história das metodologias de programação da saúde, mas também ir mais além, e relacionar a que ponto as críticas e contribuições ao CENDES-OPAS foram também incorporadas à PPI.

4.1. A PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E O MÉTODO CENDES-OPAS

Em primeiro lugar, cabe refletir sobre o conceito do termo programação e seus objetivos nas duas propostas de programação, a programação hoje em vigor no SUS (a PPI da Assistência à Saúde) e aquele que pode ser considerado o primeiro método de programação da saúde na América Latina (o CENDES-OPAS).

Conforme visto, no CENDES-OPAS a programação é vista como um instrumento para a tomada de decisões relativas ao uso eficiente dos recursos, de forma a solucionar “questões que podem resolver-se de diversas maneiras ou de escolher entre objetivos diferentes entre si” (CENDES-OPAS, 1965, p. 02). E o objeto da programação no CENDES-OPAS são as *atividades de saúde* ou, nas palavras de Mattos “tão somente um conjunto de atividades diretamente orientadas para manter e melhorar a saúde” (1993, p. 10). Para a PPI, por outro lado, a programação é um processo de definição e quantificação das ações de saúde, bem como realização de pactos intergestores, que objetiva organizar a rede de serviços, dar transparência aos fluxos e, essencialmente, definir limites financeiros e alocar recursos para o custeio de ações e serviços de saúde.

Quanto ao objeto de trabalho das duas propostas (CENDES-OPAS e PPI), portanto, parece haver uma grande coerência entre ambos. Embora a PPI se proponha a “organizar a

rede de serviços” (BRASIL, 2006 c), decide fazê-lo a partir da programação de ações e serviços. Na mesma linha, portanto, que o CENDES-OPAS.

No que diz respeito à centralidade da eficiência enquanto ideia-força da programação no CENDES-OPAS, não se pode afirmar o mesmo para a PPI da Assistência. Por estar inserida no SUS, sob os princípios de integralidade, universalidade e igualdade (sob a tradução de equidade), a PPI apresenta no plano discursivo de forma mais marcante a equidade do que a eficiência. Tanto o é que o artigo 3º da portaria da PPI (a n.º 1.097/06), quando trata dos objetivos gerais do processo de programação, apresenta em seu primeiro inciso a busca da “equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 2006 c). A eficiência na PPI, por sua vez, pode ser apontada como um dos critérios que orienta a definição dos parâmetros assistenciais, seja na parte ambulatorial (com as contribuições das áreas estratégicas), seja na hospitalar (com os parâmetros da portaria n.º 1.101/02).

Do mais, há certa divergência entre os objetivos esperados para a PPI e aqueles definidos para o CENDES-OPAS. Enquanto com a PPI espera-se, além da equidade, orientar a alocação de recursos, subsidiar o processo de regulação do acesso aos serviços e contribuir na organização das redes de serviços de saúde, no CENDES-OPAS aponta-se para um amparo aos processos decisórios de maneira global, em uma perspectiva tecnocrática, de maneira a “desenvolver critérios racionais como forma de reduzir as arbitrariedades e extravagâncias das decisões políticas” (MATTOS, 1993, p. 37).

A perspectiva tecnocrática, aliás, se pode ser sentida e observada nos processos de programação do SUS (MOLESINI *et al.*, 2010), ao menos no plano dos documentos é cuidadosamente apontada como insuficiente, devendo ser complementada pela participação de diversos atores sociais, tal qual apresentado no manual “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde”, nas seções referentes à estimativa das necessidades de saúde, às aberturas programáticas, à utilização de parâmetros assistenciais e ao processo de programação intergestores (BRASIL, 2006 d).

4.1.1. ANÁLISE COMPARATIVA DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PROGRAMAÇÃO

Seguindo a estrutura proposta pelo documento “*Bases conceptuales y metodológicas de la programación de la salud*”, analisemos os princípios básicos da programação na comparação entre o CENDES-OPAS e a PPI. (Para mais extensa exposição das ideias do

CENDES-OPAS, vide capítulo Elementos teóricos e metodológicos da programação da saúde na América Latina.)

O documento do CENDES-OPAS inicia com a apresentação dos problemas programáticos centrais, definidos como o *problema da eleição de técnicas* e o *problema das prioridades* (prioridades *temporais* e de *justiça distributiva*). Pode-se dizer que esses problemas estão presentes também – e de uma forma marcante – na PPI da Assistência, porém não são apresentados ou problematizados explicitamente.

Dessa forma, ao se determinar as proporções de ações a serem destinadas, por exemplo, em uma determinada área estratégica, para a realização de ações curativas (consultas especializadas e exames complementares) e para as ações educativas, está-se exercendo uma escolha que no CENDES-OPAS é tratada como sendo do âmbito da eleição de técnicas. Ou, por outro lado, ao se decidir pela ampliação do recurso destinado à área ambulatorial em detrimento das internações, na macro-alocação de recursos, está sendo exercitada a escolha entre prioridades temporais distintas (ampliar a atenção ambulatorial para evitar as internações sensíveis à atenção naquele nível). Quanto à justiça distributiva, um exemplo razoável pode ser a definição das prioridades nacionais com ênfase a populações vulneráveis (idosos, crianças, trabalhadores expostos a contaminações) e doenças “negligenciadas” (tuberculose, malária, hanseníase).

Quanto a esses elementos dos problemas programáticos centrais, é importante referir que sua exploração mais sistemática no SUS pode resultar em contribuições ao sistema hoje pouco visíveis ou pouco valorizadas. Assim, por exemplo, o desenvolvimento de linhas de pesquisa sobre prioridades temporais poderiam se traduzir em diretrizes para realização de planos diretores de investimento mais consistentes, ou a inversão entre internações e a atenção ambulatorial, como já referido. O problema da eleição de técnicas já povoa a literatura da clínica e da epidemiologia, mas poderia também se expandir para o cotidiano dos serviços de saúde e da gestão do sistema, apontando critérios de eficácia e eficiência com maior valor de uso cotidiano. No tocante à justiça distributiva, os critérios nacionais de alocação de recursos entre os entes federados pode servir para acelerar a reversão da histórica centralização da capacidade instalada de serviços de saúde no centro-sul do país.

O segundo item dos princípios básicos da programação para o CENDES-OPAS é a definição e a comparabilidade dos objetivos, que se inicia apresentando o conceito de meta. Para a PPI, há a pertinência e a utilização do mesmo princípio, ou seja, utiliza-se a quantificação dos objetivos (metas), traduzidos como o número de casos e o prazo (ou: o número de procedimentos dentro de um ano, o prazo padrão da PPI). Entretanto, mais

importante que isso, a PPI também faz uso (novamente, sem explicitá-lo) da noção de comparabilidade de objetivos, a partir da homogeneização. E o faz a partir da maneira mais clássica, também passível de críticas, que é a homogeneização pelo dinheiro. Ou seja, compara determinadas ações de saúde ponderando-as por seus custos – pré-definidos na Tabela Unificada de Procedimentos.

Quanto ao grupo de princípios básicos da programação relativos aos problemas da programação no campo da saúde, analisemos a pertinência para a PPI dos dois critérios de transcendência do CENDES-OPAS: considerar a vida de um indivíduo igual à de qualquer outro ou “aceitar que a vida de algumas pessoas tem mais valor para a comunidade que a de outras” (CENDES-OPAS, 1965, p. 06). Esses critérios têm, para a PPI, uma importância reduzida, uma vez que a centralidade do conceito de eficiência não recebe nela a relevância que recebe no CENDES-OPAS (conforme dito há pouco), sendo mais pertinente o critério de equidade.

Essa última afirmação, entretanto, recoloca a questão de outra forma: trabalhar baseando-se na equidade significa a escolha por um dos critérios de transcendência definidos no CENDES-OPAS, notadamente o segundo deles? Não; ao se produzir prioridade a partir de uma discriminação positiva de determinado grupo social (por exemplo, idosos, ou portadores de DST/AIDS), compreende-se que se está afirmando que a vida dessas pessoas tem valor igual à dos demais indivíduos e que, portanto, deve receber uma atenção diferenciada, dada a maior vulnerabilidade desses grupos sociais em questão. Ou seja: equidade para se atingir a igualdade.

O quarto princípio básico da programação, para o CENDES-OPAS, é a definição e a homogeneização dos recursos. Esse é um princípio que também não aparece explicitado nos documentos da PPI, e que, de fato, pode se apresentar como um grande recurso teórico-conceitual para a problematização de questões importantes da PPI. O CENDES-OPAS parte do pressuposto da existência de uma quantidade grande de recursos, cuja combinação, a partir de processo de homogeneização, é necessária para a produção das ações de saúde, e influenciam no custo das mesmas. A PPI, por sua vez, faz referência primordial (no processo de programação, no método) apenas aos recursos financeiros e a sua forma de alocação. Pode-se dizer, portanto, que a PPI negligencia a existência de muitos outros recursos que devem ser mobilizados e combinados em proporções as melhores possíveis para se atingir os melhores resultados aos menores custos.

Ao se dedicar apenas à alocação de recursos financeiros, fixando o valor do custo (custeio) de cada procedimento em referência a uma tabela única nacional, a PPI incorre

exatamente no erro de desconsiderar os custos diferenciados resultantes de combinações também diferenciadas de recursos (além dos financeiros) em cada situação (região, município, unidade de saúde) diferente. Como exemplo típico pode ser citado o valor diferenciado do salário de um mesmo profissional para realizar as mesmas atividades em distintas regiões de um mesmo estado. Entretanto, este erro parece ser deliberado, pois é referido no momento de justificar a necessidade de participação dos demais entes federados (além da União) no financiamento das ações de saúde. Só que esse erro promove também, o que é bastante preocupante, uma perda do valor real do processo de programação, um descolamento entre a construção do instrumento de programação (a PPI) e a realidade dos municípios e dos serviços de saúde, o que tende a transformar o processo de programação em uma atividade meramente formal e burocrática, distante de atender os objetivos expostos nos documentos. Esse ponto parece merecer, portanto, maior reflexão por parte das autoridades competentes.

Outro princípio básico da programação apresentado pelo CENDES-OPAS são as relações entre objetivos e recursos, em que se apresenta o importantíssimo conceito de instrumentalização dos recursos (combinação de recursos em proporções correspondentes a uma norma ou uma técnica determinada), bem como a necessária seleção das técnicas aplicáveis para se atingir determinado fim e as combinações mais favoráveis de produtos. Esse ponto também não é trabalhado (ao menos teórico-conceitualmente) nos documentos da PPI, porque esses documentos (em especial o manual “Diretrizes para a PPI da Assistência”) parecem negligenciar o processo de combinações de recursos que não os financeiros (conforme já exposto), e não enfatizam a possibilidade de se facultar entre técnicas diferentes. De qualquer forma, quando o fazem, fazem-no não em termos de avaliação da eficiência, mas mais da equidade e da integralidade da atenção à saúde, o que os distancia da proposta elaborada pelo CENDES-OPAS.

Os últimos elementos analisados pelo CENDES-OPAS dentre os princípios gerais da programação são o tempo, o sujeito e o espaço na programação. Quanto ao tempo, voltado ao futuro, sendo mais prevenção do que cura, não há grande sintonia entre CENDES-OPAS e PPI. A PPI também trabalha para o futuro, com o horizonte de programação de um ano, e macroprocessos de renovação da PPI a cada gestão, mas não se pode afirmar que seja mais prevenção do que cura. Se fosse necessária alguma afirmação dessa natureza (relativamente superficial), ela o seria em sentido contrário: a PPI é mais cura que prevenção. Ou melhor: cura e reabilitação, sem prejuízo da prevenção e da promoção.

O sujeito da programação no CENDES-OPAS é apresentado em duas versões durante o texto: o programador tecnocrático e o Governo. Para a PPI, o sujeito não é o programador

tecnocrático, mas sim, pode-se afirmar, os governos, as instâncias gestoras do SUS. O espaço da programação na PPI da Assistência são os municípios e as regiões de saúde, em sintonia com as diretrizes da regionalização. Com ainda mais ênfase que no CENDES-OPAS, essa definição do espaço (território) é crucial para a PPI, pois está submetida aos princípios e diretrizes do SUS, e é a que permite ampliar as possibilidades de sua atuação equitativa inter-regional.

4.1.2. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MÉTODOS DE PROGRAMAÇÃO DO CENDES-OPAS E DA PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No que diz respeito ao método de programação nas duas propostas, seja o explícito no documento “Bases conceptuales y metodológicas de la programación de la salud” seja o implícito no “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde”, cabe uma análise detalhada.

Enquanto no CENDES-OPAS o processo programático subdivide-se nas etapas de diagnóstico, programação propriamente dita, discussão e decisão, avaliação e revisão, na PPI tem-se a definição das diretrizes do processo de programação e das prioridades, o desenho dos territórios, a análise da capacidade instalada, a macro e a micro-alocação dos recursos financeiros e a consolidação da programação.

Com relação às cinco etapas clássicas do CENDES-OPAS, Mattos ressalta que, na “tarefa de construir o processo concreto de aplicação do método”, houve “tanto um processo de acentuação da importância de algumas etapas quanto de atenuação de outras” (1993, p. 24), que resultaram na restrição da proposta original às etapas do diagnóstico e da programação propriamente dita. No tocante à PPI, por sua vez, conforme referido anteriormente, o núcleo da programação na PPI pode também ser apresentado de forma mais sintética, abrangendo: a definição de prioridades, a análise da capacidade instalada, a micro-alocação dos recursos e a consolidação da programação, com a programação intramunicipal.

De maneira geral, pode-se considerar que ambas as propostas (CENDES-OPAS e PPI), apesar da utilização de nomenclaturas distintas e de descrição singular do modo de se proceder ao processo programático, utilizam-se de uma racionalidade básica semelhante, dividindo o método de programação em dois momentos, um de diagnóstico/avaliação da situação e outro de programação propriamente dita. Dessa maneira, serão comparadas as duas propostas a partir desses dois momentos.

O DIAGNÓSTICO NO CENDES-OPAS E NA PPI DA ASSISTÊNCIA

Quanto ao diagnóstico, o CENDES-OPAS desenvolve uma sequência de etapas, que envolvem a descrição da situação atual (com os fatores que a determinam), uma análise prognóstica e uma avaliação (com determinação do grau de satisfação quanto à situação atual). Na análise de Mattos, entretanto, todo o esforço do processo de diagnóstico no CENDES-OPAS é pela descrição dos “custos de morte evitada (para os danos redutíveis) e os custos do caso reparado (para os danos não redutíveis)” e, para tanto, “o documento propõe uma cadeia conceitual que articula os meios (os recursos) com os objetivos específicos (o combate às doenças)” (MATTOS, 1993, p. 25).

Para atingir esse objetivo de descrição do custo da morte evitada (ou do caso reparado), o CENDES-OPAS procede a um cálculo operacional que envolve:

1- a construção de um sofisticado sistema de informação que permita conhecer ano a ano o número de instrumentos utilizados em cada tipo de atividade, a composição destes instrumentos, o número de atividades realizadas (de cada tipo), a composição das técnicas e a cobertura das técnicas, tudo isso em relação a cada uma das doenças; 2- a obtenção, na literatura, de informações sobre a redução do risco de morte que possa ser atribuída às técnicas utilizadas no combate a todas as doenças. (MATTOS, 1993, p. 28.)

O diagnóstico no CENDES-OPAS, portanto, envolve um alto grau de complexidade e requer a existência de um volume de informações (parte delas somente possíveis após a realização de pesquisas científicas específicas) bastante grande. E isso tudo com o objetivo central de estimar o custo por morte evitada (ou caso reparado). Para a PPI, por sua vez, a necessidade de estimativa desse custo não é apresentada. Esse aspecto pode ser considerado como um dos fundamentais na diferenciação dos dois métodos de programação (CENDES-OPAS e PPI).

Na PPI, conforme visto anteriormente, a etapa que pode ser considerada como o processo de diagnóstico é apresentada em dois eixos: a definição de prioridades para o processo programático, com estimativa de demanda por ações serviços de saúde, e a análise da capacidade instalada. Os documentos oficiais da PPI são omissos quanto à forma de se trabalhar a capacidade instalada. Resta, portanto, como diagnóstico, as propostas de definição das prioridades. De acordo com o que foi apresentado na análise do método de programação na PPI, é sugerido pelo documento “Diretrizes para a PPI da Assistência à Saúde” que as estimativas de necessidades sejam tratadas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde.

Assim, voltando-se novamente à comparação com CENDES-OPAS, surgem dois elementos: 1. o diagnóstico no CENDES-OPAS engloba as atividades previstas para o

diagnóstico na PPI e ainda um conteúdo a mais de outros elementos e 2. a PPI isenta-se das duas tarefas apresentadas pelo “conteúdo a mais” da etapa de diagnóstico no CENDES-OPAS, tanto a definição e mensuração de efeitos das atividades de saúde (impacto sobre os danos, mortes e casos reparados) quanto o cálculo financeiro desses efeitos sobre os danos.

E essa diferença, que se expressa na ausência de análise da estimativa de custo por morte evitada (ou caso reparado) na PPI da Assistência pode ter diversas explicações, que não poderão ser aqui extensamente analisadas, mas apenas apresentadas.

Em primeiro lugar, pode se tratar simplesmente de uma inconsistência teórica da PPI da Assistência, que não trabalha essa questão exclusivamente por omissão. Em segundo lugar, pode tratar-se de uma avaliação, na PPI, da dificuldade de se estimar o efeito das atividades de saúde no combate aos danos, ou da “obtenção, na literatura, de informações sobre a redução do risco de morte que possa ser atribuída às técnicas utilizadas no combate a todas as doenças” (MATTOS, 1993, p. 28). Essa questão é, de fato, apresentada no manual da PPI, sendo apontada como de responsabilidade da “insuficiência das pesquisas de avaliação tecnológica em saúde, bem como das metodologias de planejamento e programação” (BRASIL, 2006 d, p. 17).

Outro possível (e frágil) argumento é o de que não se coloca a necessidade de estimar os custos, pois estes já estão fixados em uma definição prévia, a partir dos valores da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS” (a conhecida “Tabela SUS”). E, enfim, amparando a argumento anterior, pode-se apresentar a compreensão de que o marco lógico da PPI não comporta a análise de custos, nem o trabalho com mortes evitadas ou casos reparados. Pois não se centra (da forma que o CENDES-OPAS o faz) na avaliação da eficiência na utilização dos recursos para a priorização das ações, nem sequer dedica-se a estimar as mortes evitadas e os casos reparados, mas sim a prover uma oferta determinada de ações e serviços de saúde, sem conseguir percorrer o percurso entre a oferta dessas ações e serviços e o resultado de saúde almejado. (Provavelmente uma interpretação mais apurada dessa questão possa demonstrar se tratar de uma combinação de todas as explicações anteriores.)

Fato é que a ausência dessas duas análises (a dos efeitos e seus custos) – por qualquer que seja o motivo de sua não-realização – tem algumas consequências possíveis de serem visualizadas. Como já referido, ao não se estimar o efeito das ações e serviços de saúde propostos sobre a situação de saúde (ou doença) dos indivíduos e coletividades – seja por morte evitada, por casos reparados, anos de vida perdidos ou por qualquer outro indicador

epidemiológico (ou mesmo social, demográfico, etc.) – perde-se o parâmetro para a avaliação da qualidade, da pertinência, da eficiência e da eficácia das ações de saúde.

Obviamente que são pertinentes os argumentos de que a definição desses indicadores deve ser compartilhada (e, especialmente, negociada) por “pressões e consensos sociais provisórios”, “pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes” (BRASIL, 2006 d, p. 18), mas isso não invalida a necessidade de sua existência. Por mais precário que possa ser o indicador (indicador dos efeitos das ações e serviços de saúde, que não se confunde com os parâmetros assistenciais – de concentração e cobertura), sua utilização já significa um avanço frente à sua ausência.

Por outro lado, ao não se trabalhar com os custos na PPI, ou só se trabalhar com custos pré-definidos em uma tabela única nacional (a Tabela SUS), incorre-se em erros previsíveis de variação regional dos valores de cada um dos recursos que compõem uma ação (ou serviço) de saúde que acabam por tornar fictícia a estimativa tanto de metas a serem alcançadas, quanto da correspondência de recursos financeiros para atingir tais metas. Na prática, esse erro reflete-se ou na necessidade de complementação da tabela nacional (pelos estados ou municípios) para a realização das atividades previstas na programação (geralmente só realizada para a população do próprio território, e não para a população referenciada, e de forma não sistemática ou “programável”) ou em uma “adaptação” perniciosa da programação “à realidade”, que se traduz na oferta de serviços menor que a pactuada. Ou seja, reduz a viabilidade da PPI se traduzir em um instrumento que de fato organize a rede de serviços e oriente a regulação do acesso.

Um último destaque quanto a esse assunto parece pertinente. A superficialidade da apresentação dos elementos do diagnóstico na PPI da Assistência (ao menos em comparação com a proposta do CENDES-OPAS), que traz um caráter mais pragmático para a realização da etapa de programação propriamente dita (a micro-alocação dos recursos) pode ser considerada minimizada pela constante referência à necessidade de inserção da programação no processo de planejamento geral do SUS, de onde se pode considerar que deveria provir o diagnóstico da situação.

A PROGRAMAÇÃO PROPRIAMENTE DITA NO CENDES-OPAS E NA PPI DA ASSISTÊNCIA

Na PPI da Assistência, conforme visto anteriormente, pode-se dizer que a programação propriamente dita é realizada por meio de três movimentos: a macro-alocação de recursos, a micro-alocação de recursos e a consolidação da programação, com a programação

intra-municipal. O movimento de macro-alocação e a consolidação da programação se dão a nível estadual, com participação bipartite (secretaria estadual de saúde e COSEMS); a micro-alocação e a programação intramunicipal referem-se a momentos próprios dos municípios, com pactuação intergestores quando pertinente (BRASIL, 2006 d).

O núcleo conceitual-metodológico da programação (propriamente dita) na PPI, entretanto, está no movimento da micro-alocação, que para a média complexidade ambulatorial apresenta maiores contribuições metodológicas, com a elaboração dos parâmetros assistenciais nas áreas estratégicas. Nas demais aberturas programáticas (referentes à alta complexidade – ambulatorial e hospitalar – e à média complexidade hospitalar), entretanto, o procedimento é mais simples e mais pobre (em termos teóricos).

Sinteticamente, os elementos necessários para a programação na PPI são os parâmetros assistenciais – dados pelas áreas estratégicas ou propostos pelos gestores (a partir de uma série histórica e uma estimativa sem parâmetros de referência apontados pelos documentos) – e a compatibilização das metas geradas pelos parâmetros com a capacidade instalada provida pela etapa de diagnóstico. A depender da existência ou não de capacidade instalada no próprio território para a realização dos serviços parametrizados haveria a negociação com gestores de outros municípios para a realização dos pactos para o encaminhamento de usuários (via regulação do acesso).

O total de ações e serviços de saúde a serem realizados em cada município corresponderia, assim, ao somatório dessas ações e serviços para a população do próprio município com aquelas dos municípios a ele referenciados. O total de recursos financeiros que comporia o teto financeiro de cada município, *grosso modo*, corresponderia à multiplicação do número de ações e serviços ambulatoriais (de média e alta complexidade) alocados no município pelo valor dessas ações e serviços na Tabela de Procedimentos do SUS, somados à multiplicação das internações no mesmo município pelo valor médio de cada tipo (leito/especialidade) de internação (valor médio das AIH por especialidade), dado pela série histórica de produção de serviços registrados no sistema de informações. Uma vez definido o teto de recursos e o total de ações e serviços em cada território, os municípios passariam para a programação dos estabelecimentos de saúde (programação intramunicipal), concluindo o processo de elaboração da programação (que deveria ser constantemente revista e atualizada, gerando uma nova programação a cada nova gestão estadual – de quatro em quatro anos) (BRASIL, 2006 d).

Para o CENDES-OPAS, o processo de programação propriamente dita objetiva elaborar as chamadas alternativas mínima e máxima. Para evitar “eventuais injustiças que

surgiriam caso as decisões fossem tomadas exclusivamente a partir dos critérios de eficiência” (MATTOS, 1993, p. 30), o planejador nacional comprometer-se-ia com a alocação, em cada região, dos recursos relativos à alternativa mínima (elaborada pelo programador local de forma a garantir a manutenção do nível de saúde da população) e distribuiria o restante do recurso em ordem crescente dos custos de morte evitada e de caso reparado (CENDES-OPAS, 1965).

Nesse intuito, Mattos (1993) apresenta a sequência cronológica de tarefas que deveriam ser realizadas:

1. normatizar os instrumentos (não necessariamente feito pelo planejador local);
2. calcular as metas de normalização;
3. quantificar os objetivos para as propostas máximas e mínimas;
4. calcular (estimar): a) o custo global do combate a cada dano em cada alternativa; b) o custo da morte evitada dos danos redutíveis (essenciais para a alternativa mínima); c) o custo do caso reparado para os danos não-redutíveis (essencial para a alternativa máxima). (MATTOS, 1993, p. 36.)

Como se pode observar, não há no CENDES-OPAS a proposta de pactuação entre gestores para o encaminhamento de usuários do sistema de saúde entre os municípios. Não há, também, a previsão da existência de um ente entre o planejador nacional e o programador municipal – no caso brasileiro, e do SUS, o ente estadual, ou mesmo as instâncias colegiadas regionais. Ou seja, a PPI da Assistência responde, no âmbito do método, às exigências de um sistema de saúde construído em perspectiva interfederada, com o compartilhamento de responsabilidades entre os municípios e a função organizadora do estado.

Por outro lado, não existe no método da PPI da Assistência a previsão do compromisso dos gestores (tanto o nacional quanto os estaduais) com determinadas “alternativas mínimas” para a alocação de recursos entre as regiões. A não ser que os parâmetros das áreas estratégicas, como orientados pelo Ministério da Saúde, sejam considerados como compromissos do ente nacional (e, espera-se, por consequência, do ente estadual) com um conjunto mínimo de ações para cada região/estado. Ainda que assim o seja, cabe ressaltar algumas observações.

A primeira é que esses parâmetros são elaborados e propostos pelo próprio ente nacional (ministério da saúde), e não pelo programador local (o município), como no CENDES-OPAS. Isso pode acarretar um menor comprometimento do ente nacional com demandas locais e regionais (subfinanciamento até mesmo para as atividades “mínimas” necessárias). E esses parâmetros são uniformes para todo o território nacional. Assim, apesar de poderem ser alterados em nível estadual (por acordo bipartite), não surgem desde o nível local/regional, mas sim do âmbito nacional. Na linguagem do CENDES-OPAS, assemelham-se mais às normas de rendimento (dadas pela literatura) do que às metas de normalização,

frutos de negociação do planejador local com os “executores” para “chegar a um acordo sobre o ritmo esperado de melhoramento dos rendimentos específicos” (CENDES-OPAS, 1965, p. 57).

A segunda observação é que o volume de recursos financeiros destinados para as áreas estratégicas (a partir dos parâmetros considerados como mínimos) são, ainda, uma parcela pequena do total de recursos destinados via PPI da Assistência (em especial devido ao elevado valor da área hospitalar em comparação com a ambulatorial). Em terceiro lugar, as áreas estratégicas, ainda que signifiquem um avanço, mantém a cegueira quanto a perspectiva de avaliação dos custos a partir da análise dos instrumentos, seus rendimentos, suas normalizações. E, dessa forma, continuam a corresponder a uma projeção demasiado abstrata do custo real das atividades para cada realidade municipal.

Salvo as observações já apresentadas, a comparação entre os métodos de programação (propriamente dita) do CENDES-OPAS e da PPI demonstra, novamente, um volume e uma complexidade de apostas nesta etapa para o CENDES-OPAS muito maior que para a PPI. Enquanto na PPI o substrato lógico reside na multiplicação de parâmetros assistenciais – dados por áreas estratégicas ou, majoritariamente, definidos por série histórica de produção – por um valor fixo do custo de cada procedimento (da Tabela Unificada ou de uma série histórica, no caso das internações), no CENDES-OPAS reitera-se a preocupação com a determinação dos custos, partindo-se dos conceitos (de grande importância) de instrumento, normatização, rendimento e metas de normatização.

Dessa forma, à semelhança da etapa diagnóstica, essas diferenças conceituais e metodológicas tornam o CENDES-OPAS muito mais difícil de ser manejado na prática institucional cotidiana dos sistemas de saúde, porque o transformam em um processo que exige a mobilização de muitas informações (ainda mais que na PPI) e muitos profissionais qualificados. Entretanto, possibilitam, ao menos em âmbito teórico, que sua proposta responda a um quesito essencial não tratado nos documentos da PPI da Assistência: a aproximação aos custos reais de realização das atividades.

Para finalizar esta etapa da análise, uma semelhança entre as duas propostas. Apesar das aberturas diferenciadas para a participação local durante o processo de programação, seja para a pactuação entre os gestores municipais ou para a definição e qualificação dos parâmetros intramunicipais de programação (na PPI), seja na construção das metas de normalização (no CENDES-OPAS), fica claro que tanto no método CENDES-OPAS quanto na PPI da Assistência a programação local apresenta uma relevância singular para a qualificação dos processos globais de programação. Com a singularidade de que na PPI, como

consequência dos princípios e diretrizes do SUS, essa participação não se restringe a gestores e trabalhadores, mas a todos os segmentos representados no controle social (também usuários e prestadores).

4.2. A PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AS CRÍTICAS AO CENDES-OPAS

Como foi possível observar, apesar da grande distância temporal entre as duas propostas (cerca de cinquenta anos), a PPI da Assistência à Saúde e o método CENDES-OPAS apresentam um conjunto considerável de semelhanças, que permitem afirmar que o âmbito de influência do CENDES-OPAS estende-se também sobre a programação da saúde no SUS (a PPI). Dessa forma, deve-se realizar agora uma comparação entre as críticas que foram direcionadas ao CENDES-OPAS – apresentadas no capítulo 2 – e a PPI da Assistência à Saúde.

4.2.1. A PPI E AS CRÍTICAS DE MARIO TESTA AO CENDES-OPAS

Começamos pelas críticas de Mario Testa, cabendo lembrar que essas críticas (autocríticas) estão divididas em três níveis: as técnicas, as tecnocráticas e as filosófico-epistemológicas.

A primeira crítica técnica refere-se à “translação demasiado rígida do método que era utilizado no planejamento econômico” (TESTA, 1992, p. 23) para o campo da saúde. Essa crítica parece incorporada às propostas metodológicas da PPI da Assistência. Talvez, de fato, o problema quanto a essa crítica no tocante à PPI seja quase que exatamente o oposto: a consideração de que o setor saúde apresenta tantas especificidades que os conhecimentos econômicos passam a ser inadaptáveis à realidade trabalhada. E, assim, desconsidera-se um volume importante de proposições do CENDES-OPAS advindas da economia como se elas não fossem pertinentes. Os exemplos mais explícitos, ainda em uma análise inicial, são: a desconsideração das análises de custo e a não utilização dos conceitos de instrumento, normalização e rendimento.

Na sequência, Testa passa à análise das questões mais estritamente sanitárias, com uma revisão crítica de cada etapa do diagnóstico e da formulação do plano. No tocante ao diagnóstico, Testa poupa de crítica a análise dos recursos, sua instrumentalização e rendimentos – a segunda parte do diagnóstico –, referindo ser a parte mais válida da proposta e critica a análise dos danos e seus fatores condicionantes e a análise do processo de

destinação de recursos aos danos. Essa última observação reforça a argumentação apresentada há pouco da perda conceitual e metodológica que significa a não utilização, pela PPI da Assistência, dos conceitos de instrumentalização e rendimento para a produção da programação no âmbito do SUS.

À crítica da fragilidade epidemiológica para agregação das doenças em danos, com “critérios aproximados de homogeneidade epidemiológica” ou “cadeias semelhantes na produção de cada uma das enfermidades” (TESTA, 1992, p. 24), dos documentos da PPI podem ser extraídas duas considerações. A primeira é de que a PPI só trabalha com doenças (ou danos) nas áreas estratégicas, para a estimativa das ações a serem realizadas (parametrizações), e que essa escolha das doenças/danos se deu mais por orientação das “áreas técnicas do Ministério da Saúde, considerando suas políticas específicas, bem como consensos de especialistas e experiências de serviços” (BRASIL, 2006 d, p. 25) do que específica e exclusivamente por parâmetros epidemiológicos. (Obviamente que as áreas técnicas, os especialistas, as políticas e os serviços fazem também referência à epidemiologia, mas mais ainda ao processo político de construção das prioridades, como no Pacto pela Vida, com suas metas sanitárias específicas.) No mais, é importante registrar que a epidemiologia avançou enormemente no período que separa o CENDES-OPAS (década de 1960) e as críticas de Testa (início da década de 1990) e entre estas últimas e a PPI da Assistência (1996 em diante e, especialmente, após 2006).

A segunda consideração, resultante da primeira, é a de que a PPI quase não trabalha com doenças/danos. Conforme já exposto nas análises anteriores, a preocupação da PPI é com a definição de ações e serviços de saúde, pouco fazendo referência à (ou negligenciando por completo a) relação entre as doenças e as ações de saúde. Ou seja, à crítica da fragilidade das concepções epidemiológicas apresentadas no CENDES-OPAS para a agregação das doenças em danos, a PPI responde com a baixíssima utilização da referência às doenças ou aos danos em seu marco lógico-conceitual, ao invés de mantê-los e qualificar os referenciais epidemiológicos.

Quanto ao terceiro item do diagnóstico no CENDES-OPAS, referente à “destinação de recursos aos danos”, pode-se dizer que sua crítica por Testa não atinge a PPI, pois esse processo não pertence ao arcabouço da programação na PPI. Não pertence, entretanto, como já discutido, pela não referência da PPI aos danos, por um lado, e pela ausência também do debate sobre os custos. Em síntese, a destinação dos recursos aos danos, na PPI, não é complexa na prática nem o deixa de ser, por ser apenas inexistente. A única relação existente

é entre cada procedimento de saúde (ação ou serviço) – e não os danos – e o seu valor já dado na Tabela Unificada de Procedimentos.

A última e mais relevante crítica de Testa ao processo de diagnóstico no CENDES-OPAS é relativa ao momento final de elaboração do mesmo, com uma síntese baseada nas três dimensões que o compõem. Essa crítica é resultado, essencialmente, da falta de confiabilidade dos registros de mortalidade e da desconsideração, segundo Testa, da morbidade na prática do método. A única questão referente a esta crítica que parece caber à PPI é que, em comparação com as décadas anteriores, a partir do SUS os registros de mortalidade e morbidade tornaram-se muito mais confiáveis, com ampliação de sua qualidade de forma progressiva, sendo hoje disponíveis fontes de informação que possibilitariam sua utilização ampla para o processo de programação.

Obviamente que ainda podem ser apresentadas críticas quanto à qualidade dos registros na área da saúde no Brasil, especialmente por estarem vinculados, na maior parte das vezes, aos sistemas de pagamento (o que pode distorcê-los). Entretanto, é possível afirmar que, se nos momentos históricos de aplicação do CENDES-OPAS que Testa analisou (entre meados da década de 1960 e fins da década de 1980) as informações necessárias à programação eram extremamente precárias, atualmente essas informações já agregam um grau de confiabilidade muito maior, o que possibilitaria sua utilização de forma muito mais precisa, com possibilidade de expressiva redução dessa avaliação crítica apresentada por Testa.

No que diz respeito às críticas de Testa ao processo de elaboração do plano no CENDES-OPAS, tratemos inicialmente da questão da seleção das prioridades, cuja crítica se centra na utilização das variáveis magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo. Conforme já apresentado, nenhuma dessas variáveis é explicitamente utilizada no método de programação da PPI, até porque a PPI não promove hierarquização entre os danos ou doenças, mas apenas dedica-se (parcialmente) a estimar necessidades de saúde, traduzidas como estimativas de demanda por ações e serviços. De qualquer maneira, considera-se que, ainda que essas variáveis passassem a ser utilizadas em um (hipotético) processo de melhoria do método da PPI da Assistência, as críticas apresentadas por Testa deveriam ser consideradas para evitar os erros cometidos pelo CENDES-OPAS. Vejamos.

Para a variável magnitude, poder-se-ia manter a proposta apresentada no documento do CENDES-OPAS (que foi distorcida na aplicação prática, segundo Testa), com a manutenção da consideração da morbidade (doenças/danos não-letais) no processo de

hierarquização dos danos, o que resolveria a questão da prioridade nula desse grupo de doenças.

Para uma resposta à crítica da transcendência – outra variável utilizada no processo de seleção das prioridades – possivelmente deveriam ser construídos argumentos e parâmetros mais amplos (e negociados socialmente) de definição do valor social atribuído aos danos (e aos grupos de indivíduos que os portassem), de forma a superar os restritos parâmetros do CENDES-OPAS, quais sejam, a estimativa de impacto dos danos para as atividades laborais ou o cálculo da perda de horas de trabalho. Talvez dessa maneira fosse possível abranger todas as faixas etárias, e indivíduos com níveis (e tipos) de risco os mais variados, inclusive com a possível inclusão de parâmetros discriminatórios positivos, de forma a possibilitar a promoção da equidade.

Quanto às possíveis soluções para as críticas de Testa à variável vulnerabilidade no CENDES-OPAS, duas possibilidades podem ser apresentadas para uma situação hipotética de sua utilização na PPI da Assistência. A primeira é relativa à possibilidade de utilização de parâmetros epidemiológicos mais precisos para proceder à avaliação/gradação dos danos redutíveis. A segunda refere-se à escolha metodológica de jamais aferir um valor nulo ($V=0$) à vulnerabilidade de qualquer que seja o dano, ainda que o dano em questão seja considerado irreduzível. Nesses casos, poder-se-ia definir um valor mínimo diferente de zero para todos os danos considerados irreduzíveis, ou, da mesma forma sugerida no documento do CENDES-OPAS, tratar os danos redutíveis e não-redutíveis como não homogeneizáveis. Para esta última opção, seria necessário definir uma alocação aleatória de recursos entre eles (procedimento *ad hoc*) para só então proceder à priorização de cada grupo de danos (redutíveis ou não) em separado.

Quanto, enfim, às críticas de Testa à variável custo, a única possibilidade de sua resolução parece ser recorrer à produção teórico-metodológica da Economia de Saúde, em sintonia com produções da epidemiologia. Assim, os estudos de avaliação econômica, estimativas de custo, eficácia, letalidade, comparação econômica entre a utilização de distintas técnicas, dentre outros, que tem se desenvolvido fartamente nas duas últimas décadas, podem amparar a qualificação da variável custo a ponto de torná-la passível de ser utilizada no processo de planejamento e programação.

Resolvida a questão da definição de prioridades, analisemos as considerações de Testa sobre o segundo passo do processo de formulação de plano no CENDES-OPAS, a normalização, tanto de instrumentos como de atividades. Este passo é destacado por Testa, da mesma maneira que na análise do segundo momento do diagnóstico (a análise dos recursos,

sua instrumentalização e rendimentos), como aquele que merece menos crítica (críticas apenas pontuais, e “facilmente remediáveis”). Para a PPI, portanto, pode ser reiterada a crítica de não utilização explícita e sistemática desses conceitos, como forma de qualificação de seu referencial teórico-conceitual, e como respaldo para se superar possíveis entraves metodológicos atuais.

No que cabe à avaliação crítica de Testa sobre o terceiro passo para a elaboração do plano no CENDES-OPAS, a redistribuição dos novos instrumentos normalizados aos danos priorizados, analisemos suas relações possíveis com a PPI da Assistência à Saúde. Parece que a crítica mais pertinente de ser transposta à PPI é, de fato, a relativa à possibilidade de construção de um “orçamento-ficção” com a sucessão de erros em todo o processo programático. Esse orçamento sem referência à “expressão financeira a preços correntes”, distante do “cálculo em termos reais” (TESTA, 1992, p. 27) também aparece na PPI, conforme referido anteriormente. Entretanto, a justificativa dessa pertinência da crítica de Testa é diferente da apresentada pelo autor.

Enquanto no CENDES-OPAS o “orçamento-ficção” é resultado das taxas elevadas de inflação e da distorção nos preços relativos dos países latinoamericanos, que compõe a base da crítica de Testa, na PPI a “porção ficção” do orçamento é resultado da negligência (já discutida) do processo de programação em se dedicar à análise dos custos, tanto das ações e serviços de saúde quanto do combate aos danos.

A última crítica técnica de Testa ao CENDES-OPAS parece certa também à PPI. Trata-se dos “desvios à margem do procedimento metodológico, que ficaram nas mãos dos políticos” (TESTA, 1992, p. 27), que acabavam por reduzir enormemente a viabilidade da formulação programática. Enquanto no CENDES-OPAS as respostas *ad-hoc* dos políticos assumiam a “responsabilidade de decidir tudo aquilo que o plano não contemplava” (TESTA, 1992, p. 27) – como o volume de recursos a ser destinado ao setor saúde, o grau de prioridade a ser dedicado às doenças não erradicáveis, as decisões sobre os investimentos e a distribuição interregional, dentre outras – na PPI o rol dessas questões que dependem de decisões (digamos) não-metodológicas é também significativo, e parte delas também concorre para a redução de viabilidade da programação. Para citar apenas algumas delas: o critério de alocação de recursos das reservas técnicas, a forma de proceder à macro-alocação de recursos, a parametrização dos procedimentos não previstos nas áreas estratégicas, o critério de definição de encaminhamentos dos usuários, etc.

Cabe destacar, entretanto, que nem todas essas questões que não estejam contempladas no método da PPI necessariamente reduzam a viabilidade da programação, ou resultem em

aspectos negativos. A questão que surge aqui é a possibilidade de fixação de uma técnica com poderes (uma tecnocracia) ou a utilização do poder de decisão em prol da ampliação da participação necessária de diversos segmentos sociais. No caso das áreas estratégicas, por exemplo, a consulta a especialistas, à experiência dos serviços e das políticas, a escuta dos movimentos sociais e o posicionamento das áreas técnicas e dos gestores foi a forma escolhida para a determinação de um conjunto de parâmetros assistenciais (parâmetros de cobertura, de concentração e de população-alvo, considerados como um produto provisório de um processo de debates e negociações) que pareceu superar a definição unilateral de parâmetros técnicos supostamente neutros e universais. Esse é, aliás, parte do conteúdo do segundo grupo de críticas de Testa ao CENDES-OPAS: a crítica tecnocrática.

Vale lembrar que a chamada crítica tecnocrática não se refere propriamente ao documento do CENDES-OPAS, mas à sua utilização em cursos, processos de investigação e assessoria. Mas analisemos se ela pode contribuir com uma crítica também à PPI.

A forma de tratar as instituições de saúde sem fazer referência a elementos especificamente organizacionais, tratando apenas de processos de descrição, parece pertinente enquanto crítica também à PPI. As questões relativas ao funcionamento das organizações de saúde não são consideradas em nenhum momento na PPI. Tanto que no diagnóstico o que mais se aproxima de uma visão que poderia referir ao funcionamento das instituições é a análise da capacidade instalada (como se esta fosse a única informação relevante para se compreender a dinâmica das organizações).

Na outra ponta do processo, na etapa de programação intramunicipal, a única perspectiva apresentada é a de alocação de recursos nos estabelecimentos de saúde por meio de processos de contratualização. Essa pode ser a margem para algum tipo de análise da organização ao menos no final do processo de programação, a depender da qualidade do processo de contratualização a ser desenvolvido. Do mais, pode-se considerar que os aspectos administrativos incorporados tardiamente ao CENDES-OPAS não foram agregados à proposta metodológica da PPI da Assistência à Saúde no SUS.

Quanto ao aspecto político da crítica tecnocrática de Testa, pode-se dizer que, ao menos discursivamente, a PPI incorpora parte da crítica (pertinente) da necessidade de se trabalhar os aspectos políticos – como “verdadeiro caráter de conflito” (TESTA, 1992, p. 28) – do processo de programação. Essa concepção parece estar presente, por exemplo, no discurso da estimativa de necessidades de saúde e no processo de negociação entre gestores. Portanto, ao afirmar que o discurso da PPI incorpora a necessidade de consideração de

aspectos políticos da programação, considera-se que essa incorporação se dá em uma visão que extrapola aquela apenas funcionalista da noção do que seja político.

A crítica filosófico-epistemológica de Testa ao dizer que “que o científico e o político são verso e reverso de uma inseparável moeda, cuja cara ou coroa são apenas as formas de apresentação assumidas em circunstâncias diferentes” (TESTA, 1992, p. 29) extrapola a contribuição apenas ao CENDES-OPAS ou à PPI da Assistência, configurando-se em um relato vívido que deve fazer parte do acervo de aprendizados com a história dos povos latinoamericanos. Dessa forma, dispensa os comentários específicos quanto a sua pertinência à PPI da Assistência à Saúde no SUS.

4.2.2. A PPI E AS CRÍTICAS DE JAVIER URIBE RIVERA AO CENDES-OPAS

As críticas de Javier Uribe Rivera ao CENDES-OPAS são bastante sistemáticas, apresentadas em dez itens bem delimitados, e serão cotejadas agora com a PPI da Assistência.

Os documentos da PPI da Assistência à Saúde no SUS respondem à primeira crítica de Rivera à programação tradicional – a isenção de seu papel de redistribuição de recursos no setor por meio da regulação sanitária – ao apresentarem, dentre os objetivos gerais do processo de programação a busca da “equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde” e “a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2006 c). Esse discurso deveria ser o suficiente para afastá-la dos enfoques baseados “na mera oferta de recursos”, entretanto, não se pode esquecer a crítica já apresentada quanto ao movimento promovido no documento “Diretrizes para a PPI...” de substituição da análise das necessidades de saúde pela estimativa de demanda por ações e serviços de saúde.

A segunda crítica de Rivera à programação tradicional é absolutamente pertinente também à PPI. A forma como a PPI trata os dados políticos, institucionais e tecnológicos não difere significativamente da forma apresentada nos enfoques normativos, em que esses dados são tratados como “referências preexistentes” (RIVERA, 1992, p. 181), externas e anteriores ao processo de programação. A única ressalva que pode ser realizada é quanto a alguns aspectos políticos que são incorporados, de fato, ao processo de programação (como a pactuação entre gestores, a negociação de parâmetros assistenciais, dentre outros).

A relação da programação com o planejamento, também, apresenta uma dupla interpretação. Por um lado, pode-se considerar que a PPI se apresenta, sim, como “um nível de menor agregação da função planejamento”, devendo estar inserida no processo geral de

planejamento do SUS. Por outro lado, não é possível afirmar que caiba à PPI uma função “predominantemente técnica”, distante da análise de viabilidade política. O político, como já dito anteriormente, não “antecede e se superpõe à programação, condicionando seus parâmetros” (RIVERA, 1992, p. 181), mas penetra a programação e, de dentro do processo, participa definindo parâmetros e outros aspectos que requisitem negociação.

Quanto ao terceiro elemento da crítica de Rivera à programação no enfoque normativo, a redução das “necessidades ao plano setorial ou das condições de saúde” (RIVERA, 1992, p. 181), considera-se que a crítica seja ainda mais pertinente à PPI que ao CENDES-OPAS. Isso porque o CENDES-OPAS procura, ao menos, dedicar-se à análise das necessidades com a avaliação dos danos de saúde, incorporando, ainda que grosseira e parcialmente, uma análise da eficácia das técnicas (a partir de dados da literatura). A PPI, por sua vez, isenta-se quase que completamente de incorporar a noção de danos, agravos, riscos ou doenças (que ficam restritas apenas às áreas estratégicas), sob o argumento da “insuficiência teórica e metodológica no campo do planejamento em saúde, que não acumulou (...) conhecimento necessário para correlacionar os fatos do adoecer a morrer com as tecnologia e ações de saúde” (BRASIL, 2006 d, p. 16). E ambas as propostas de programação (CENDES-OPAS e PPI) restringem-se ao plano setorial, da forma como criticado por Rivera.

Embora, de maneira geral, a PPI não faça referência explícita à noção de otimização, bem como à normalização instrumental para se trabalhar com os recursos, a mesma crítica (a quarta) de Rivera ao CENDES-OPAS quanto à “descaracterização político-institucional do atendimento” promovida pela uniformização das “diferentes instâncias institucionais que conformam o sistema” (RIVERA, 192, p. 181) pode ser feita à PPI. E essa crítica se caracteriza pela não consideração de aspectos institucionais/organizacionais na análise de situação (do diagnóstico), pela ausência de uma explícita concepção sobre a natureza do processo de trabalho em saúde, pela não singularização dos valores (custos) dos procedimentos para as diversas realidades locais/regionais, dentre outros.

À quinta crítica de Rivera, a da utilização do método CENDES-OPAS enquanto instrumento de programação local, dissociado da programação em rede e em perspectiva regional, a PPI parece estar imune. Toda a referência ao “processo de programação e as relações intergestores” (BRASIL, 2006 d, pp. 38-45) demonstra que a PPI da Assistência está desenhada de forma a se compatibilizar com uma proposta de programação que preveja pactuação intergestores e a constituição de uma rede assistencial de característica regional, reduzindo (mas não anulando) o risco de uma “assincronicidade estrutural da rede” (RIVERA, 1992, p. 181).

A sexta análise da programação local tradicional realizada por Rivera refere-se, também integralmente, a uma possível crítica à PPI a Assistência. Isso porque, na PPI, os problemas são tratados exclusivamente no âmbito setorial, centrado essencialmente em ações sanitárias desagregadas e baseadas em um “conceito operacional de programa setorial sobre o conceito amplo de problema” (RIVERA, 1992, p. 182). Não se consegue, assim, com o referencial teórico-metodológico hoje apresentado pela PPI da Assistência, responder às ponderações apresentadas por um conceito ampliado de saúde que poderiam contribuir para a qualificação das ações intersetoriais.

Quanto ao aparente desconhecimento, por parte dos programadores tradicionais, do “papel dos atores sociais na formulação e implementação” da programação, que deriva da “presunção de que um único ator programa” (RIVERA, 1992, p. 182) – a sétima crítica de Rivera – e resulta da compreensão cientificista do método, é possível afirmar que, para a PPI, essa crítica é bem menos pertinente que para o CENDES-OPAS. Novamente, pelas perspectivas de incorporação do político ao processo da PPI da Assistência. Reduz-se assim, de certa forma, a referida “rigidez normativa” da PPI, mas não necessariamente reduz-se a chance de fracasso dos documentos de programação, referidos por Rivera.

Na oitava crítica à programação tradicional, Rivera dedica-se a analisar a perspectiva de aproximação a um critério de eficácia (e não somente de eficiência) na produção de melhores condições de saúde e, portanto, a necessidade da colocação do sistema de serviços de saúde como foco do processo de programação. Ao menos parcialmente, a PPI incorpora essa crítica. Parcialmente, pois apresenta nos documentos um processo de construção da programação que envolve todos os níveis de complexidade do sistema (da atenção básica à alta complexidade), com pactuação entre gestores em diversas instâncias (municipal, regional e estadual). Entretanto, os mesmos documentos da PPI não fazem referência a qualquer instrumento ou método da programação que promova uma avaliação da eficácia (nem sequer da eficiência) das ações desenvolvidas, tratando apenas do cumprimento (ou não) de determinadas metas de produção de ações e serviços de saúde.

A penúltima crítica do autor à programação local tradicional parece bastante pertinente também à PPI, em especial no que diz respeito à “participação efetiva da população na geração da informação e da linguagem dos programas” (RIVERA, 1992, p. 183). Ainda que em algumas etapas da PPI estejam previstas as participações dos conselhos de saúde, essa participação mantém-se com excessiva centralização técnica, que reduz a possibilidade de contribuição (e acompanhamento) dos demais atores sociais. O cuidado com a geração de informação, com a linguagem dos programas e com a forma de organização dos processos de

construção das programações, de forma a possibilitar uma redução proporcional da representação técnica e uma ampliação proporcional de outros setores da sociedade pode gerar ganhos importantes à PPI, além de estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Como uma última crítica à programação tradicional, Rivera retoma a questão da linguagem do processo de programação, e dos sistemas de planejamento em geral. É impossível discordar da pertinência das colocações do autor para a PPI, ao se referir à pobreza da linguagem programática, eivada de informações quantitativas e com “ausência de informação qualitativa ou de afirmações de qualidade (que traduzem conceitos sobre o político e o social)” (RIVERA, 1992, p. 183). Assim, não restam dúvidas de que as proposições do autor, de “maior qualificação da linguagem e sua simplificação (o que subentende uma tarefa cultural)” (RIVERA, 1992, p. 183), são pertinentes como contribuições à programação da assistência à saúde no SUS.

5. ELEMENTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO TEÓRICA SOBRE ASPECTOS DA PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS

Uma sistematização de uma teoria sobre a programação da saúde hoje, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pode significar um enorme avanço para suprir as deficiências discutidas no capítulo anterior sobre a proposta atual de Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Entretanto, essa tarefa extrapola os objetivos deste estudo, e o que neste capítulo pretende-se realizar é tão somente uma exposição de alguns aspectos relativos à PPI, sob a forma de tópicos cujos conteúdos remetem a reflexões realizadas em outros capítulos, que possam auxiliar uma sistematização teórica posterior. Esses aspectos serão divididos em: aspectos gerais; aspectos relativos ao diagnóstico e aspectos relativos à programação propriamente dita.

5.1. ASPECTOS GERAIS DA PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS

- Há a necessidade de uma reflexão teórica sobre qual deve ser o objeto da PPI da Assistência à Saúde no SUS como, por exemplo: a própria saúde ou as atividades de saúde;
- Caso, de acordo com Chorny (1998) e Pineault e Daveluy (1990), o objeto da programação seja considerado a saúde, há ainda a necessidade de um modelo teórico que seja capaz de construir um certo grau de explicação sobre ela (a saúde);
- Sendo o objeto da programação da saúde as atividades (ou ações, atos, procedimentos etc.) de saúde, em consonância com a proposta do CENDES-OPAS (e mesmo a proposta atual da PPI), deve-se avançar na exploração dos impactos dessas atividades sobre a saúde (ou as doenças);
- A teoria que explica o processo de programação pode ser mais complexa que sua utilização cotidiana (práxis), por qualquer dos atores que dela se utilizem, mas não pode com ela contradizer-se;
- A programação pode (deve) ocupar-se tanto do quê fazer quanto do como fazer, sendo esses dois elementos interrelacionados;
- A programação está contida no planejamento, havendo interdependência entre ambos, assim como os processos normativos devem estar (ao menos parcialmente) incorporados aos processos estratégicos, não devendo haver, entretanto, sobreposição de um sobre o outro;

- Há um “congelamento da realidade” necessário de ser realizado para viabilizar a programação. Essa é uma limitação intrínseca da programação, somente contornável pelo processo de constante e ininterrupta atualização das informações referentes ao processo programático e do próprio processo de se programar;
- Existem valorações a serem estabelecidas no processo de programação que são dependentes dos valores da sociedade e do tempo (momento) em que se programa e, dessa forma, a programação só faz sentido se bem contextualizada temporal e espacialmente;
- A programação pode (e deve) ser utilizada por atores sociais em diferentes inserções político-institucionais, sendo de valia não somente para gestores e prestadores de saúde, mas também para trabalhadores e usuários interessados na participação social na saúde;
- A programação não contém, em si, um único sentido de posicionamento com relação à política, podendo ser utilizada como instrumento no jogo social;
- A possibilidade de quantificação da saúde seja em atividades, recursos, atos, etc. é essencial para a possibilidade de mensuração e priorização de objetivos, metas e resultados, bem como para o processo de avaliação;
- À normatividade clássica do processo de programação deve ser contraposta uma instrumentalidade mutável da práxis social, dependente dos atores que programam;
- Deve haver um cuidado na produção da linguagem dos processos programáticos, de forma a viabilizar a possibilidade de participação ampliada de sujeitos sociais e reduzir ao máximo a (intrínseca) violência simbólica própria dessa categoria de processos;
- É facultada a incorporação ou não da programação ao processo de gestão, sendo os resultados da gestão possivelmente influenciados por essa escolha;
- A programação pode dizer respeito também a uma prática tecnológica de organização do trabalho em saúde, devendo ser melhor esclarecidas as relações entre essa perspectiva da programação e a perspectiva contida nos documentos da PPI da Assistência à Saúde;
- Pode-se considerar que existem elementos influenciados pela micropolítica do trabalho em saúde que podem ser programáveis, a exemplo da alteração no rendimento de um determinado instrumento em situações semelhantes (mas não iguais);
- Em termos teóricos, a programação deve possibilitar aberturas a modelos causais que comportem as categorias de não-linearidade e de lógicas não-determinísticas, com agregação de modelos explicativos que agreguem elementos de contingência e sobredeterminação;

- A programação da saúde não se refere somente a um instrumento/método de racionalização da utilização de recursos, podendo, entretanto, ser para isso utilizada;
- A programação da saúde não prescinde da epidemiologia, mas é necessário um conjunto mais amplo e complexo de disciplinas/referenciais teóricos para sua viabilização como instrumental de utilização comum a atores em situações sociais diferentes;
- Os princípios e diretrizes do SUS podem ser fortalecidos com o processo de programação da saúde, entretanto, não é este o único sentido de utilização da programação, que pode atuar, inclusive, em contraposição a esses princípios e diretrizes;
- Parece possível a incorporação de referenciais teóricos das matemáticas e da informática para a qualificação do processo de programação da assistência à saúde, como um *continuum* no movimento de ampliação da eficiência dos serviços de saúde, a partir da utilização, em especial, de recursos advindos da teoria de otimização;
- A eficácia, mais que a eficiência, deve ser um dos objetivos a serem perseguidos pelo processo de programação;
- Dentre uma das finalidades da PPI da Assistência está a ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio da regulação. Esses dois instrumentos, programação e regulação, devem manter uma relação de interdeterminação e enriquecimento recíproco;
- A coerência entre propósitos, método e organização amplia o potencial de eficiência e eficácia da programação;
- O processo programático pode (e deve) utilizar-se de instrumentos de formalização de compromissos, como os contratos (processo de contratualização), em que sejam estipulados responsáveis, metas, prazos e sanções, bem como indicadores de avaliação e processo de atualização/revisão dos pactos estabelecidos;
- A programação não deve estar distanciada do processo de gestão;
- Enquanto prática tecnológica de organização do trabalho em saúde, a programação deve ocupar-se mais da produção de autonomia no processo de trabalho do que da produção do controle, embora possa ser utilizada em ambos os sentidos.

5.2. ASPECTOS RELATIVOS AO DIAGNÓSTICO NA PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS

- Há um possível ganho conceitual e metodológico com a utilização, de forma explícita, pela PPI da Assistência à Saúde, dos conceitos de instrumento, rendimento,

normalização e outros advindos do CENDES-OPAS, desde que sejam tomados os cuidados necessários expostos na crítica ao CENDES-OPAS;

- Há a necessidade de agregação de produção teórica mais recente da epidemiologia às propostas da PPI, como forma de atualizar os conceitos apresentados e incorporar concepções mais críticas dos conceitos de risco, vulnerabilidade e causação das doenças;

- Há a necessidade da incorporação do debate sobre o custo das atividades de saúde à PPI, para além da consideração das referências da Tabela Unificada de Procedimentos, sob pena de perda legitimidade da PPI e conseqüente distanciamento de seus objetivos;

- A partir da criação do SUS os registros de mortalidade e morbidade tornaram-se muito mais confiáveis, com ampliação de sua qualidade de forma progressiva, sendo hoje disponíveis fontes de informação que possibilitariam sua utilização ampla para o processo de programação;

- Deve haver, por parte da PPI, uma preocupação em incorporar a seus referenciais teóricos as noções de danos, agravos, riscos ou doenças (que ficam hoje restritas apenas às áreas estratégicas);

- Deve haver uma consideração de aspectos institucionais/organizacionais na análise de situação (do diagnóstico) com uma explícita concepção sobre a natureza do processo de trabalho em saúde;

- É essencial que a PPI incorpore a seu arcabouço teórico-conceitual a análise dos custos, tanto das ações e serviços de saúde quanto do combate aos danos, como forma de se evitar a elaboração de orçamentos fictícios;

- As questões relativas ao funcionamento das organizações de saúde devem ser consideradas no processo de diagnóstico da situação de saúde, extrapolando a mera análise de capacidade instalada e incorporando dados institucionais e tecnológicos.

5.3. ASPECTOS RELATIVOS À PROGRAMAÇÃO PROPRIAMENTE DITA NA PPI DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS

- É possível a utilização dos critérios de transcendência, magnitude e vulnerabilidade na definição de prioridades de saúde, ampliando, porém, sua avaliação de aspectos meramente técnicos, econômicos ou sanitários, para aqueles definidos como prioritários, técnica ou politicamente, por sujeitos e coletivos sociais;

- Devem ser construídos argumentos e parâmetros mais amplos (e negociados socialmente) de definição do valor social atribuído aos danos (e aos grupos de indivíduos que os portem), de forma a superar os restritos parâmetros do CENDES-OPAS, quais sejam, a estimativa de impacto dos danos para as atividades laborais ou o cálculo da perda de horas de trabalho;
- É possível a utilização de parâmetros discriminatórios positivos no processo de definição das prioridades, de forma a possibilitar a promoção da equidade;
- É possível (e desejável) a utilização de parâmetros epidemiológicos mais precisos que os utilizados no CENDES-OPAS para proceder à avaliação/gradação dos danos redutíveis, de forma a possibilitar a utilização da variável vulnerabilidade no processo de priorização;
- Pode ser necessário, no processo de priorização, tratar os danos redutíveis e não-redutíveis como não homogeneizáveis, como forma de não aferir vulnerabilidade nula aos danos não redutíveis (e, por consequência, excluí-los do processo de programação). Para tanto, seria necessário definir uma alocação aleatória de recursos entre eles (procedimento *ad hoc*) para só então proceder à priorização de cada grupo de danos (redutíveis ou não) em separado;
- É necessária a incorporação, pela programação, de produção teórico-metodológica da Economia de Saúde, em sintonia com produções da epidemiologia, na forma dos estudos de avaliação econômica, estimativas de custo, eficácia, letalidade, comparação econômica entre a utilização de distintas técnicas, dentre outros, para amparar a qualificação da variável custo a ponto de torná-la passível de ser utilizada nos processos de planejamento e programação;
- É possível e desejável proceder, no processo de programação, à normalização, tanto de instrumentos como de atividades;
- É importante que haja, por parte da PPI da Assistência, uma preocupação em responder às ponderações apresentadas por um conceito ampliado de saúde que poderiam contribuir para a qualificação das ações intersetoriais;
- É desejável que exista a participação efetiva da população no processo de programação e, para tanto, o cuidado com a geração de informação, com a linguagem dos programas e com a forma de organização dos processos de construção das programações são necessários para possibilitar uma redução proporcional da representação técnica e uma ampliação proporcional de outros setores da sociedade.

6. CONCLUSÕES

Pode-se considerar o método CENDES-OPAS como o precursor teórico-conceitual da PPI da Assistência à Saúde no SUS, bem como de outras iniciativas de programação da saúde na América Latina. A relação entre o CENDES-OPAS e a PPI da Assistência, entretanto, estabelece-se de maneira bastante singular. Há semelhança na definição do objeto da programação entre as duas propostas (a programação das atividades, ou ações e serviços, de saúde). Há divergência entre as propostas quanto a seus objetivos: o CENDES-OPAS propõe o uso eficiente dos recursos e a PPI trabalha, dentre outros, a busca de equidade, a alocação dos recursos financeiros de custeio e a organização da rede de serviços. Há, por fim, grande grau de convergência entre os instrumentos utilizados pelas duas propostas estando, *grosso modo*, quase todas as propostas metodológicas da PPI englobadas pelo CENDES-OPAS.

Em ambas as propostas é perceptível a ausência do propósito de planejamento da saúde da população, ou o planejamento das instituições ou do sistema de saúde. CENDES-OPAS e PPI tratam, então, do planejamento de atividades, que, em última análise, só se tornam úteis, eficazes, coerentes com as instituições e com o conjunto do sistema se agregadas a um processo geral de planejamento.

Por outro lado, pode-se considerar que o CENDES-OPAS, em comparação com a PPI, possui um arcabouço teórico-metodológico muito mais robusto e finalidades mais abrangentes (tanto no tocante ao diagnóstico quanto na elaboração do plano), mas a PPI avança mais na perspectiva de produção de equidade e construção de redes assistenciais, a partir da regionalização e da negociação intergestores. Esses avanços da PPI são resultado de sua inserção no SUS, submetida a princípios e diretrizes mais consistentes que os dela própria.

A diferença entre a consistência teórica do CENDES-OPAS e da PPI pode ser explicada possivelmente pela natureza das duas propostas. Enquanto o CENDES-OPAS surge como um informe, um manual técnico sobre aspectos conceituais e metodológicos, para apresentar e promover o processo de programação nos países da América Latina, tendo sido aprimorado durante vários anos por uma equipe exclusivamente destinada a este fim, os documentos da PPI surgem enquanto documentos normativos, de apresentação de uma política e forma de sua implementação. São tipos de documentos distintos, sendo esperado, de fato, ao primeiro deles um grau de consistência maior.

Pode-se avaliar que há nos documentos oficiais da PPI a existência de indefinições, insuficiências e contradições conceituais e metodológicas que podem ser em parte responsáveis pela redução da qualidade da programação da assistência à saúde no SUS. Há,

concomitante, uma escassez da correlação entre teoria e método no âmbito da programação da assistência à saúde no SUS, sendo frequente a referência a diretrizes políticas que não são acompanhadas por proposições teóricas que as respaldem, ou mesmo a contradição entre um enunciado e os resultados que podem derivar da utilização a proposta de método para atingi-los. Alguns exemplos, dentre outros, podem ser a ausência de descrição dos métodos para se estimar a capacidade instalada de serviços, a não-referência à necessidade de estimativa de custo dos procedimentos/atividades, a ausência de correlação entre as atividades de saúde e seu impacto sobre as doenças (danos) e a isenção dos documentos da PPI em apresentarem os mecanismos da programação intramunicipal.

Houve uma alteração histórica no sentido dos termos programação e da expressão Programação Pactuada e Integrada. Desde o início do SUS, a programação aproximou-se primeiro de seu sentido mais ligado ao ciclo do orçamento, transformando-se paulatinamente para a concomitância de sentidos com a programação de atividades, de orçamentação de estabelecimentos de saúde e de elaboração de programas de saúde. Quanto à PPI, sua origem apontava para a PPI da Atenção da Saúde, posteriormente para a existência concomitante das PPI da Vigilância à Saúde (VS), de Epidemias e Controle de Doenças (ECD) e da Assistência à Saúde. Posteriormente as duas primeiras se fundiram e mantêm-se separadas a PPI da Assistência e a PPI da Vigilância à Saúde, com iniciativas de aproximação ainda incipientes.

Não há, tanto no CENDES-OPAS quanto na PPI, um processo de respaldo teórico ao questionamento do montante geral de recursos a ser programado, ou lógica de sua mensuração total, que seria importante para a produção de um debate qualificado sobre a situação do (sub)financiamento da saúde no Brasil.

A PPI não se dedica a manejar outros recursos senão os recursos financeiros. Assim, aposta no desenho das redes assistenciais a partir apenas da alocação de uma parte do custeio dessas redes. O debate sobre os investimentos acaba não tendo espaço para ser realizado no âmbito da PPI e, assim, legitima-se apenas a manutenção da oferta de serviços atuais, ou o financiamento do que já é hoje realidade dos serviços.

Há a necessidade de ampliação da coerência externa da PPI da Assistência, por meio da ampliação de sua vinculação com os instrumentos de planejamento, bem como os de contratualização, regulação, avaliação e controle. Há, por fim, a necessidade de fortalecimento dos processos de programação local e de ampliação da participação do controle social na PPI, e concomitante necessidade de teorias, métodos e instrumentos que estimulem e auxiliem a prática da programação da saúde no SUS, em sintonia com o processo

do planejamento. Entretanto, paralelamente, persiste a fragilidade da produção teórica recente sobre o assunto.

6.1. LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO E NECESSIDADES DE OUTROS ESTUDOS

Este estudo restringiu-se à análise teórica da PPI da Assistência à Saúde, com ênfase em seus aspectos conceituais e metodológicos, a partir de sua comparação com a metodologia clássica de programação em saúde na América Latina, o método CENDES-OPAS, e com suas críticas. Nesse sentido, existem diversos outros enfoques sobre a temática que foram deliberadamente omitidos e que, entretanto, podem contribuir enormemente para a produção de conhecimento e de práticas na área.

Dentre as perspectivas principais de outros estudos que mereceriam ser realizados encontra-se: a análise das contribuições da literatura à programação da saúde apresentadas após a crítica ao CENDES-OPAS; a realização de estudos empíricos (notavelmente escassos) sobre a temática; a exploração da correlação da programação em saúde com o processo de trabalho em saúde; a investigação sobre as correlações da PPI com os diversos instrumentos e métodos gerais de planejamento em saúde; uma análise do discurso da programação da saúde no SUS; a possível contribuição do debate sobre as tecnologias do cuidado e da micropolítica em saúde à programação da saúde; a reflexão sobre o papel da razão instrumental na área da saúde; as investigações sobre as teorias de saúde-doença e suas implicações para o planejamento e a programação; a sistematização de contribuições da economia da saúde à programação; a realização de análises comparativas de experiências internacionais de programação em saúde; dentre muitas outras.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO *et al.* Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2010. In <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/pesquisas/finish/63/263>>, acesso em 13.06.2011.
- ALBUQUERQUE, C. & ARAÚJO, P. S. X. Programação pactuada e integrada (PPI): uma proposta de organização da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro. In. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS. Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 2002. p. 191-213.
- BARRANCOS, D. & MENDES, E. V. Memoria de planificadores: otra historia de la planificación en salud en América Latina. Washington: OPAS, 1992.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001. Brasília, DF, 2001 a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 483, de 06 de abril de 2001. Define os objetivos e diretrizes gerais da PPI da Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2001 b.
- _____. Ministério da Saúde. Organização e programação da assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília, DF, 2001 c.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 28 fev. 2002 a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.020, de 31 de maio de 2002. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2002 b.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002 c.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006 a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 1.097, de 22 de maio de 2006*, que define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.
- _____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 d.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.
- CAMPOS, F. C. C. Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG, 1997-98. (Dissertação de Mestrado). Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte, 2000.
- CENDES-OPAS. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Publicación científica n.º 111. Washington: OPAS, 1965.
- CHORNY, A. Planificación en salud: Viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Médico Sociales (Rosario)*, 73:5-30, 1998.
- GOMES, R. M. Programação pactuada e integrada da assistência em Alagoas: desafios para sua implantação. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
- HEIMANN, L. S *et al.* *Programação pactuada e integrada da atenção à saúde e equidade: proposta de metodologia de avaliação segundo enfoque por problemas de saúde* Mostra SES/SP 2007: experiências inovadoras na gestão da saúde no Estado de São Paulo. São Paulo, SES/SP, 2008. pp. 158-161
- JULIANO, I. A. & ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Junho 2004.

- KLEINERT, S. & HORTON, R. 2011 Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- LEVCOVITZ *et al.* Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília (DF): OPAS; 2003.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Volume 15 - N.º 3 - jul/set de 2006
- MATTOS, R. A. O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 40p, 1993.
- MATUS, C. Teoria do jogo social. São Paulo: FUNDAP, 2005.
- MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
- MELLO, R. C. G. Modelo rápido de avaliação: estudo de caso da programação pactuada e integrada de epidemiologia e controle de doenças em municípios do estado do Rio de Janeiro. (Mestrado em Vigilância em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.
- MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, Julho 2009.
- MOLESINI, J. et al. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. *Rev. baiana saúde pública*; 34(3), jul-set. 2010.
- OLIVEIRA, F. J. F. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: Uma discussão sobre a gestão do SUS. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; s.n; 2004. 155 p.
- OMS (World Health Organization). The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva; WHO; 2000.
- ONOCKO, R. *O Planejamento no Divã ou Análise Crítica de uma Ferramenta na Gênese de uma Mudança Institucional*. Dissertação de Mestrado, Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1998.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Casa da Qualidade, Salvador, 2000.

- PAIM, J. S & TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (N Esp): 73-8.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian healthsystem: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- PINEAULT, R. & DEVELUY, C. La planificación sanitaria – conceptos, métodos e estratégias. 2ª Ed. Barcelona: Masson, 1990.
- RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Agosto 2010.
- RIVERA, F. J. U. (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1992.
- _____. Os determinantes históricos do planejamento de saúde na América Latina. Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. IMS-UERJ, 1982
- SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia.
- SANTOS, N. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.
- SILVA, M. B. T. Programação pactuada integrada da epidemiologia e controle de doenças – concepção, pacto e realidade: um estudo da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro; s.n; 2003. 92 p.
- SPINELLI, H. & TESTA, M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Desarrollo de la Planificación en América Latina. *Salud Colectiva*. 2005; 1:323-35
- TEIXEIRA, C. (org.) Planejamento em saúde – conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba, 2010
- _____. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- TESTA, M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. Pensamento estratégico e lógica de programação – o caso da saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.
- _____. Saber en salud. Buenos Aires: Lugar; 1997.
- VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S)140-6736(11)60055-X.

APÊNDICE

CONCEITO, SENTIDOS E USOS DO TERMO *PROGRAMAÇÃO*

Um levantamento bibliográfico de bases latino-americanas (SCIELO, LILACS e banco de teses da CAPES) sobre o tema *programação* na literatura da área da saúde apresenta, a um primeiro contato, um panorama bastante confuso de utilização do termo. De sinônimo de *planejamento* a uma técnica de organização da oferta assistencial, passando por *uma etapa do planejamento*, um *momento do método*, uma etapa de definição de parâmetros para a avaliação em saúde, um instrumento de definição da oferta assistencial de ações e serviços de saúde, um instrumento para assegurar a viabilização do Plano de Saúde, entre outras definições. A esse mosaico semântico somam-se as variações de qualificação do termo *programação*, usada então como, por exemplo: *programação em/da saúde*, *programação da assistência à saúde*, *programação da atenção à saúde*, *programação da vigilância à saúde*, *programação de ações e/ou atividades de saúde*.

Como já referido anteriormente, em termos históricos pode-se considerar que, na área da saúde, o termo começou a ser utilizado a partir da Publicação Científica n.º 111, intitulada de “*Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*” (CENDES-OPAS, 1965) e conhecida como método CENDES-OPAS. Desde então, o uso do termo difundiu-se, ainda que – conforme será defendido aqui – sem uma clara definição conceitual. O que cabe por ora argumentar é a profusa utilização do termo *programação* na literatura em saúde a partir da década de 1960, seja como presença marcante nos textos oficiais e de políticas, seja nos textos de caráter analítico e acadêmico.

Embora se considere que a análise semântica de um termo deva ser realizada com a exploração de sua utilização viva, cotidiana, pelos sujeitos e coletivos que dele se utilizam, tem-se a clareza que tal objetivo extrapola as possibilidades deste estudo. Dessa forma, para se produzir uma maior aproximação e compreensão do termo *programação* e explorar alguns dos conjuntos de sentidos a ele atribuídos, será feita a seguir apenas uma exposição das origens e significações historicamente determinadas (etimologia) e dos sentidos (semântica) que o termo assume na literatura.

I. ETIMOLOGIA E SEMÂNTICA DO TERMO *PROGRAMAÇÃO*

A pesquisa da etimologia do termo programação não fornece, a princípio, grande contribuição para compreensão de seus usos atuais, em especial para a área da saúde. Entretanto, parece relevante sua apresentação para a descrição de sua apropriação histórica, como uma sustentação para uma melhor clareza de sua definição conceitual.

O termo *programação* advém do termo *programa*, historicamente mais antigo, derivado do grego *prógramma*, “informação pública escrita”, “escrito dado a público”, pelo latim *programma*, “proclamação, edito”, donde *prographein*, “escrever para uso público”, de *pro-*, à “frente”, mais *graphein*, “escrita”. Os primeiros usos do termo registrados e conhecidos nos idiomas francês e inglês datam do século XVII, e no português, do século XIX.

Assim, tem-se no *Dictionnaire étymologique et historique du français* (DUBOIS, MITTERAND & DAUZAT, 1994) os usos históricos do termo *programme* (programa):

programme 1677, Duilier, liste; 1765, *Encycl.*, théâtre; 1857, Flaubert, pédago.; 1830, F. Wey, polit.; milieu XX^e s., électron.; bas. lat. *programma*, du gr. *programma*, affiche, de *pro*, devant, et la rac. de *graphein*, écrire. || **programmer** 1917, Giraud. || **programmateur** 1955, *journal*. || **programmeur** 1962, Robert. || **programmatische** 1963, *journal*. (P. 620.)

De forma bastante semelhante é apresentado o verbete no *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française* (BAUMGARTNER & MÉNARD, 1996):

programme (XVII^e s.), empr. au grec *programma* “ce qui est écrit à l’avance, ordre du jour”, comp. de *pro* “avant, devant” et *gramma* “ce qui est écrit”, empl. en fr. au sens de “écrit annonçant le contenu d’une cérémonie, d’un spectacle”, à partir du XVIII^e s. au sens de “exposé general d’intentions, de projets, d’objectifs politiques” et dans le voc. didactique (enseignement, art, sciences, informatique). || **programmer**, **programmation**, **programmateur** (XX^e s.). (Pp. 637-638.)

Na língua inglesa, programa (*programme*) aparece como

programme, **program** prou·græm A. †Sc. public notice XVII; B. descriptive notice or plan of intended proceedings XIX. In sense A – late L. *programma* – Gr. *prógramma* public written notice, f. *prográphein* write publicly, f. *pró* PRO-+*gráphein* write; in sense B – F. *programme*. (ONIONS, 1996, p. 714.)

Já no português de Portugal, o termo é registrado no *Dicionário etimológico da língua portuguesa – com a mais antiga documentação escrita e conhecida de muitos dos vocábulos estudados* (MACHADO, 1967) da seguinte maneira:

Programa, s. Do gr. *prógramma*, “ordem do dia, inscrição”, pelo lat. *programma*, “publicação por escrito, cartaz, edital”; por via culta. Em 1813, Morais. (P. 1891.)

No Brasil, encontram-se três registros etimológicos do uso do termo, o de Nascentes (1966), o de Bueno (1968) e o de Cunha (1986). No Dicionário etimológico resumido, Nascentes (1966) apresenta:

Programa. Do gr. próγραμμα “cartaz pelo qual se fazia conhecer de antemão o assunto sobre que se ia deliberar”, pelo lat. programma, por via semi-erudita. Programático. Do gr. próγραμμα, atos ‘programa’ e suf. -ico. (P. 610.)

No *Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa* (BUENO, 1968) encontra-se:

Programa – s. m. Impresso em que se dá a conhecer o conjunto de actos de uma festa, de uma reunião política. Elenco, lista, índice de alguma cousa. Lat. tard. programa de igual forma em grego.
 Programação – s. f. Elaboração de programas. De programar e suf. ção.
 Programador – adj. Pessoa encarregada de fazer o programa de uma festa ou de uma reunião. De programar e suf. dor.
 Programar – v. t. Fazer programa, elencar os números que devem figurar numa festa ou reunião. De programa e o suf. ar. Deriv.: programado, part. pass.
 Programatizar – v. t. O mesmo que programar. Lat. Programma, programatis e o suf. izar. Deriv.: programatizado, adj. programado, delineado. (P. 3210.)

Para Cunha (1986), no conhecido *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*, tem-se:

Programa sm. “escrito ou publicação em que se anunciam e/ou descrevem os pormenores de um espetáculo, festa ou cerimônia, das condições dum concurso etc.” 1813. Do lat. tardio *programma* –*Átis*, deriv. do gr. *programma* –*atos* || programAÇÃO XX || programAR XX || programÁTICO XX. (P. 638.)

A partir do século XIX esta palavra passou também a apresentar o significado de “plano ou esquema definido”. No *Dicionário de ciências sociais*, Trasmonte (1986), ao discorrer sobre o verbete *Programa Político*, afirma que “seria muito difícil e de certo modo vão seguir o itinerário da palavra através do tempo, pois isso não enriqueceria o seu significado contemporâneo” (p. 994). Apesar dessa afirmação, o autor incursiona por uma exploração etimológica do vocábulo *programa* que merece ser reproduzida:

A palavra programa teve historicamente vários significados. Na Grécia e em Roma era aplicada tanto a documentos importantes como a um tipo de edito público. Nesse sentido, assemelha-se ao seu emprego ocasional como previsão de acontecimentos e tarefas econômicas, mas só muito remotamente pode projetar seu eco sobre o sentido político atual. (...) A acepção atual vem do séc. XIX. Não é fácil precisar como e quando o termo começou a ser utilizado no sentido político concreto, mas observa-se que já é empregado, por exemplo, por J. F. M. de la Salud Donoso Cortés, em 13 de junho de 1837, em seu ensaio sobre religião, liberdade e inteligência. (...) É difícil determinar a sua procedência. Parece claro que se trata de um galicismo (...). (TRASMONTA, 1986, p. 994.)

Somente, entretanto, a partir do século XX, com o desenvolvimento, por um lado, das ciências econômicas e políticas, e por outro, das matemáticas e da informática, é que a palavra passa a traduzir as conotações atuais. Assim, nos dicionários Aurélio (FERREIRA, 1999) e Houaiss (HOUAISS & VILLAR, 2009), podem ser encontrados os principais registros atuais do termo *programação* e seus derivados. Como se verá adiante, a esses registros podem ser agregados e/ou detalhados os sentidos mais específicos das ciências exatas e sociais, bem como ser proposta a incorporação de outros significados, específicos para a área da saúde.

No *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa* (FERREIRA, 1999), encontra-se a seguinte descrição dos verbetes *programa* e *programação*:

programa. [Do gr. *prógramma*, pelo lat. tard. *programma*.] *S. m.* **1.** Escrito ou publicação em que se anunciam e/ou descrevem os pormenores de um espetáculo, festa ou cerimônia, das condições dum concurso, etc. **2.** *P. ext.* Aquilo que se anuncia num programa. **3.** Indicação geral da(s) matéria(s) para estudar num curso. **4.** *P. ext.* Essa(s) matéria(s). **5.** Exposição sumária das intenções ou projetos de um indivíduo, dum partido político, dum organização, etc. **6.** Plano, intento, projeto. **7.** Apresentação, sistemática ou não, de audições radiofônicas ou espetáculos televisionados: *A Rádio X está com um bom programa de música clássica às sextas-feiras.* **8.** Diversão, recreação, previamente planejada: *O programa para esta noite é ir ao cinema; Ontem, como não tinha programa, ficou em casa.* **9.** *Inform.* **V. programa de computador. Programa aplicativo.** *Inform.* (...) **Programa audiovisual.** (...) **Programa de aplicação.** *Inform.* (...) **Programa de computador.** *Inform.* (...) **Programa de índio.** *Bras. Fam. Pop.* (...) **Programa utilitário.** *Inform.* (...) **De programa.** (...)

programação. [De *programar* + *ção*.] *S. f.* **1.** Ato de programar, de estabelecer um programa. **2.** O programa ou plano de trabalho de uma empresa, indústria, organização, etc., para ser cumprido ou executado em determinado período de tempo: *A programação da editora para o ano passado foi totalmente cumprida.* **3.** *Cin. Teatr.* Conjunto ou relação dos filmes, espetáculos ou outros eventos que serão apresentados durante determinado período em uma sala, circuito, espaço cultural, etc: *A programação do Teatro Municipal para este ano já está pronta.* **4.** *Inform.* Ciência ou técnica de elaboração de programas de computador. **5.** *Rád. Telev.* O conjunto dos programas: *A programação diurna das estações de televisão visa, em geral, o público feminino.* ♦ **Programação estruturada.** *Inform.* Paradigma de programação que produz código-fonte de forma modular (q. v.) e hierárquica, visando maior clareza e independência entre as partes do programa, e propiciando a reutilização de código. **Programação linear.** *Mat.* Técnica matemática para solução de problemas que envolvem maximização ou minimização de uma função linear, sujeita a restrições. Ex.: minimização do custo de transporte, dados os limites os limites de capacidade dos vários meios de transporte ou rotas disponíveis. **Programação orientada a objetos.** *Inform.* Paradigma de programação no qual conjuntos de dados e rotinas são tratados como unidades (ditas *objetos*) relativamente autônomas, que interagem por meio de mensagens. **Programação visual.** **1.** Parte do desenho industrial (q. v.) que se ocupa da concepção, representação gráfica e organização de sistemas e mensagens veiculadas através de canal visual (sistemas de sinalização, identidade visual de empresas, planejamento gráfico-editorial, etc.); comunicação visual, *design*. **2.** O produto desta atividade. (Pp. 1645-6.)

No *Dicionário Houaiss da língua portuguesa* (HOUAISS & VILLAR, 2009), por sua vez, *programa* e *programação* são assim apresentados:

programa s.m. (1789) **1** lista escrita em que se enumeram (e às vezes se comentam) as partes de que deverá compor-se um espetáculo, concerto, cerimônia etc.; **programação** **2** a própria composição do espetáculo, concerto ou cerimônia **3** lista total das disciplinas que compõem um curso ou que serão cobradas num concurso **4** exposição escrita das intenções e projetos de uma chapa, um candidato, um partido político etc. **5** cada quadro em que se divide o tempo nas transmissões radiofônicas ou televisivas, com suas características e assuntos próprios <*p. humorístico*> <*p. musical*> **6** lazer previamente planejado <*buscar um bom p. para o fim de semana*> **o p. de computador** INF conjunto de instruções concatenadas, expressas em uma linguagem de programação, que um computador é capaz de executar para alcançar um determinado objetivo • ETIM lat.tar, *programma, ātis* ‘publicação por escrito, edital’, do gr. *prógramma, atos* ‘ordem do dia, inscrição’, prov. por infl. do fr. *programme* ‘id.’ • HOM *programa* (fl. programar)

programação s.f. (sXX) **1** ação ou resultado de programar **2** m.q. PROGRAMA ('lista escrita') **3** lista dos programas, a longo prazo ou permanente, de um teatro, uma emissora de rádio ou televisão etc. <p. das duas próximas semanas> <p. de um canal de televisão> **4** planejamento das ações de uma empresa <cumprir a p. dentro do prazo> **5** INF ação de desenvolver rotinas ou programas de computador <trabalha com p.> **6** INF ciência ou técnica de elaboração desses programas **o p. visual 1** COMN DES.IND ramo do *desenho industrial* que busca, a partir de critérios funcionais e estéticos, a eficácia na aplicação dos elementos gráfico-visuais em produtos editoriais de mídias impressa e/ou eletrônica, sistemas de identidade visual e de sinalização, peças publicitárias, *design* de embalagens, estandes de exposições etc. ; comunicação visual, *design 2* CINE FOT TV aplicação de conceitos estéticos à captação ou edição de imagens para cinema, televisão ou fotografia • ETIM *programar* + -ação • SIN/VAR plano (P. 1558.)

Em suma, o termo *programação* derivou do termo *programa*, que remonta o primeiro registro de sua utilização ao século XVII, nos idiomas francês e inglês, e ao século XIX no português. Sua utilização começou a tomar o sentido atualmente assumido pelo termo somente a partir do século XIX e, notadamente, do século XX com o desenvolvimento da informática, da matemática e da ciência política.

Atualmente, no português do Brasil pode ser considerado como um termo polissêmico, de utilização em quase todas as áreas do saber humano, mas assume seus sentidos principais nas ciências exatas, sendo que sua utilização na área da saúde não é sequer referida pelos principais dicionários.

II. O TERMO *PROGRAMAÇÃO* NAS CIÊNCIAS SOCIAIS E EXATAS

Usos e sentidos do termo *programação* – bem como de *programa* e seus derivados – podem ser encontrados na literatura de quase todas as áreas do conhecimento, das ciências exatas às artes, passando por toda a literatura das ciências sociais, a administração, a economia, a política, o direito etc. Não cabe aqui uma extensa apresentação desses usos, mas apenas uma sumária coleta de alguns dos sentidos encontrados nessa literatura, como ilustração e complementação do foco central que são os sentidos do termo para a área da saúde.

No *Novo dicionário de economia* (SANDRONI, 1994), encontram-se dois sentidos importantes do termo, um voltado à informática (programação de computadores) e o outro à matemática, como base das técnicas de otimização (a programação linear).

Programação. Conjunto de instruções – conhecido também como *software* – fornecidas a um computador para que ele desempenhe determinadas funções. Há dois tipos básicos de programação: um deles, inerente ao aparelho, permite que a máquina “entenda” o segundo tipo de programação, constituído pelas instruções das operações que deverão ser feitas e em qual ordem.

Programação linear. Aplicação da álgebra e do cálculo a problemas (geralmente comerciais) que envolvem um certo número de variáveis independentes de modo a

obter o resultado ótimo. Cada uma das variáveis é expressa na forma de uma função linear dentro dos limites específicos (ou restrições). O resultado geral mais favorável é deduzido, normalmente, com o auxílio do computador. (P. 288.)

Voltando-se às ciências políticas, outro sentido relevante de programa é associado ao programa político. Nos termos de Trasmonte (1986)

Um **programa político** é a síntese dos princípios ideológicos, a orientação e as motivações táticas que uma força política ou um órgão ativo da administração pública pretende defender, exigir ou resolver mediante sua expressão em um documento explicativo, chamado de manifesto em período eleitoral. O candidato, o sindicato ou o partido político, o governo ou a oposição procuram dar a conhecer seus pontos de vista, suas concepções específicas sobre a política a seguir e sobre as perspectivas e possibilidades de concretização.

É utilizado como meio de comunicação com o corpo eleitoral e com a opinião pública, porque aspira a ser uma versão concisa e sensível da ideologia, da tática e da estratégia adotadas por quem o emite. Trata-se também de uma síntese para a ação, já que tais diretrizes gerais visam a pautar a conduta futura. No manifesto eleitoral, principalmente, também é freqüente a inclusão das críticas ao adversário, ao mesmo tempo em que se destacam os êxitos conseguidos pela força política que elaborou o programa. (P. 994.)

Nos dicionários de termos técnicos é frequente a referência a programas ou à programação apenas como uma sequência previsível, detalhada e matematizável de operações. É neste sentido a apresentação de Lapedes (1978):

program [ADP] A detailed and explicit set of directions for accomplishing some purpose, the set being expressed in some language suitable for input to a computer, or in machine language. [AERO ENG] In missile guidance, the planned flight path events to be followed by a missile in a flight, including all the critical functions, preset in a program device, which control the behavior of the missile. [COMMUN] A sequence of audio signals alone, or audio and video signals, transmitted for entertainment or information. (P. 1274.)

programming [ADP] Preparing a detailed sequence of operating instructions for a particular problem to be run on a digital computer. Also known as computer programming.

programming language [ADP] The language used by a programmer to write a program for a computer. (P. 1275.)

O dicionário de informática inglês-português (SUCESU, 1985) traz dois significados ao termo programação, mas mais que isso é de interesse a avaliação da quantidade de derivações possíveis do termo que são apresentadas.

programming. Programação. 1. (SC1) Processo que compreende o projeto, escrita e teste de um programa. 2. Arte de reduzir a instruções detectáveis por máquina o plano para a resolução de um problema. Ver: *automatic programming, convex programming, discrete programming, dynamic programming, integer programming, linear programming, macroprogramming, mathematical programming, microprogramming, minimum-access programming, minimum latency programming, multiple programming, multiprogramming, nonlinear programming, optimum programming, quadratic programming, random access programming, serial programming, structured programming, symbolic programming.* (P. 350.)

A apresentação do termo por Camarão (1994) segue o mesmo caminho:

Program – *programa.*

– Um plano completo para a solução de problema, mais especificamente a sequência completa de instruções de máquina e rotinas necessárias para resolver um problema.

– Para planejar os procedimentos para a solução de um problema. Pode envolver várias outras passagens como análise do problema, preparação do diagrama de fluxo, preparação de detalhes, testes, desenvolvimento de sub-rotinas, locação de áreas de memória, especificação de formatos de entrada e saída etc. Relatado em: routine.

– Uma seqüência de instruções que pode ser interpretada e executada por um computador. (P. 483.)

Programming – *programação*.

O projeto, escrita (codificação) e teste de um programa. Ver: *automatic programming, convex programming, discrete programming, dynamic programming, integer programming, linear programming, macro programming, mathematical programming, multiprogramming, nonlinear programming, quadratic programming*. (P. 483.)

Conforme referido anteriormente, nas ciências exatas é onde se encontram as mais frequentes utilizações atuais dos termos *programação* e *programa*. Essa significação é fortemente polarizada pelos sentidos atribuídos pela informática e pela matemática, e apresentam o tom de previsibilidade esperada dos processos de programação.

III. O TERMO *PROGRAMAÇÃO* NO SUS

O objetivo desta seção é exploração de alguns dos usos e sentidos do termo programação nos textos normativos do SUS, e não é uma análise da Programação Pactuada e Integrada (PPI) – já realizada no corpo do texto. Para tanto, são apresentados excertos da utilização do termo na Lei Federal n.º 8.080/1990 e em algumas portarias ministeriais (as das Normas Operacionais Básicas – NOB), no período compreendido entre 1990 e 1996. Esse limite foi definido pela data de publicação de dois documentos: a Lei Federal n.º 8.080, em 1990 e a NOB-96, em 1996, que apresentou a PPI pela primeira vez.

Na Lei Federal n.º 8.080/1990 o termo programação é usado no artigo n.º 18, dentre uma das competências da direção municipal do SUS, e no artigo n.º 33, no tocante ao financiamento do sistema. O texto é apresentado como se segue:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, **programação** e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

(...)

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

(...)

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à **programação** aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. (BRASIL, 1990, grifos nossos.)

No período de transição do INAMPS para o SUS, ainda em janeiro de 1991, a Norma Operacional Básica – NOB 91 (Resolução n.º 258) registra, em diversos pontos, com o termo programação, em sentido relativo ao planejamento e à execução financeira dos recursos. Apresenta, portanto, na Parte I, relativa ao financiamento da atividade ambulatorial, a criação dos mecanismos de transferência dos recursos de custeio do governo federal para os municípios. É prevista a utilização do “instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INANPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios” e são definidos os “requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os Municípios”. Textualmente, tem-se os seguintes excertos:

PARTE I – FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL:

1.1 – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1.1.1 – Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições contidas no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INANPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.2 – O Convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à **programação**, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei.8.080/90.

(...)

1.1.8.2.1 – São requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os Municípios:

a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;

b) criação de Fundo Municipal de Saúde;

c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;

d) **Programação e Orçamentação da Saúde (PROS)**;

e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);

f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% do seu orçamento; e

g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação. (BRASIL, 1991, grifos nossos.)

Na Parte II da NOB 91, dentre os instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução, retoma-se o uso do termo programação, especialmente em seu sentido econômico-financeiro, estando presente no tocante aos fundos de saúde, aos relatórios de gestão e, especificamente, na programação e orçamentação da saúde:

Quanto aos fundos de saúde, tem-se:

2.2.5 – A aplicação dos recursos destinados aos Fundos de Saúde deve constar de **programação** e especificado em orçamento próprio, aprovado antes do início do exercício financeiro a que se referir.

(...)

2.2.9 – Os recursos financeiros destinados aos Fundos de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial, no Banco do Brasil S.A, segundo cronograma aprovado, destinados a atender aos saques previstos em **programação** específica. (BRASIL, 1991, grifos nossos.)

E aos relatórios de gestão:

- 2.4.1 – O Relatório de Gestão, requisito básico para a transferência automática de recursos aos Municípios deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos
 - 2.4.1.1 – finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutários)
 - 2.4.1.2 – plano de trabalho elaborado (descrever, de forma resumida, os **programas** ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos)
 - 2.4.1.3 – plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as **extra-programadas** e as não executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes), e
 - 2.4.1.4 – resultados alcançados (evidenciar as metas ou objetivos atingidos, relativamente a cada **programa** ou projeto, a **programação e execução orçamentária desses programas ou projetos**, acompanhados de demonstrações financeiras, sem prejuízo de fiscalização indispensável sobre a execução local). (BRASIL, 1991, grifos nossos.)

Um dos instrumentos apresentados na NOB-91 foi a chamada PROS – Programação e Orçamentação da Saúde. Pode-se considerá-la, no SUS, como a precursora da Programação Pactuada e Integrada (PPI). No texto da norma ela é assim apresentada:

- 2.5 – DA PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE – PROS
 - 2.5.1 – A PROS dos Estados, Distrito Federal e Municípios deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, buscando melhoria da eficiência e dos procedimentos a serem seguidos para concretização das ações de saúde em benefício dos usuários.
 - 2.5.2 – A PROS constituirá a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos.
 - 2.5.3 – Para a consecução dos objetivos propostos, será de grande importância a participação ativa no processo de planejamento de todos quantos executam as ações de saúde, bem como dos que as recebem.
 - 2.5.4 – As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão as estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. (BRASIL, 1991, grifos nossos.)

Enfim, na Parte III da NOB 91 são apresentados os instrumentos e mecanismos de controle e acompanhamento, em que volta a aparecer a programação:

- PARTE III – DO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO
 - 3.1 – A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.
 - 3.2 – O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à **programação** aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos. (BRASIL, 1991, grifos nossos.)

Em fevereiro de 1992 é publicada a Portaria Ministerial n.º 234, conhecida como NOB SUS-92. Nesta norma que tinha por pretexto o estímulo à implantação do sistema em todo o país, com a proposição de instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Apresentava elementos para uma metodologia de financiamento federal à saúde e para estímulo ao processo de municipalização, com perspectiva de

organização dos papéis dos entes federados em diversas ações, dentre as quais, o planejamento, a auditoria, o controle e a avaliação.

No tocante à programação, há manutenção da referência à PROS (Programação e Orçamentação em Saúde), considerada fortemente relacionada aos planos de saúde, com defesa da tese de indivisibilidade entre os processos de planejamento e orçamentação. Do texto, que traz também um pouco das perspectivas do planejamento em 1992, apresenta-se o seguinte excerto:

Uma das conseqüências do planejamento será proporcionar o esclarecimento das responsabilidades das três esferas de governo, da definição da prestação e gestão dos serviços e do aporte dos recursos financeiros. Dessa forma, **o processo de planejamento–orçamentação deve ser indivisível**. Assim, **a Programação e Orçamentação em Saúde – PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde**. (BRASIL, 1992, grifos nossos.)

A programação também é trazida, ainda no mesmo sentido orçamentário e financeiro, como uma referência para os processos de auditoria. Textualmente:

À Auditoria compete controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, bem como acompanhar a execução dos programas de trabalho visando ao exame da regularidade, eficiência, eficácia e economicidade da gestão administrativa. A avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios. O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria, a conformidade à **programação** aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos. (BRASIL, 1992, grifos nossos.)

Uma ênfase explícita da NOB SUS-92 é o processo de municipalização da saúde, apresentado, dentre outros elementos, como um critério para o repasse de recursos federais. Nos instrumentos necessários à municipalização, o documento reforça os requisitos de existência de fundo municipal de saúde, conselho municipal de saúde (CMS) e os instrumentos de planejamento, o plano municipal de saúde (aprovado pelo CMS e homologado pelo prefeito) e os relatórios de gestão, esses dois últimos com a presença marcante da programação.

O último artigo da NOB 92, dentro das Disposições Gerais, traz mais um elemento relevante para a história do financiamento do SUS, referente ao repasse de recursos da assistência à saúde para os estados, que reitera a perspectiva colocada para a programação à época.

A partir de 1993 os recursos financeiros, destinados à assistência à saúde, serão repassados de forma globalizada aos Fundos Estaduais de Saúde, devendo ser administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seus respectivos Conselhos, sem prejuízo das informações que deverão continuar a fluir para o nível federal, possibilitando o planejamento, o controle e a avaliação no que lhe compete. A implementação do planejamento ascendente e a Programação e Orçamentação em Saúde – PROS, em cumprimento às Leis n.º 8080/90 e 8142/90, substituirão, assim,

a atual sistemática dos repasses federais segmentados por atividades. (BRASIL, 1992.)

Pode-se dizer que é somente a partir de 1993, com a edição da portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993, a Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/1993), que a programação passa a aparecer no texto de uma norma operacional descolada de sua identificação unívoca com a orçamentação e a alocação financeira e passa a agregar seu outro sentido, de definição e quantificação da oferta física (além de financeira) de ações e serviços de saúde. (Cabe, entretanto recordar que desde 1991 já vinha sendo realizada a quantificação física dos procedimentos, pouco após a NOB 01/91, por ocasião da criação do SIA-SUS e do início de utilização das Fichas de Programação Físico-Orçamentárias, as FPO.)

A NOB 93 propunha-se a regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelecer os mecanismos de financiamento das ações de saúde, particularmente da assistência hospitalar e ambulatorial, além de definir diretrizes para os investimentos no setor (BRASIL, 1993).

Duas partes da NOB 93 têm uma relação bastante próxima com a programação, o item “3. Do financiamento com recursos arrecadados pela União” e o item “4. Das condições de gestão”.

No item “3. Do financiamento com recursos arrecadados pela União”, a NOB 93 trata essencialmente dos mecanismos de financiamento das atividades ambulatoriais e hospitalares. Trabalha-se com o chamado Recurso para Cobertura Ambulatorial (RCA), destinado aos estados para fins de financiamento da cobertura ambulatorial, que tomam por parâmetro as Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA). As UCA eram baseadas em características da população, da capacidade instalada, da complexidade da rede, dos desempenhos financeiro e da auditoria estadual do ano anterior, e eram submetidas à Comissão Tripartite e ao Conselho Nacional de Saúde.

Nesse contexto, destacava-se o uso da programação para o dimensionamento da oferta assistencial:

Os Conselhos de Saúde aprovarão os **critérios de programação dos quantitativos dos serviços**, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Bipartite Intergestores, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. **As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada de hierarquizada de serviços.** (BRASIL, 1993, grifos nossos.)

No tocante ao financiamento das atividades hospitalares na NOB-93, ratificou-se a utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) como sistema também de financiamento, com a manutenção da utilização da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a definição do seu teto quantitativo de forma proporcional à população. E a definição do total de AIH já aparecia estabelecida na norma, tanto para os municípios (8% da população) quanto para os estados (2% da população), com uma margem de adequação na CIB e no Conselho Estadual, desde que observado o limite que cabia ao estado (de 10%). O total de recursos financeiros para a internação corresponderia à multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado/município (de janeiro a dezembro de 1992, corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares).

A programação, enfim, aparecia na parte hospitalar de maneira similar à da parte ambulatorial. No texto:

Os Conselhos de Saúde aprovarão os **critérios de programação dos quantitativos de AIH**, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde. (BRASIL, 1993, grifos nossos.)

Quanto ao item “4. Das condições de gestão”, a NOB 93 apresentava um conjunto de prerrogativas para cada município a depender de como estava classificada sua condição de gestão. Em todos os casos, entretanto, aos municípios cabia a programação de cotas de AIH e o preenchimento das Fichas de Programação Físico-Orçamentária (FPO) dos serviços ambulatoriais.

Para os estados, a NOB 93 previa, a depender da condição de gestão em que estavam classificados, a responsabilidade pela “programação integral com seus municípios”, o que abrangia a manutenção de serviços e investimentos com os recursos próprios e os transferidos pela União, além da programação e distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares.

Para os estados em condições de gestão consideradas *parcial* ou *semiplena*, um novo elemento (relativo à programação) era apresentado na NOB-93, o requisito de “apresentar anualmente à Comissão Tripartite a *Programação Integrada*, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde”. Essa expressão, *Programação Integrada*, aparece pela primeira vez no SUS nesse trecho da NOB-93, entretanto, não são apresentados seu conceito, seus métodos e desdobramentos. Por sua vez, a expressão *Programação Pactuada e Integrada* surgirá apenas três anos depois, na Norma Operacional Básica de 1996. (Como forma de registro, cabe ressaltar que a expressão *Programação*

Integrada também aparecia na POI, a Programação e Orçamentação Integrada, das AIS e do SUDS. Por serem anteriores ao SUS, entretanto, a análise aqui realizada não os contempla.)

Um elemento da conjuntura político-sanitária que parece relevante lembrar é que em meados do mesmo ano da NOB 93 foi promulgada a Lei n.º 8.689, que dispunha sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dava outras providências. Com essa extinção, os três entes federados puderam se tornar, enfim, os gestores da saúde e seus níveis de atuação, sem a concomitância de um instituto nacional vinculado à previdência social.

Na sequência da análise da programação nas leis, decretos e normas do SUS tem-se o importante Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispunha sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dava outras providências. Esse decreto criou o chamado *repasse fundo a fundo*, considerado um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS, que libertariam os gestores das amarras convencionais e viabilizariam o estabelecimento do repasse de recursos financeiros de forma regular, ágil e automática.

O que coube à programação nesse decreto é o artigo 5º, que fazia referência à programação dos serviços e ações, em vinculação com os planos de saúde, nos seguintes termos:

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à **programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde**. (BRASIL, 1994, grifos nossos.)

Por fim, antes de encerrar este capítulo, um último documento que apresentou um lugar à programação no âmbito do SUS, antes da NOB-96, foi o Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Esse decreto, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde, fazia menção aos mecanismos de comprovação da aplicação de recursos transferidos pelo governo federal aos estados e municípios, ressaltando o papel central exercido pelos relatórios de gestão. E, dentro da análise dos relatórios de gestão, trazia um lugar à programação. Apresenta-se o artigo 6º, resumido:

Art. 6º § 3 – O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:
I – **programação** e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
II – comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei n.º 8.142 de 1990;

- III – demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
 IV – documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS. (BRASIL, 1995, grifos nossos.)

Em síntese, a maior parte dos sentidos do termo *programação* no SUS antes da NOB-96, que definiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), eram relativos ao ciclo do planejamento, aos relatórios de gestão e aos instrumentos de controle. O outro sentido que se agregou, de quantificação de ações e serviços de saúde, apareceu um pouco mais tardiamente, e em lugar secundário frente ao primeiro.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO APÊNDICE

- BAUMGARTNER, E. & MÉNARD, P. Dictionnaire étymologique et historique de la langue française. Encyclopédies D’Aujourd’Hui – Le livre de poche. Librairie Générale Française, 1996.
- BUENO, F. S. Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa. 6º volume. 2ª tiragem. São Paulo: Edição Saraiva, 1968.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n.º 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica de 1991. Brasília, 1991.
- _____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria n.º. 234, de 07 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional Básica de 1992. Brasília, 1992.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3545, de 20 de maio de 1993. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/1993. Brasília, 1993.
- _____. Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1994.
- _____. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.201, de 03 de novembro de 1996. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96. Brasília, DF, 1996.

- CAMARÃO, P. C. B. Glossário de informática. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: LTC, 1994.
- CUNHA, A. G. Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- DUBOIS, J., MITTERAND, H. & DAUZAT, A. Dictionnaire étymologique et historique du français. Larousse Langue Française. Éditions Françaises Inc., 1994. (Édition originale: 1964).
- FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. – 3.ed. totalmente revista e ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- LAPEDES, D. N. (ed.). Dictionary of scientific and technical terms. Philippines: McGraw Hill, 1978.
- MACHADO, J. P.. Dicionário etimológico da língua portuguesa – com a mais antiga documentação escrita e conhecida de muitos dos vocábulos estudados. 2ª ed. Vol. III. Editorial Confluência. Livros Horizonte. Lisboa, 1967 (1ª ed. 1952).
- NASCENTES, A. Dicionário etimológico resumido. Instituto Nacional do Livro. Ministério da Educação e Cultura, 1966.
- ONIONS, C. T. (ed.). Oxford dictionary of english etymology. New York: Oxford University Press, 1996.
- SANDRONI, P. (org.). Novo dicionário de economia. São Paulo: Ed. Best Seller (Círculo do Livro), 1994.
- SUCESU. Dicionário de informática inglês-português – Sociedade dos usuários de computadores e equipamentos subsidiários (SUCESU). 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1985.
- TRASMONTE, B.C. Verbete *Programa Político*. In: SILVA, Benedicto (ed.). Dicionário de ciências sociais. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.