

**FACULDADES ALVES FARIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Claudemiro Euzébio Dourado**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008**

GOIÂNIA  
Agosto de 2010

**FACULDADES ALVES FARIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Claudemiro Euzébio Dourado**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Mestrado Profissional das Faculdades Alves Faria (ALFA), para a obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Regional, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Cesar Bontempo.

Área de Concentração: Desenvolvimento Regional

Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional.

GOIÂNIA  
Agosto de 2010

### **Catálogo na fonte: Biblioteca Faculdades ALFA**

D739p

Dourado, Claudemiro Euzébio.

Planejasus : contribuições ao plano de saúde do município de Goiânia no período de 2005-2008 / Dourado, Claudemiro Euzébio. – 2010.

152 f.; 29cm.

Dissertação (mestrado) — Faculdades ALFA, Mestrado em Desenvolvimento Regional, 2010.

“Orientador: Profº Drº. Paulo Cesar Bontempo”.

Bibliografia: 124-128

1. Saúde – Políticas públicas - Goiânia. 2. PlanejaSUS. I. Bontempo, Paulo Cesar. II. Faculdades ALFA - Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

**CDU: 614(817.3)**

**FACULDADES ALVES FARIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Claudemiro Euzébio Dourado**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008**

**AVALIADORES**

---

**Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo**

**Faculdades Alves Faria – ALFA**

**Orientador**

---

**Prof. Dr. Sandrerley Ramos Pires**

**Universidade Federal de Goiás**

**Membro Convidado**

---

**Prof. Dr. Alcido Elenor Wander**

**Faculdade Alves Faria – ALFA**

**Membro da Instituição**

**GOIÂNIA**

**Agosto de 2010**

*À minha querida esposa Maria Júlia, meus filhos Rick e Rafa pelo amor,  
compreensão e estímulo constantes.*

*À memória de meu pai, Elzeário, pelo exemplo, amor e incentivo a mim  
dedicados.*

*Ao meu amado irmão Luiz, pela crítica, incentivo e apoio cotidianos, sem os quais  
não seria possível a conclusão deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por minha vida.*

*À minha mãe Ana, pelo amor, carinho e incentivo inabaláveis.*

*Às minhas irmãs Elziane, Delice e Lindaura, pelas orações e confiança sempre demonstradas.*

*Aos meus sobrinhos Larissa e Fred pelo incentivo.*

*À Associação Goiana de Integralização e Reabilitação – AGIR, Mantenedora do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, pelo apoio.*

*Aos colegas de trabalho pela compreensão e colaboração.*

*Ao Professor Aurélio Troncoso, pelo inestimável apoio no tratamento da pesquisa.*

*Aos meus colegas e professores do Mestrado, pelo companheirismo e ensinamentos.*

*À Naninha, pela revisão.*

*Em especial, ao meu orientador Professor Paulo Cesar Bontempo, pelo contínuo incentivo.*

*"A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original."*

*Albert Einstein.*

## RESUMO

DOURADO, C. E. PlanejaSUS – Contribuições ao Plano de Saúde do Município de Goiânia no Período de 2005-2008, 152f. – Dissertação de Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional - Faculdades Alfa, 2010.

O segmento da saúde pública no Brasil necessita da adoção de técnicas de planejamento que permitam maior participação social na discussão dos problemas locais de saúde, bem como da formulação de políticas públicas que atendam às demandas de forma a contribuir com o desenvolvimento local. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil impôs aos gestores a obrigação de repensar os métodos de planejar a área de saúde pública. O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS),- política pública de gestão do Governo Federal para a área - tenta preencher esta lacuna, ao orientar a aplicação dos conceitos do Planejamento Estratégico Situacional na elaboração do Plano de Saúde Municipal. Esta pesquisa buscou compreender a adoção das orientações desse sistema e suas possíveis contribuições para as práticas de elaboração, implementação e controle do Plano de Saúde do Município de Goiânia no Período de 2005-2008 e se essa metodologia ajudou na elaboração das políticas públicas de saúde e no desenvolvimento local. A pesquisa quali-quantitativa utilizou-se da técnica de estudo de caso, apoiada pelo recurso da aplicação de questionários ao Secretário Municipal e aos gestores da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados demonstram que o Plano de Saúde do Município utilizou parcialmente os elementos constitutivos do PlanejaSUS na sua elaboração, implementação e controle. Demonstrou, ainda, que os gestores e o Secretário têm baixa percepção da utilização do Plano de Saúde do Município e do Relatório Anual de Gestão como ferramentas de gestão, o que dificulta compreender melhor sua contribuição para a melhoria do planejamento no âmbito da saúde, bem como para o processo de formulação das políticas públicas adequadas e de impactos positivos ao desenvolvimento regional. Sem esgotar o tema, este trabalho se presta a ressaltar e a disseminar sua importância aos *gestores e interessados pela condução do sistema de saúde* e para a melhoria dos processos de organização e gestão de saúde no âmbito do Município pesquisado.

Palavras-chave: PlanejaSUS – Plano de Saúde – Município



## ABSTRACT

Dourado, C. E. PlanejaSUS - Contributions to the Health Plan of the Municipal District of Goiânia period 2005-2008 and 152f. – Professional Dissertation in Regional Development – Alfa University, 2010.

The segment of public health in Brazil demands the adoption of planning techniques that offer greater social participation in the discussion of local health problems, and also the formulation of public policies that provide these demands, in order to contribute to local development. The decentralization process of the Unified Health System in Brazil made the administrators and managers to rethink the methods of planning the public health. The Planning Assistance of the Unified Health System, the PlanejaSUS - public policy for administration of the Federal Government for local area – tries to fill this gap, and also guide the implementation of the concepts of Situational Strategic Planning during the preparation of Municipal Health Plans. The aim of this research was to understand how related were the adoption of the guidelines of the system, and its possible contributions to the practice of plan, and implementation and control of the Municipal Health Plan of Goiania in the period 2005-2008, and if it allowed some input in the preparation of public health policies and local development. The methodology used during the research was the case study, supported by the use of questionnaires replied for the Secretary and the Municipal Administrators of Planning Assistance of the Department of Health. The results demonstrate that the Health Plan of the city have been using just part of the constituent elements of PlanejaSUS in its preparation, implementation and control. It shows also, that the administrators and the Secretary have a low perception of the utilization of the City Health Plan and the Annual Report of Management as tools of administration. This situation demonstrate a low understanding of their contributions to improving the planning process, within health, and for the formulation of public policies and their impacts on regional development. Without exhausting the subject, this work lends itself to highlight and disseminate the importance of the subject, that involve administrators and conductors of the health system, contributing therefore to the improvement of organizational processes and health management within the municipality searched.

Keywords: PlanejaSUS - Health Plan - Municipal District

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1. Triângulo de Governo proposto por Matus.....	30
Figura 2. Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.....	44
Figura 3. Quadro: Marcas das disparidades na saúde entre os Povos.....	82
Figura 4. Gráfico: Elaboração do Plano de Saúde VERSUS Eixos de orientação do Plano Nacional de Saúde.....	88
Figura 5. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Diagnóstico Local; Estratégias e Ações a serem executadas; Quadro de Metas e Relatório de Gestão.....	90
Figura 6. Gráfico: Financiamento do Plano de Saúde VERSUS Compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).....	92
Figura 7. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Análise Situacional: Determinantes e Condicionantes de Saúde. ....	95
Figura 8. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Análise Situacional: Gestão em Saúde.....	96
Figura 9. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Análise Situacional: Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas. ....	98
Figura 10. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Participação Social.....	101
Figura 11. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Ações Anuais. ....	103
Figura 12. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Programação Anual de Saúde.....	105
Figura 13. Gráfico: Relatório Anual de Gestão VERSUS Plano Plurianual (PPA)/Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)/Lei Orçamentária Anual (LOA). ....	107
Figura 14. Gráfico: Relatório Anual de Gestão VERSUS Resultados Ações Executadas.....	108
Figura 15. Gráfico: Plano de Saúde VERSUS Controle Social. ....	112

## LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Plano de Saúde VERSUS Horizonte de Tempo da Gestão.....	93
Tabela 2. Plano de Saúde VERSUS Análise Situacional: Condições de Saúde da População.....	93
Tabela 3. Plano de Saúde VERSUS Monitoramento.....	99
Tabela 4. Plano de Saúde VERSUS Mobilização Social. ....	100

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CENDES - Centro Nacional de Desenvolvimento

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPPS - Centro PanAmericano de Planejamento de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV - Índice de condições de Vida

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ILPES - Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIB - Produto Interno Bruto

PLANEJASUS - Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA - Plano Plurianual

RMG - Região Metropolitana de Goiânia

SEPLAN/GO – Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento de Goiás

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Justificativa do Tema .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Objetivo Geral .....	18
1.2.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 O Planejamento em Saúde na América Latina .....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Enfoque Normativo .....	20
2.1.2 Enfoque Estratégico.....	23
2.1.3 Abordagem da Proposta de Medellín .....	24
2.1.4 Abordagem da Teorização.....	25
2.1.5 Abordagem do Planejamento Estratégico Situacional.....	26
<b>2.2. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Antecedentes Históricos .....</b>	<b>37</b>
2.2.1 Antecedentes Históricos .....	39
2.2.2 Sistema Único de Saúde – SUS.....	42
2.2.3 Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS .....	49
2.2.3.1 O Plano de Saúde. ....	50
2.2.3.2 A Participação Social.....	51
2.2.3.3 A Análise Situacional.....	52
2.2.3.4 Os Objetivos, Diretrizes e Metas.....	54
2.2.3.5 A Programação Anual de Saúde.....	54
2.2.3.6 O Relatório Anual de Gestão. ....	55
<b>2.3 Políticas Públicas de Saúde no Brasil - Contextualização Política .....</b>	<b>56</b>
2.3.2 Período do Descobrimento ao Império (1500 – 1889) .....	57
2.3.3 Período do Fim do Império à República Velha (1889 – 1930).....	58
2.3.4 Período da Era Vargas (1930-1945) .....	59
2.3.5 Período do Desenvolvimentismo Populista ao Golpe Militar (1946-1964) .....	60
2.3.6 Período do Golpe Militar (1964 – 1984) .....	61
2.3.7 Período da Nova República (1985 – 1988) .....	63
2.3.8 Período do Pós-Constituinte (1988 aos dias atuais) .....	63
2.3.9 Contextualização Política da Saúde no Estado de Goiás.....	66
<b>2.4 Análise de Políticas Públicas.....</b>	<b>68</b>
<b>2.5 Saúde, Território e Desenvolvimento.....</b>	<b>72</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>84</b>
<b>4. ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA COM O PLANEJASUS... 88</b>	<b>88</b>
<b>4.1 Apresentação.....</b>	<b>88</b>
<b>4.2 Análise dos Dados .....</b>	<b>113</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>124</b>
<b>7. APÊNDICES.....</b>	<b>129</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>153</b>

## INTRODUÇÃO

As organizações operam em um ambiente de conflitos, o que as tem impelido a se reinventar, na busca do atendimento das demandas e, principalmente, a criar condições de evitar e/ou atenuar esse clima. A necessidade do uso de recursos e tecnologias para fazer frente a essa situação tem sido cada vez mais acentuada e reconhecida pelas organizações públicas e privadas.

Na área da saúde pública, inovações vêm sendo implementadas, destacando-se a adoção de técnicas do planejamento estratégico, notadamente do planejamento estratégico situacional.

Os conceitos do Planejamento Estratégico Situacional têm comprovada aplicação no setor público brasileiro, especialmente na área da saúde. Em particular, o processo de descentralização da saúde em curso no País exige, dos gestores locais, a adoção de técnicas de planejamento que permitam a participação social na discussão dos problemas locais de saúde, bem como na formulação de políticas públicas que atendam às demandas.

A capacidade de elaborar e implementar políticas demanda uma atitude estratégica por parte dos gestores e dos atores envolvidos direta e indiretamente no contexto, requerendo mais participação e controle social, em consonância com os preceitos legais, como alternativa para a solução dos problemas detectados.

Nesse contexto, o PlanejaSUS<sup>1</sup> orienta os gestores - responsáveis pela condução do processo de planejamento, proposição, acompanhamento e avaliação de políticas públicas - a aplicarem a técnica da análise situacional como condição indispensável para a elaboração dos planos municipais de saúde. A análise situacional determina a participação social na discussão e compreensão das necessidades locais, bem como na priorização das soluções para o seu atendimento.

---

<sup>1</sup> O PlanejaSUS estabelece orientações aos princípios da descentralização, da universalidade, equidade e integralidade, da regionalização e hierarquização e do controle social. Recomenda, ainda, a elaboração do Plano de Saúde, instrumento físico que contempla as políticas estabelecidas, o financiamento, o aprazamento, a responsabilidade por sua execução e controle. Por último, recomenda a elaboração do Relatório de Gestão, instrumento físico que deve conter os aspectos de controle das ações realizadas e sua avaliação quantitativa e qualitativa, bem como as reorientações necessárias.

Tendo em vista esses marcos das políticas públicas para a área de saúde no Brasil, em particular o papel do PlanejaSUS, a pesquisa buscou analisar esta política pública de gestão, tendo abordado o uso do Planejamento Estratégico Situacional e a forma como este interferiu na elaboração, implementação, controle e avaliação do Plano de Saúde do Município de Goiânia (Capital), doravante denominado Plano de Saúde, bem como se possibilitou alguma contribuição na elaboração das políticas públicas de saúde e no desenvolvimento do Município.

No critério de indicador do contingente populacional, ao qual responde por 21,63 % (vinte e um vírgula sessenta e três por cento) da população do Estado de Goiás, (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2009), e no de indicador de riqueza (27,40% - vinte e sete vírgula quarenta por cento) do produto interno bruto (Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás - SEPLAN, 2007), depreende-se que, por abranger grande parte da população e por deter grande parte da riqueza, o Município de Goiânia goza de estrutura complexa (conhecimento, infraestrutura, recursos humanos, financeiros e tecnológicos, dentre outros) e de maior capacidade de aplicação das técnicas do Planejamento Estratégico Situacional na elaboração de seu Plano de Saúde, bem como no cumprimento dos aspectos legais a eles inerentes, dotando a presente pesquisa de representatividade.

Buscando respostas a esses questionamentos, este projeto situou-se no horizonte de estudos que se propõem à avaliação de programas e políticas públicas, tendo como base a pesquisa em ciências sociais aplicada ao estudo de políticas públicas, no caso, da política pública de gestão do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), visando ao entendimento da aplicação de suas orientações na elaboração, implementação e controle do Plano de Saúde e de seus possíveis efeitos sobre a sociedade.

A metodologia de pesquisa adotou a abordagem qualitativa e quantitativa, que permitem a melhor compreensão do fenômeno social, já que buscam sua interpretação por meio de suas interrelações.

A pesquisa foi realizada pela técnica de estudo de caso, apoiada pelo recurso da pesquisa bibliográfica e documental e da aplicação de questionários aos gestores da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, doravante denominados gestores e também ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, doravante denominado Secretário.

Encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro introduz o processo de investigação, a justificativa do tema, os objetivos geral e específicos. O segundo relata o processo metodológico que a sustenta. O terceiro contempla a revisão bibliográfica que a fundamenta, cujo referencial aborda: a) os aspectos teóricos, conceituais e metodológicos dos temas relativos à análise contextualizada do Planejamento em Saúde na América Latina, com destaque para o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional; b) as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, situando seus Antecedentes Históricos; c) as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, contendo a Contextualização Política em que se desenvolveu o planejamento na área da saúde; d) a Análise de Políticas Públicas; e) as questões inerentes à Saúde, Território e Desenvolvimento. O quarto demonstra a apresentação, o tratamento, a discussão, a análise e a avaliação dos dados obtidos: a) pelos questionários; b) pela análise do Plano de Saúde (2005-2008) e do Relatório Anual de Gestão (2008). O quinto contém as considerações finais alusivas à pesquisa.

Estudar e analisar o processo de elaboração do Plano de Saúde e sua relação com o PlanejaSUS contribui para uma melhor compreensão tanto do processo de planejamento no âmbito da saúde, quanto do processo de formulação de políticas públicas e seu respectivo impacto no desenvolvimento regional.



## **1. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1.1 Justificativa do Tema**

Em um ambiente altamente competitivo e como condição indispensável de sobrevivência, os governos e as organizações se vêem cada vez mais impelidos a lançarem mão de metodologias que lhes permitam conhecer sua missão, seus mercados e produtos, fragilidades e potencialidades, os possíveis cenários, a melhor ordenação de recursos internos, o adequado delineamento dos objetivos e de metas, além da definição de melhores estratégias para o seu cumprimento.

Fator de melhoria do desempenho gerencial, a metodologia do planejamento é usada com frequência no meio empresarial. O setor público também tem adotado cada vez mais sua aplicação, como instrumento para a identificação das demandas sociais, para a definição das melhores estratégias e para o controle do cumprimento das ações estabelecidas.

A importância do estudo e da análise do processo de elaboração do Plano de Saúde e suas relações com o PlanejaSUS para a melhor compreensão de sua contribuição ao aprimoramento do processo de planejamento na área da saúde, bem como para o de formulação de políticas públicas e seus respectivos impactos no desenvolvimento regional, depõe favoravelmente sobre a viabilidade deste projeto.

Outro fator que reveste este trabalho de importância é sua possível divulgação junto aos interessados pelo tema e, principalmente, aos gestores responsáveis pela condução do sistema de saúde, podendo contribuir sobremaneira para a melhoria dos processos de organização e gestão de saúde no âmbito do Município pesquisado.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

- Identificar e analisar a possível influência da metodologia do PlanejaSUS na elaboração, implementação, controle e gestão do Plano de Saúde de Goiânia (Capital).

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar se a elaboração do Plano de Saúde contempla a metodologia preconizada pelo PlanejaSUS.
- Identificar no Plano de Saúde as intenções e os resultados propostos no período de quatro anos (tempo de gestão), expressos em objetivos, diretrizes e metas, bem como identificar no Relatório Anual de Gestão do Município a apresentação dos resultados alcançados e os eventuais redirecionamentos necessários ao sistema de saúde local, como preconiza o PlanejaSUS.
- Avaliar a percepção dos gestores sobre o uso do Plano de Saúde como ferramenta de gestão, notadamente como instrumento de análise e tomada de decisões, visando ao desenvolvimento local.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Para problematizar a temática proposta nesta pesquisa faz-se necessário situar a discussão sobre o planejamento na área de saúde, focalizando especialmente tal temática na América Latina, no caso brasileiro, além da especificidade goiana neste contexto.

Para a pesquisa, revestem-se de grande relevância a compreensão da importância das realidades locais e suas influências na elaboração de políticas públicas de saúde, os métodos de avaliação utilizados, bem como a contextualização política em que elas se inserem.

### **2.1 O Planejamento em Saúde na América Latina**

O planejamento em saúde na América Latina é um desafio antigo, como toda gestão da área pública, quer seja por sua complexidade, pelos aspectos ideológicos e/ou pelos conflitos de interesses. Esta situação se reflete nas dificuldades de desenvolvimento e implementação de métodos de planejamento.

Giovanella discorre sobre o desenvolvimento e a implementação do planejamento da saúde na América Latina, cita Melo e Matus, destacando que:

No tocante ao desenvolvimento, o planejamento é introduzido na América Latina a partir da década de 40, por influência da Organização das Nações Unidas (ONU) e de um pensamento próprio que entende ser necessário superar diferenças econômicas com os Países capitalistas centrais. Aqui o planejamento é entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento, e desenvolvimento significa crescimento do produto nacional, aceleração do ritmo de crescimento. Desenvolvimento significa industrialização, modernização, e a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento as acompanha [...] e, é principalmente através da Comissão Econômica para a América Latina – Cepal, organismo internacional ligado a ONU, que se difunde a noção do planejamento enquanto necessidade para alcançar o desenvolvimento. Esta noção é baseada numa teoria que explica o subdesenvolvimento pela tendência à deteriorização dos termos de troca entre os Países capitalistas centrais – economias industrializadas com produção diversificada e tecnicamente homogênea – e os Países periféricos - economias exportadoras de alimentos e matérias-primas aos Países centrais com produção muito especializada e tecnicamente heterogênea. Na noção difundida considerava-se que através do planejamento, poder-se-ia romper com essa tendência, promover a industrialização e, através dela, alcançar o desenvolvimento [...] e que, o planejamento é, então, introduzido na América Latina enquanto método de seleção de alternativas que otimiza a relação entre objetivos e instrumentos com o propósito de crescimento, pois dentro das teorias desenvolvimentistas, entende-se ser o crescimento a solução

para o subdesenvolvimento, compreensão que caracteriza o planejamento da década de 50 (GIOVANELLA, 1991, p.29).

O desenvolvimento do planejamento na área da saúde na América Latina pode ser assinalado por quatro momentos distintos. “O primeiro é considerado de **elaboração** e é marcado pelo surgimento do método CENDES-OPAS; o segundo é o momento de **difusão e autocrítica**, marcado pelas reflexões dos seminários realizados no Chile em 1968; o terceiro é considerado o momento de **revisão**, tendo como marco a III Reunião de Ministros das Américas em 1970, e por último, o momento de **reatualização**, cujo marco é o documento “Formulación de Políticas de Salud”, elaborado por técnicos do CPPS, sob a orientação da OPAS” (MOTTIN, 1999, p. 31, grifo nosso).

Ao comentar a ampliação do uso do planejamento nas áreas sociais, Giovanella cita que:

Apesar de inicialmente difundida para atendimento dos aspectos econômicos, a proposta de planejamento tem seu campo de atuação ampliado, alcançando os setores sociais. Neste aspecto, a Organização dos Estados Americanos (OEA) divulga a Carta Punta Del Este, Uruguai (1961), que passa a considerar os problemas sociais e políticos como obstáculos ao desenvolvimento, com a orientação de que o subdesenvolvimento era campo fértil para a proliferação de idéias socializantes e que era necessário enfrentá-los além de financiar suas soluções. Tal atitude, porém, tinha cunho de controle social já que visavam impedir o avanço do ideal comunista [...] e que, no campo da saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) fica encarregada de avaliar os projetos elaborados pelos Países membros, objetivando o alcance dos diversos objetivos e metas estabelecidas na Carta, e de ser fiadora frente às agências financiadoras, assessorando ainda, os Países na elaboração de seus planos de saúde, pois faltava um método para a elaboração dos mesmos (GIOVANELLA, 1991, p.30).

Neste ambiente, duas correntes predominam na discussão do planejamento da área de saúde na América latina: o enfoque normativo e o enfoque estratégico.

### **2.1.1 Enfoque Normativo**

O enfoque normativo fundamenta-se nos princípios do planejamento econômico, priorizando a busca pela eficiência na otimização dos recursos a serem aplicados e foi desenvolvido pelo esforço conjunto da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES), da Facultad Central de Venezuela, instituição de pesquisas e cursos na área de economia e saúde. É conhecido como Método CENDES-OPAS e tem o enfoque tipicamente normativo. “Este método foi editado pela

OPAS, em 1965, na sua Publicação Científica número 111, sob o título: Problemas Conceptuales y metodológicos de la Programación de la Salud' (GIOVANELLA, 1991, p. 31, grifo nosso).

O enfoque normativo estabelece a pré-determinação de um conjunto de ações e atitudes, impondo naquele momento uma padronização de condutas, em busca dos objetivos estabelecidos. A norma é, portanto, elemento indissociável deste enfoque.

O método de planejamento de enfoque normativo tem por objetivo alcançar um equilíbrio na relação custo-benefício dos recursos a serem empregados, no intuito de se obter a maior eficiência possível e, ao mesmo tempo, de que esta eficiência possa contribuir tanto na definição das prioridades para a população alvo, quanto na alocação dos recursos diversos, identificando os melhores meios e condições para a implementação das ações a serem executadas, com vistas à execução da política elaborada.

O método de planejamento normativo, de cunho tecnocrático, prioriza a sobreposição do “econômico” sobre as demais variáveis na elaboração do plano e no estabelecimento das prioridades, o que coloca em risco todo o projeto. Giovanella concorda com este aspecto, ao destacar que a visão da supremacia da variável econômica sobre as demais e, conseqüentemente, a análise da relação custo-benefício como prioritária colaboram, decisivamente, para colocar em xeque a proposta (GIOVANELLA, 1991, p.32).

Os métodos de planejamento tradicionais, dentre eles o normativo, sustentam a neutralidade, ignorando as variáveis de poder e políticas na sua execução e implementação. Ao impedir a participação, priorizando uma concepção centralizada, o planejamento normativo se reveste de caráter uno, reproduzindo o *status quo*, favorecendo um ambiente político-dirigente autoritário, impondo ao setor saúde uma perspectiva ideológica que atenda a ótica do domínio existente, quer de governo, quer de interesses dos diversos setores econômicos, estando, pois, comprometido com o modo dominante, tendo por natureza um conteúdo pouco aplicável e de alcance insuficiente.

O planejamento exige a priorização e resolução de problemas e isto, por sua vez, exige uma leitura contextualizada do mundo, do Estado e da sociedade. Ao se declarar técnico e se sobrepor a estas questões, o planejamento normativo não compartilha, impõe as estratégias, e não resolve a questão, como de fato comprovado.

Matus e Rivera, citados por Mottin, destacam que:

Nesta concepção, os elementos centrais são as posturas que um planejador assume ao considerar-se fora e acima da realidade, planejando um objeto, a realidade econômico-social, podendo controlá-la. Esse planejador julga que há apenas uma explicação da realidade, a sua, que teria fundamento em uma verdade científica. O objeto do planejamento não contém outros atores sociais com capacidade de planejar e produzir ações estratégicas, mas apenas sujeitos econômicos, cujo comportamento segue leis e, sendo assim, suas condutas são rotineiras, predizíveis. Em razão disso, o ator que planeja detém todo o poder, e a única escassez existente diz respeito aos recursos econômicos, permitindo que o critério de eficácia se restrinja ao econômico, o que também direciona seu cálculo. Não há certezas mal definidas; as incertezas podem ser demarcadas por uma racionalidade matemática, técnica, na busca da solução ótima para os problemas, a fim de alcançar os objetivos de uma solução final conhecida de antemão e revelada no plano. Cumprindo-se o plano, alcançam-se os objetivos, [...] e que este mesmo autor, analisando a prática específica do Planejamento Normativo, reconhece que ela nem sempre é encontrada na forma pura e a define como "... uma prática economicista e tecnocrática, que se isola do planejamento político e do processo de governo..." (Matus,1996:76), atribuindo-lhe a impotência do método normativo por expressar apenas parcialmente a ação humana. Na avaliação feita por Rivera há concordância com Matus quando diz que o fracasso relativo deste método deve-se principalmente à "... falta de maior problematização dos aspectos políticos e macroinstitucionais, envolvidos na tomada de decisão e na execução de diretrizes racionalizadas..." (Rivera, 1992:30) (MOTTIN, 1999, p.32).

Os planos elaborados pelo método CENDES/OPAS não são executados, pois carecem da concepção de consenso nas decisões. O método desconsidera tanto a realidade e complexidade, quanto os conflitos e diferentes interesses locais, o que contribui sobremaneira para sua incapacidade de intervenção. Os planos por si só tornam-se livros-planos, que adormecem nas gavetas, e a própria OPAS, em sua Publicação Científica nº 272, assume o fracasso do método. Neste contexto, vislumbra-se a necessidade de extrapolar a ótica econômica, de forma a considerar os ingredientes político-sociais na elaboração e implementação do planejamento (GIOVANELLA, 1991, p.34).

A crítica ao enfoque normativo surge com a criação do Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS):

"Cuja finalidade é investigar e analisar áreas críticas do planejamento e promover cursos internacionais, difundindo conhecimentos, o que aprofunda a crítica ao enfoque normativo. Concomitantemente à série de críticas feitas ao método CENDES-OPAS, o Centro PanAmericano de Planejamento de Saúde (CPPS) é criado e vai atuar juntamente com o Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES)" (RIVERA, 1992, apud MOTTIN 1999, p. 32).

Em contraposição ao planejamento normativo, a formulação do planejamento estratégico considera o fator político como parte integrante e fundamental, contribuindo para a formulação de estratégias de desenvolvimento que busquem o equilíbrio entre eficácia econômica e eficácia política. Outro aspecto indispensável é compreender a análise de viabilidade na formulação e na priorização das propostas, como possibilidade política própria

das discussões dos diversos atores envolvidos, fundamentando-a como parte integrante do processo de planejamento.

### **2.1.2 Enfoque Estratégico**

No enfoque estratégico, a norma para a qual se deseja encaminhar é o funcionamento do sistema, e o pressuposto, diferentemente do enfoque normativo, é a resposta do sistema às ações que impliquem sua alteração. Ou seja, a trajetória não é mais imutável, tornando-se flexível e vulnerável às revisões impostas pelas circunstâncias.

Neste contexto, a mudança do sistema baseia-se na compreensão da realidade e nunca na imposição sobre esta. Sempre que necessário, a estratégia pode ser mudada, buscando novas proposições para as novas condições (GIOVANELLA, 1991, p.36, grifo nosso).

A análise da viabilidade e a compreensão da realidade como possibilidade política do plano a ser executado são fatores de extrema importância e indispensáveis ao planejamento estratégico.

Neste contexto, para que o planejamento estratégico tenha êxito, faz-se necessária uma rigorosa análise - e consideração das ameaças e oportunidades, bem como das forças propulsoras e restritivas inerentes aos planos de ação -, das diferentes formas de agir e reagir que o demarcam. Soma-se a estes fatos a necessidade da escolha de estratégias adequadas para o enfrentamento dos diversos cenários, que devem ser rigorosamente consideradas em sua execução. Portanto, o alcance do planejamento estratégico situa-se no campo das decisões, em que a análise política é considerada fundamental para o seu sucesso.

O enfoque estratégico surge da crítica à prática do Planejamento Normativo. Na América Latina, as principais contribuições são: (1) a estratégia da Organização Panamericana de Saúde, sob o lema Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT/2000), inspirada na Escola de Medellín; (2) a teorização elaborada pelo médico argentino Mário Testa, que se traduz no Pensamento Estratégico; e (3) a proposta teórico-metodológica, denominada Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvida por Carlos Matus, economista chileno.

### 2.1.3 Abordagem da Proposta de Medellín

Uma das reflexões sobre o planejamento estratégico de saúde tem por base as discussões oriundas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo enfoque é a programação estratégica em saúde, conhecida como **Proposta de Medellín**.

Para Giovanella, essa vertente é apresentada:

Inicialmente nas Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, la Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales Acordados para la Planificación y Administración de los Sistemas de Servicios de Salud, um documento borrador da OPAS, de circulação restrita, elaborado a partir de debates em seminários internacionais com especialistas em planejamento — Medellín, Mérida e Rio de Janeiro — e de um curso realizado na Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín. Em 1987, esse documento é editado como Salud para Todos en el Año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud, tendo como autores Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea (GIOVANELLA, 1991, p.40).

Para a autora, o texto de Trujillo e Barrenechea não teve a pretensão de ser um método de planejamento, mas o de criticar os limites do planejamento normativo. E embora apresentassem notas sobre planejamento e administração de sistema de saúde, sua racionalidade sustentava proposições do planejamento estratégico empresarial e da administração estratégica (GIOVANELLA, 1991, p. 41).

A análise contida na Proposta de Medellín contribui para a compreensão dos limites do planejamento em saúde, tendo em vista sua interação com as diversas variáveis inerentes a este ambiente. Embora seja considerada de enfoque empresarial, admite o agir e o pensar estratégicos, considerando, neste contexto, a compreensão da interação com o ambiente como elemento fundamental para o sucesso do planejamento.

No entender de Giovanella, o interesse desses autores é o setor saúde e sua preocupação principal se expressa em:

Fornecer instrumentos que auxiliem técnicos atuantes na linha de execução, que rompam com o normativo e contribuam na implementação das Estratégias SPT/2000. Propõem uma metodologia de planejamento para ser utilizada por qualquer força social que assumam a meta SPT/2000 e a estratégia de atenção primária. [...] e que, nesse enfoque, o planejamento é entendido como um processo social complexo, que trata de influenciar as características de uma mudança social a partir da perspectiva de uma determinada força social. Pressupõe-se que, para pensar a ação futura, é necessário conhecer-se uma teoria política, mas esta teoria não é explicitada nem discutida. Assim, a existência de interesses conflitivos é reconhecida, porém, a determinação desses conflitos não é colocada. Diferenças entre grupos sociais quanto ao acesso aos serviços e aos riscos de agravo à saúde são



constatados [...] e que, “Estratégia” e “Tática” são termos interligados, produzindo-se por vezes confusões entre seus significados. A tática subordina-se à estratégia. Tática é um meio de aplicação da estratégia, é a parte da guerra que trata da arte de manobrar as tropas durante o combate. A arte de utilizar as armas em combate, tirando delas o maior rendimento. Evidenciadas as diferenças, os instrumentos elaborados para a intervenção no setor saúde direcionam-se aos grupos sociais chamados de "postergados" objetivando diminuir essas desigualdades (GIOVANELLA, 1991, p.41).

A **Proposta de Medellín** admite a complexidade do sistema de saúde, seu ambiente turbulento e de baixa previsibilidade e também sustenta que ele sofre influências das diversas variáveis ambientais que o envolvem direta e indiretamente. Ao mesmo tempo, sustenta que o sistema é parte integrante do ambiente social e que a capacidade contida na **Proposta de Medellín** - de coexistir com forças antagônicas e opositoras e com a constante necessidade de negociação - a diferencia grandemente do planejamento normativo.

#### **2.1.4 Abordagem da Teorização**

Outra abordagem, denominada **Teorização**, traduz-se no Pensamento Estratégico e foi desenvolvida pelo médico argentino Mário Testa, traduzindo o seu interesse pelos movimentos populares que ocorriam na Argentina. A temática de Testa é a dificuldade de participação popular no contexto do planejamento e, motivado por este aspecto, discute a questão do poder.

Os aspectos inerentes ao poder em saúde, tido como ponto de partida e de chegada à planificação, consubstanciam o enfoque estratégico de Testa.

O conceito de planejar contido na abordagem da **Teorização** é que o fato de planejar estrategicamente é um ato de instrumentalização social (não necessariamente de governo), que contribui com a capacidade de acumular ou desacumular poder. Admite, ainda, que o caráter normativo ainda contido no plano subordina-se ao seu objetivo central, ou seja, ao instrumento social como fato gerador central do plano.

A crítica ao modelo de planejamento normativo desenvolvida pela abordagem da **Teorização** centraliza-se na questão do “poder” como problema central. A abordagem defende a mudança do foco para um novo ator privilegiado, que é a classe/grupo/força social/movimento.

Para Testa, a luta pelo poder ganha *status* central e sua contribuição ganha contornos significativos ao propor a condução dos deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados (GIOVANELLA, 1991, p.39).

Para Giovanella, ao considerar a determinação social do processo saúde-enfermidade, Testa:

Identifica os problemas de saúde como integrantes da totalidade social, fazendo a ligação saúde-totalidade social através das relações de poder. Propõe um diagnóstico da situação, cuja síntese é a identificação do setor enquanto a estrutura do poder: relações entre forças sociais com interesses em saúde e as tensões decorrentes do debate em saúde, cuja síntese é realizada a partir da consideração do cálculo administrativo tradicional (diagnóstico administrativo); das relações de poder e suas determinações na sociedade (diagnóstico estratégico) e das formas de consciência social e sanitária (diagnóstico ideológico) (GIOVANELLA, 1991, p.39).

Ainda para a autora, baseado na síntese diagnóstica, onde foi identificada a estrutura de poder setorial, Testa formula propostas de programações estratégicas que consideram os impactos de suas ações sobre a estrutura de poder. Além disso, ao estabelecer as programações de conteúdo estratégico, o autor considera a criação e a sustentação de ambiente político adequado (forma organizativa democrática e participativa) e necessário à realização e consolidação das mudanças propostas. Por último, a autora afirma que Testa apresenta um quadro de análise para se pensar o planejamento, embasado pela discussão do poder na sociedade, suas determinações e possibilidades de transformações (GIOVANELLA, 1991, p. 40).

### **2.1.5 Abordagem do Planejamento Estratégico Situacional**

Outra abordagem que ganha relevo na área de saúde é denominada **“Planejamento Estratégico Situacional”**, desenvolvida pelo chileno Carlos Matus, que, assim como Testa, faz a reflexão - inicialmente nos cárceres de Pinochet e, depois, em seu exílio na Venezuela, como assessor das Nações Unidas (ILPES e PNUD) e do CENDES - sobre a dificuldade da participação popular no contexto do planejamento governamental.

Para Buss, ao criticar o enfoque normativo do planejamento, propondo o enfoque estratégico, Matus contribui para a construção de uma proposta de planificação situacional, que destaca o caráter autoreferencial do entendimento e explicação da situação a ser planejada, o caráter social e essencial da seleção e produção dos fatos diagnosticáveis e a

natureza de cunho interativo do cálculo do planejamento; por último, contribui com a construção de um enfoque tático-operacional que traduza em eficiência a condução dos processos técnicos governamentais (BUSS, 1989, p. 470).

Ainda segundo Giovanella, Matus propõe um método de planejamento, que considera o ator que planifica como conhecedor da realidade e que coexista com outros atores que planificam e que também conheçam suas realidades, diferindo, portanto, do método normativo, no qual o planejador é uma figura central e distante da realidade planejada (GIOVANELLA, 1991, p. 38).

Neste contexto, a situação é o espaço onde se encontram os atores e suas ações. A situação é a explicação e/ou o resultado da realidade que uma força social exerce em função de sua ação e luta contra outras forças sociais. A contradição e o conflito de interesses estão instalados e são assumidos e a planificação situacional é necessariamente política. Destaca-se, portanto, o reconhecimento de que os recursos de poder são os mais escassos e inibidores do desenvolvimento de ações que promovam mudanças.

Giovanella chama a atenção para o fato de que planejar, para Matus, é conduzir o processo. É, sobrepor os acontecimentos cotidianos à vontade humana, direcionando e determinando a velocidade das mudanças, que inevitavelmente acontecem. Matus destaca que o ator privilegiado é o governo, pois deste é a responsabilidade maior de planejar e de conduzir o planejamento, e que, também, o fracasso do planejamento é o fracasso da condução. Neste sentido, reconhece a falta de instrumentos, de procedimentos e de técnicas de planejamento, e elabora e propõe sua adoção, preocupando-se em dotar os governos de elementos técnicos que possibilitem o aumento da governabilidade do sistema (GIOVANELLA, 1991, p. 39).

Ao analisar o enfoque estratégico em contraposição ao enfoque normativo, Giovanella conclui que:

As três vertentes têm em comum a ação estratégica e sua ruptura com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade, admitindo a impossibilidade de contar-se com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real, devido à complexidade dos processos sociais. Cada uma, porém, apresenta um enfoque específico, com diferente ênfase. Matus dá prioridade aos problemas de condução e governabilidade procurando instrumentalizar a condução de governo. Testa aponta e aprofunda as questões do poder, e Barrenechea e Trujillo fornecem instrumentos para a execução de ações setoriais [...] e que, as três vertentes do enfoque estratégico do planejamento em saúde têm suas origens na discussão e crítica das metodologias e da compreensão do planejamento econômico normativo como instrumento para o desenvolvimento da América Latina; nas teorias de administração estratégica empresarial e na discussão e crítica da metodologia tradicional de planejamento em saúde. Essas origens estão imbricadas (o debate

técnico-científico não se realiza isoladamente), diferenciando-se cada vertente, quanto à sua origem, apenas pela intensidade da influência de cada uma das discussões (GIOVANELLA, 1991, p. 43, grifo nosso).

A proposta teórico-metodológica de Matus nasce no início da década de 70, quando o autor questionava a predominância do viés econômico e centralizador no planejamento normativo.

Mottin relata que Matus resgata a importância da liberdade da efetiva participação social na condução da formulação das políticas públicas, afirmando que a necessidade de planejar traz em si, em primeiro lugar, o reconhecimento de que queremos governar nosso futuro em direção satisfatória, ou seja, queremos mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória (MOTTIN, 1999, p. 35).

Neste aspecto, torna-se fundamental que o processo de planejamento seja descentralizado, permitindo que os indivíduos possam expor suas demandas, seus pontos de vista e suas críticas, em intensa interação coletiva, de maneira a interferir e tornar o planejamento mais realístico com as demandas sociais locais. Criticar as proposições do outro e ter suas proposições criticadas ganha um contorno de enorme importância, enriquecendo o planejamento.

A possibilidade de escolha torna-se o ponto chave do planejamento estratégico situacional. Para Matus:

Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for [...] e que, não se optando pelo planejamento, está-se buscando a alternativa oposta ao plano que é a improvisação ou a resignação [...] e que, o planejamento é o cálculo que precede e preside a ação [...] e que, para isto deve existir um momento de reflexão, que pode ser imediatista, assistemática, tão somente técnica, intuitiva ou sistemática. Para o autor, o conteúdo da palavra planejamento pode ser melhor definido como o cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. A reflexão imediatista, tecnocrática e parcial não é planejamento, e tampouco é planejamento a reflexão que se isola da ação e torna-se uma mera pesquisa sobre o futuro (MATUS, 1996 apud MOTTIN, 1999, p. 36, grifo nosso).

Matus elenca seis argumentos para sustentar sua preferência pelo planejamento com abordagem situacional, a saber:

**Primeiro Argumento:** É necessária uma mediação entre o futuro e o presente: O autor defende que os indivíduos produzem fatos e os efeitos destes moldam o futuro. Portanto, ao planejar, os indivíduos necessariamente têm de refletir qual a melhor situação futura, e para tanto, definir as melhores ações hoje para alcançar este estado futuro; **Segundo Argumento:** É necessário prever quando a predição é impossível: Dado a incerteza do estado futuro, e dada a impossibilidade de se fazer predição do mesmo, torna-se necessário prever possíveis situações e variáveis que possibilitem

alcançá-lo; **Terceiro Argumento:** Reação veloz e planejada ante as surpresas: Na eventualidade de se cometer erros, é necessária uma rápida reação, realimentando o planejamento com ações corretivas; **Quarto Argumento:** É necessária uma mediação entre passado e futuro: É necessário acumular aprendizado com o insucesso e com a impossibilidade de rápida reação. É indispensável a adoção de mecanismos que permitam a leitura do passado recente e seus respectivos erros, para que se possa corrigi-los o mais rapidamente possível; **Quinto Argumento:** É necessária mediação entre conhecimento e ação: O planejamento é o cálculo que precede e preside a ação, exigindo profunda reflexão para a melhor definição do alvo e da forma de agir para alcançá-lo. A definição de ações e objetivos com participação coletiva comumente gera conflitos, exigindo-se uma postura por parte de todos, de respeito às necessidades políticas, técnicas e sociais, o que gera credibilidade legitimando o processo; **Sexto Argumento:** É necessário buscar a coerência global ante as ações parciais dos atores sociais. Em busca da necessária coerência, é necessária uma ação racional do planejador central, para acomodar as diferentes visões declaradas pelos diversos atores envolvidos na planificação. Na ótica de Matus tal atitude se faz necessária para garantir maiores resultados: "... se é que queremos conduzir o sistema social a objetivos decididos democraticamente pelos homens" (MATUS, 1996, apud MOTTIN, 1999, p. 36, grifo nosso).

O argumento de Matus para eleger o planejamento estratégico situacional baseia-se no fato de propiciar a efetiva participação social. Assim, a planificação situacional está indiscutivelmente relacionada à capacidade de governar em situações em que o poder está, efetivamente, compartilhado (MOTTIN, 1999, p. 38).

O ato de governar é bastante complexo, exigindo do governante grande habilidade no sentido de conduzir o processo, orientado pelos objetivos previamente definidos e a serem atingidos, permitindo que possam ser modificados de acordo com as necessidades, evidenciando, desta forma, o projeto de governo. O ato de governar deve buscar, ainda, superar de maneira vigorosa as dificuldades, denotando a governabilidade e, conseqüentemente, demonstrando sua habilidade em elaborar e implementar as mudanças necessárias, ou seja, a capacidade de governo.

Para Mottin, Matus define essas três variáveis como:

Projeto de governo (P): traduz-se como o conteúdo propositivo do plano, que contém as propostas de ações a realizar para o alcance dos objetivos a serem atingidos. O projeto de governo não corresponde tão somente ao que interessa ao governante, mas também à capacidade que ele tem de explicar a realidade e suas propostas para modificá-la de forma criativa e eficaz [...] e, Governabilidade do Sistema (G): diz respeito à liberdade de ação de que dispõe o governante frente às variáveis sobre as quais ele tem controle e sobre as que não tem, representando seu capital político. Em suma, a governabilidade se refere à possibilidade de ação e ao controle dos efeitos desta ação. Maior liberdade de ação terá o governante que controla um maior número de variáveis. A governabilidade do sistema estará definida pelo projeto de governo e pela capacidade de governo, ou seja, quanto mais ambiciosos forem os objetivos do projeto de governo, menor será a governabilidade e vice-versa, e para aumentar a governabilidade do sistema é necessário aumentar a capacidade de governo. A governabilidade corresponde ao capital político do dirigente [...] e, Capacidade de governo (C): é a capacidade que o governante tem de dirigir, gerenciar, administrar e controlar, configurando então seu sistema de direção e planejamento. Esta capacidade advém do conjunto composto pela habilidade,

experiência, métodos e técnicas que o governante e sua equipe possuem. Em resumo, o seu capital intelectual (MOTTIN, 1999, p.38).

Estas três situações de naturezas distintas, porém condicionadas mutuamente, são contempladas por Matus na Figura 1, denominada de Triângulo de Governo.

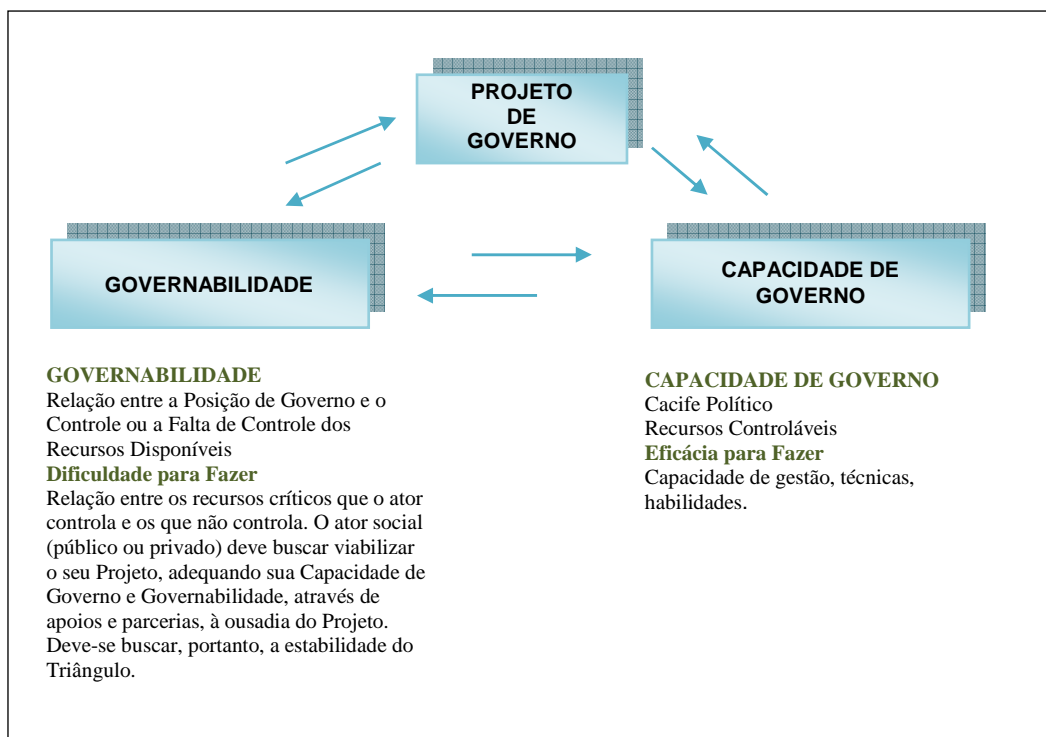


Figura 1: Triângulo de Governo proposto por Matus.  
Fonte: Adaptado de Mottin, 1999, p.39.

Mottin, citando Matus, afirma que:

O autor pondera que o projeto de governo está configurado pelo capital político do ator que planeja, ou seja, seu poder ou peso político e pelo capital intelectual. O capital intelectual compõe-se do capital teórico, que é formado, por sua vez, pelo capital instrumental (técnicas) e pelo capital experiência, os quais irão caracterizar a capacidade do governante em elaborar e executar ações eficazes para enfrentar os problemas e aproveitar as oportunidades. Contudo, o capital experiência está na dependência do capital teórico. Esta afirmação é fundamental, pois o dirigente pode ter larga bagagem de experiência e não ter capital teórico que lhe permita ler tal bagagem, deixando de aproveitar o máximo dela, não conseguindo potencializá-la (MATUS, 1996, apud MOTTIN, 1999, p. 39, grifo nosso).

Essa abordagem, no entanto, negligencia o papel das equipes técnicas, que, no caso governamental, são quem dão sustentação ao gestor para o planejamento, a viabilização e implementação das políticas e de suas respectivas ações, inclusive durante o processo de transição governamental, o que evidencia, ainda mais, sua importância.

Ao relacionarem-se mutuamente no triângulo de governo, as variáveis Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema geram demandas comuns na ação de governar.

Mottin valoriza a relação entre essas variáveis, exemplificando sua interdependência, destacando que o Projeto de Governo não é produto tão somente das circunstâncias mas também da Capacidade de Governo e de quem governa, aí incluída tanto a capacidade de explicar a realidade, quanto a capacidade de gerar ações eficazes. Entende-se ainda que a Capacidade de Governo conduza não só à melhoria da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação, mas, também, ao aumento da Governabilidade do Sistema, traduzida como possibilidade de agir e controlar os efeitos da ação, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do Projeto de Governo, que, quanto mais ambicioso, mais Governabilidade exige. Ressalte-se que, se for um projeto de qualidade, favorece a adesão e pode ser aceito mais facilmente, sendo então mais fácil de governar (MOTTIN, 1999, p.39).

As principais deficiências da Capacidade de Governo estão alicerçadas na pobreza e rigidez do cálculo e planejamento que a precedem. É importante salientar que a variável que se refere à Capacidade de Governo pode afetar o Projeto de Governo e a Governabilidade do sistema.

O ato de o governo planejar enseja a criação de um instrumento de alta efetividade e de utilidade prática, a fim de contribuir, decisivamente, para a solução das demandas prioritizadas. Este processo de planejamento requer a compreensão de que é necessária a ordenação da estratégia, porém, respeitando-se a participação coletiva, o viés político na definição dos objetivos e as ações a serem estabelecidas. A proposta do Planejamento Estratégico Situacional preconiza a necessidade do respeito às demandas oriundas dos diversos atores envolvidos no processo.

Matus apresenta conceitos e noções centrais que fundamentam e sustentam a proposta do Planejamento Estratégico Situacional:

**Conceito de ator social:** O conceito de homem estrutura-se como o de um ator social. É uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação [...] e que, o homem de ação, implícito no conceito de ator social, é criativo, inserido em uma realidade e em interação com os outros, o que lhe possibilita ser estratégico na construção de projetos e na intervenção [...] e que, nesse enfoque, a ação é entendida como sendo situacional, portanto passível de várias interpretações, as quais dependem da auto-referência dos atores envolvidos e somente é concreta numa situação concreta e aí se define com distintos significados para os diversos atores sociais. **Conceito de situação:** Situação remete ao espaço social em que se encontram os atores e a ação, criando

possibilidades para a explicação da realidade, elaborada por uma força social em função da sua ação e da sua luta com outras forças sociais. Ela refere-se ao ator da explicação, seus oponentes e aliados, suas ações, às ações de seus oponentes e aliados, assim como à realidade social, construída no processo social. Essa realidade apresenta-se como dada num certo momento da formação social, mas é produto da luta constante por manter, reproduzir e transformar o sistema [...] e que, esse conceito nos leva a considerar que a realidade é explicada por quem está dentro dela, ocupando um determinado espaço, em um determinado tempo, estabelecendo relações com ela. E, assim, sua ação tem sentido porque está na situação. Tal conceito é a chave para entender o outro e assimilar o seu ponto de vista. Portanto, situação é um recorte da realidade, percebido pelo ator social. **Conceito de produção social:** A Teoria da produção social reporta-se à forma de produzir e de reproduzir de uma sociedade historicamente situada. Portanto, trata-se de uma construção de atores que estão expostos a certas condições e limitações [...] e que, compreender a sociedade como um sistema produtivo significa considerar as várias dimensões da realidade onde são desenvolvidos fatos de natureza política, econômica e social. Significa, ainda, levar em conta que esse é um sistema conflitivo e criativo [...] e que, produção social, então, pode ser entendida como um sistema em que toda a realização efetuada por um ator social utiliza-se de recursos econômicos, de poder e de aplicações de conhecimentos. Dessa forma, toda a produção social reverte ao ator-produtor como acumulação social (ou desacumulação) de novos recursos econômicos, de poder, reafirmação, questionamento, ou surgimento de vários valores e acumulação de novos conhecimentos (LALUNA, FERRAZ, 2003, p. 774, grifo nosso).

Segundo esta abordagem, o conceito de situação implica considerar as diferentes percepções e leituras, decorrentes das diversas posições dos vários atores envolvidos, o que gera, por sua vez, explicações situacionais distintas. A análise dos distintos enfoques, considerando o cenário situacional, possibilita uma visão mais ampla da gestão, contribuindo, efetivamente, para a priorização de ações e objetivos a serem implementados.

Mottin define que as inúmeras possibilidades de objetivos, ações e estratégias a serem estabelecidos decorrem do entendimento desse conjunto de percepções, conceituando este evento como:

cálculo interativo, que é próprio do planejamento estratégico [...] e que, este cálculo reconhece que o sistema social apenas em parte segue leis, o que limita a predição e impossibilita um cálculo baseado em relações matemáticas. O planejamento de sistemas criativos como o sistema social obriga-nos a um planejamento mais complexo. No cálculo interativo, produz-se a interdependência das decisões mais eficazes, assim como as incertezas são mutuamente condicionadas [...] e que, sendo assim, o diagnóstico tradicional, pela sua redução a um único ator, não possibilita o êxito, pois, ao não reconhecer o outro, desperdiça o auxílio do cálculo interativo. As várias explicações dos atores são ponderadas e articuladas sob a óptica do ator que explica, do ator que assina e assume o compromisso de cumprir o plano (MOTTIN, 1999, p.41, grifo nosso).

Este fato, por si só, evidencia uma fundamental diferença entre o planejamento normativo, de caráter centralizador, e o planejamento estratégico, de caráter participativo. O planejamento normativo evidencia a importância de se tratar os problemas dos setores (das estruturas – órgãos, departamentos), enquanto o planejamento estratégico situacional foca-se



nos problemas declarados pelos diversos atores. No contexto do Planejamento Estratégico Situacional, o plano não deriva exclusivamente do diagnóstico e, sim, da análise da situação e do estudo das diversas variáveis (econômicas, políticas, sociais, demográficas, ambientais, culturais etc.), que podem interferir na consecução dos objetivos e metas prioritizadas.

A explicação situacional se expressa por meio da interação de interesses internos e externos dos setores (estrutura institucional) e da sociedade, originando a priorização dos problemas e de sua solução, legitimando o processo de planificação.

Os problemas são evidenciados de forma distinta pelos diversos atores e priorizados de forma a atender as necessidades mais importantes. Além da existência de diversos problemas, muitas serão as formas de abordá-los, residindo, neste aspecto, a primeira dificuldade do planejamento estratégico situacional: o reconhecimento dos problemas.

Entende-se por problema a causa que dificulta ou impede a mudança de um estado indesejável para outro desejado.

O planejamento estratégico situacional estrutura seu plano de ação, focalizando os problemas, as ameaças e as oportunidades, construindo a rede causal dos problemas prioritizados.

Para a formulação de um plano, (materialização do planejamento), o método desenvolvido por Matus implica o esclarecimento do conceito de Momento. Citado por Junior et al, o autor afirma que, na busca pela eficácia do processo do planejamento estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional encontra-se sustentado por quatro grandes âmbitos diferenciadores, denominados de momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (JUNIOR et al; 2007, p. 20).

A seguir são sucintamente descritos cada um desses momentos e os elementos que deles fazem parte:

- Momento Explicativo: é o momento de todos os atores envolvidos no processo de planejamento explicarem a realidade segundo suas próprias visões. Portanto, é o momento de diagnosticar a realidade de forma a permitir a identificação dos problemas estruturais e sociais. Os problemas devem ser priorizados e analisados sob o prisma de que uns podem ser consequência de outros, até o entendimento final do problema, quando os atores se sentem satisfeitos com a explicação. O passo seguinte é priorizar os problemas mais importantes, os nós críticos, para que se possa desenvolver uma explicação da situação e de suas relações causais, com o objetivo de

compreender sistemicamente a interrelação entre os problemas. As objeções constituirão o conteúdo do plano.

Para a identificação e priorização dos problemas, destacam-se três critérios: primeiro, pelo valor do problema para o ator que planeja (ou seja, a direção da organização); segundo, pela eficiência, a eficácia ou efetividade com que podem ser enfrentados os problemas; e, terceiro, pela oportunidade e possibilidade de êxito no seu enfrentamento, estando na dependência do valor que estes problemas têm para os seus oponentes (MATUS, 1996, apud MOTTIN, 1999, p. 45).

- Momento Normativo: é o momento de legalizar, de formalizar o planejamento, dotando-o de normas. É considerada uma das partes mais importantes do planejamento. Este momento é destinado a explicar os fundamentos do plano a ser executado, onde se explicitarão os objetivos a serem alcançados e as propostas de ações e operação para a sua execução.

Entretanto, o plano se insere num contexto de futuro incerto e, diferentemente do planejamento normativo – onde se usa da predição –, o planejamento estratégico situacional utiliza-se da técnica da previsão, podendo, portanto, gerar contextos possíveis, denominados cenários, que, por sua vez, podem ser otimistas, centrais ou pessimistas. O plano deverá definir, para cada um dos contextos, um conjunto de operações para a superação dos problemas priorizados, com o objetivo de permitir a transposição de um cenário para o outro, se necessário, de forma rápida e eficaz.

O planejamento estratégico situacional tem como princípio básico que o plano se declare, expressamente, em módulos de operações ligadas à resolução de problemas, devendo ainda:

Conter um conjunto de compromissos que devem ser claramente definidos em termos de Recursos, Produtos e Resultados, de Tempo e Responsabilidades, diferente de um conjunto de diretrizes e recomendações genéricas. Matus salienta, em seu Decálogo para a Planificação, que "A planificação é uma forma de organização para a ação" e isto é o que diferencia a planificação estratégica da normativa. A estratégica está fundada em idéias e recomendações, mas concretiza-se em operações, sendo o plano situacional um conjunto de operações para uma forma concreta de produção ( MOTTIN, 1999, p. 47, grifo nosso).

O planejamento estratégico situacional considera que um programa de governo explicita como e aonde chegar, expressando o compromisso do dirigente para com a população. O programa de governo determina a direção orientadora do processo de planejamento e, mais detalhadamente, estabelece, para os diferentes cenários, os meios, os recursos, os resultados a

serem alcançados, os prazos a serem cumpridos, os responsáveis pela condução dos módulos de operações pré-estabelecidos, bem como um sistema de acompanhamento, controle e avaliação das ações em andamento.

O planejamento é, portanto, o método que conjuga as ações em direção à melhor condução dos objetivos especificados no programa, tendo o plano "... um caráter de convocação, compromisso e guia para a ação prática" (MOTTIN, 1999, p. 47).

- Momento Estratégico: é o momento de análise da situação verificada e da viabilidade político-estratégica do plano. É a explicação das dificuldades para a construção da viabilidade do desenho de plano. O debate sobre as melhores estratégias e sobre a viabilidade de suas execuções torna-se, ainda, mais indispensável, pelas características delineadas no planejamento, definidas pelo jogo de interesses dos diversos atores e pelo conjunto de cenários possíveis. A análise dos diferentes atores envolvidos é necessária para o entendimento sobre o comportamento (ação-reação) de cada um no desenvolvimento das ações planejadas para o alcance dos objetivos. Associa-se a este fato um incerto e incessante jogo interativo de diversas variáveis, o que determina um conjunto de cenários que, por sua vez, determina um grande número de possibilidades de execução do plano.

Portanto, torna-se necessário conhecer ou projetar as dificuldades ou vulnerabilidades do plano, o que é possível através da prospecção dos cenários. Em seguida, deve-se elaborar as estratégias para a sua condução, ou seja, encadear um conjunto de recursos (humanos, materiais, políticos, financeiros etc.), buscando o surgimento de situações crescentes e favoráveis ao alcance das metas, com eficiência, eficácia e, principalmente, com efetividade.

Matus, citado por Mottin, salienta a importância do contexto político na elaboração das estratégias, afirmando que o conceito de estratégia tem duas conotações:

(1) Uma se refere ao que é importante fazer para chegar ao objetivo pretendido e, (2) a outra, relaciona-se ao modo com que se deve agir para com o outro a fim de obter sua colaboração ou vencer sua resistência e atingir a situação objetivo. O poder não pertence a um único ator. Ele está compartilhado; por isso, o planejamento requer agora a sistematização do cálculo político, o que envolve conflito, concerto e consenso [...] e que, este momento envolve a análise entre o necessário, o possível e a criação de possibilidades, originando-se quando o ator que planeja se dá conta de que existem restrições a alguma operação e que do reconhecimento destas restrições surge a necessidade da análise de viabilidade das operações que não são viáveis (MOTTIN, 1999, p. 49).

- Momento Tático-Operacional: É o momento de decidir e de realizar as proposições, de materializar as ações contidas no plano. É o momento, também, de

monitorar, avaliar e prestar contas sobre os impactos causados por elas em seu raio de ação.

Neste momento, é necessária a retroalimentação ininterrupta do plano, motivada pelo incessante monitoramento e avaliação das ações em curso, mediando o conhecimento e a ação. No entanto, deve-se estar atento para o fato de que a ação deve ser considerada como o produto final de um cálculo, não, necessariamente, o produto final do plano.

Mottin reforça a importância de entender que, para prosseguir com o plano e poder atuar, é imprescindível que se avalie a situação na conjuntura, salientando que a resolução de problemas e operação é a forma de correção recíproca entre plano e realidade, ajustando-se um ao outro conforme as circunstâncias e mediante decisões e ações concretas. Destaca, ainda, que a constante avaliação da situação e possíveis correções de rumo são fortes características de organismos bem gerenciados, evidenciando a necessidade de um **Sistema de Direção Estratégica**, definida como a gestão do dia a dia (MOTTIN, 1999, p. 51, grifo nosso).

Mottin afirma que, ao definir Sistema de Direção Estratégica, Matus propõe, para ele, seis subsistemas:

**1) Subsistema de Planejamento na Conjuntura**: que consiste na mediação entre o conhecimento e a ação, concentrando-se nos problemas e operações estratégicas, sendo este subsistema o centro da direção estratégica; **2) Subsistema de Gerência por Operações**: que transforma o sistema de direção em um subsistema que se reproduz até os níveis operacionais da base, convertendo os módulos problemas-operações do plano, em módulos de gerência; **3) Subsistema de Petição e Prestação de Contas**: que avalia a mudança da situação conforme as responsabilidades estabelecidas pela estrutura modular do plano; **4) Subsistema de Orçamento por Programas**: que atribui os recursos econômico-orçamentários aos módulos de planejamento (operações, ações e sub-ações), representando apoio fundamental ao Subsistema de Petição e Prestação de Contas; **5) Subsistema de Emergência em Sala de Situações**: que se encarrega de criar métodos para os outros subsistemas em situações de emergência [...] e, o **6) Subsistema de Direção Estratégica**: que ocorre como planejamento diário [...] e que, no cálculo presente, não há distinção entre planejamento e direção estratégica (MATUS, 1996 apud MOTTIN, 1999, p. 51, grifo nosso).

Para a validação de planos como fatos exequíveis, o Planejamento Estratégico Situacional preconizado por Matus contempla a exigência de um sistema que condicione um plano modular com orçamento por programas e uma gerência por operações, originando um sistema triangular, denominado pelo autor como Triângulo de Ferro. Porém, "... nada disto é possível se o jogo institucional for de baixa responsabilidade, não existir gerência criativa por operações e o dirigente não prestar contas nem souber exigí-las de seus executivos" (MATUS, 1991 apud MOTTIN, 1999 p. 51, grifo nosso).

O Planejamento Estratégico Situacional considera, ainda, um sistema de Petição e Prestação de Contas, cujo sentido é o estabelecimento da gerência por objetivos e sobre problemas, objetos do Sistema. Neste contexto, o sistema de informações ganha vulto, com os contornos de instrumentalização da gerência por operações, da prestação de contas e do suporte às decisões, limitando as decisões de cunho pessoal e as situações cujas decisões tenham sido mal elaboradas (MOTTIN, 1999 p. 52).

Finalizando, a autora assegura, para que a elaboração do planejamento seja coerente com a realidade do Município, que o planejamento deve ter a devida clareza, através de uma análise crítica quanto aos objetivos do plano, inclusive no que diz respeito à sua contribuição para o cotidiano da gestão da saúde do Município. Destaca, ainda, que, diante de tal papel, é preciso que a elaboração do planejamento seja conduzida de forma a valorizar determinados elementos, como: a elaboração participativa, a adequada identificação dos problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, os responsáveis pelas operações, a coerência nos objetivos e metas a serem atingidos, a definição dos recursos necessários, o cronograma de execução e o estabelecimento de um sistema de acompanhamento constante, que possibilite reformulações, quando necessárias (MOTTIN, 1999, p. 52).

A discussão sobre planejamento em saúde na América Latina nos permite evidenciar, na trajetória deste debate, elementos que são comuns à realidade brasileira. O processo de redemocratização, as conferências de saúde, as orientações emanadas do Sistema Único de Saúde e do PlanejaSUS ressaltam a importância da descentralização do planejamento e do controle das ações dele decorrentes. Referenciam, ainda, a participação social na elaboração e no controle das políticas públicas de saúde, fato evidenciado pelos esforços de setores do governo e da sociedade em consolidar os conselhos locais, municipais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde como instâncias privilegiadas dessas discussões.

## **2.2. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Antecedentes Históricos**

As diferenças impostas pelos extratos sociais ensejam demandas individuais e coletivas, públicas e privadas, convergentes e divergentes em toda a sociedade, cabendo ao Estado o papel de incentivador, mediador e formalizador de ações que atendam às demandas, com o objetivo de garantir os direitos sociais.

Ao conceituarem políticas públicas, Lucchese e Aguiar afirmam que as políticas públicas são o conjunto de disposições, medidas, procedimentos e atitudes, que traduzem a orientação política do Estado, regulando as atividades governamentais relacionadas com o interesse público. São todas as atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado ou de regulação de outros agentes econômicos. São as atividades que atuam e influenciam diretamente sobre a realidade econômica, social e ambiental e que variam com o grau de diversificação da economia, com a natureza e maturidade do regime social, com a percepção que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com a capacidade de mobilização e de atuação da sociedade civil organizada em partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização (LUCCHESI e AGUIAR, 2009, p. 3).

As políticas públicas podem ser entendidas, ainda, como ações de governo para a solução de determinadas necessidades públicas, quer sejam de cunho social (saúde, educação, assistência, habitação, emprego, renda ou previdência), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial) ou outras (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária), tendo seu ciclo concebido em formulação, implementação, acompanhamento e avaliação (GELINSKI e SEIBEL, 2008, p. 228).

No âmbito do direito, as políticas públicas podem ser definidas como um programa de ação governamental, consistindo em um conjunto de medidas coordenadas, cujo objetivo é impulsionar a máquina de governo no sentido de realizar algum fato de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizarem um direito (BUCCI, 2006, p.14).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado e são orientadas para proporcionar melhorias das condições de saúde da população, compreendida também, como os ambientes natural, social e do trabalho. Procuram organizar as práticas da promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (LUCCHESI e AGUIAR, 2009, p.3).

As políticas públicas de saúde no Brasil assumem novos contornos e centralidade com o movimento de redemocratização do País, tendo como arcabouço o Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988.

Ainda no tocante à saúde no Brasil, a Constituição Federal de 1988 adota o modelo de seguridade social, assegurando os direitos inerentes a previdência, saúde e assistência social, determinando que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Orienta, ainda, a definição dos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas

diretrizes de descentralização da gestão, da integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto constitucional, Bucci, afirma que:

O Sistema Único de Saúde – SUS -, não é um programa que visa resultados, mas uma nova conformação, de tipo estrutural, para o sistema de saúde, cujo objetivo é a coordenação da atuação governamental nos diversos níveis federativos no Brasil (“rede regionalizada e hierarquizada”, art. 198 da Constituição Federal), para a realização de três diretrizes: descentralização, atendimento integral prioritariamente preventivo e participação da comunidade [...] e que, há ainda, exemplo de política substanciada em Emenda Constitucional, como é o caso da emenda n. 29, de 13 de setembro de 2000, destinada a “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. A emenda n. 29, em seu art.7º, vale-se de um expediente bastante discutível do ponto de vista da técnica constitucional, a alteração do Ato das Disposições transitórias, para estabelecer obrigações delimitadas no tempo para União, Estados e Municípios em matéria de financiamento da saúde. Neste sentido, é inquestionável que se trata de política pública, visto ser programa com resultados definidos, por meio do aumento da vinculação de recursos dos entes federativos à efetivação do direito à saúde (BUCCI, 2006, p.17.).

Portanto, a partir da Constituinte de 1988, configura-se uma nova dinâmica de elaboração de políticas públicas, tendo como proposta a efetiva participação social.

### **2.2.1 Antecedentes Históricos**

A busca dos antecedentes históricos se faz necessária, para permitir melhor compreensão da adoção de políticas públicas no campo da saúde no Brasil.

Machado afirma que a administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a metade do século XVIII, pela organização do espaço social, nem por um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho do Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. Nesse

cenário, a atuação do Estado e dos médicos tem como objetivo evitar a morte (MACHADO, 1978, apud BRASIL 2007, p.16).

Efetivamente, somente no século XX iniciam-se as políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no País e [...] a fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2007, p.16-17).

Na sociedade escravagista, o trabalhador é visto como capital humano, gerador de riqueza. A proclamação da República, embalada pela idéia de modernizar o País, não despreza essa visão, pelo contrário, compromete-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva, permitindo que a medicina assumisse o papel de guia do Estado, a ser considerada como a mola propulsora do projeto de modernização em curso (BERTOLI, 2004 apud BRASIL, 2007, p.18).

Nesse contexto, a Constituição de 1891 estabelecia, aos Estados, a responsabilidade pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pelas ações de saúde, saneamento e educação (BRASIL, 2007, p.18).

“A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma política de saúde”. Exponentes como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições (BRASIL, 2007, p.19).

Um ativo movimento de Reforma Sanitária surgiu no Brasil durante a Primeira República, e foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsabilizando-se pela saúde pública, desde que as ações necessárias não tivessem respaldo na área de medicina previdenciária desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (BRASIL, 2007, p. 19).

Segundo Lima, tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, formalizando no campo da saúde uma separação, uma distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, o que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil (LIMA, 2005, apud BRASIL, 2007, p. 22).



Com a promulgação de uma nova Constituição, em 1946, [...] a saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos pelos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (BRASIL, 2007, p.22).

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise [...] e o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas: incapacidade de solucionar os principais problemas de saúde coletiva; aumento constante dos custos de medicina curativa; diminuição do crescimento econômico e consequente diminuição de arrecadação para a previdência; aumento da marginalização da população no tocante ao acesso à saúde e desvios de recursos, dentre outros (BRASIL, 2007, p.25).

GIL (2006) afirma que a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata (Cazaquistão), insurge-se contra a elitização da prática médica, defendendo o acesso aos serviços médicos às grandes massas populares. A Conferência reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos (GIL, 2006, p. 34).

A década de 1980 se inicia com um movimento cada vez mais forte de contestação do sistema de saúde governamental. O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) é criado em 1981, com atribuições de organizador e racionalizador da assistência médica. Surge [...], a partir do CONASP, o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com assinatura de convênios com os Municípios (BRASIL, 2007, p.29-30).

Com o fim do regime militar em 1985, e com o advento da Nova República, ocorre a ocupação de postos-chave pelas lideranças do movimento sanitário, nas instituições responsáveis pela política de saúde do País. Nesse contexto, ganha destaque a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento mais importante e marcante do processo de construção de uma nova plataforma e de estratégias do denominado “movimento pela democratização da saúde em toda a sua história” (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, apud BRASIL, 2007, p. 30).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, define, num sentido mais amplo, que a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Define, ainda, que a saúde não é um conceito abstrato, que é definida e estabelecida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela sociedade em suas lutas e práticas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).

A VIII Conferência Nacional de Saúde concebe a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação da saúde em relação à previdência.

Em 1987, com a assistência médica ainda no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi implantado pelo executivo federal um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>2</sup>, que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras.

Segundo Cordeiro, o SUDS se constituía em uma estratégia-ponte para “a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (CORDEIRO, 2004, apud BRASIL, 2007, p. 32).

### **2.2.2 Sistema Único de Saúde – SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988, estando definido no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II, (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde) artigos 196 a 200, que assinalam que a Saúde é um

---

<sup>2</sup> O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) é um arranjo institucional proposto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que propõe um reordenamento do sistema de saúde e traz a proposta de alguns dos elementos centrais da reforma sanitária: a integração, a universalização, a descentralização, a regionalização e a hierarquização, pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras.

direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e também ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.63).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2007, p.33).

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado e um direito social do cidadão. Entende-se o Estado como poder público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Conforme estabelece a Constituição Federal, as políticas públicas de saúde devem nortear o acesso às ações e serviços dentro dos princípios de universalidade e equidade. Serão norteadas, ainda, pelas diretrizes da descentralização da gestão, da integralidade do atendimento e da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde no País.

A nova concepção do sistema de saúde, baseada na descentralização e na administração democrática e participativa, traz inovações com importantes mudanças nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades tanto entre o Estado e a sociedade, quanto entre os diversos níveis de governos. Nessa perspectiva, os gestores locais revestem-se de papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária delineada.

Nesse sentido, as conferências de saúde e os conselhos de saúde nos diversos níveis de governo são instituídos e são instâncias colegiadas que permitem de fato a participação social no SUS. A Comissão Intergestores Tripartite, na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites, na direção estadual fortaleceram-se como os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos Estados e Municípios – o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é formada pelo conjunto das leis 8.080 de 19 de Setembro de 1990 e 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização, da direção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo, do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, da política de recursos humanos e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080/90 atribui em comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, dentre outros, a formulação de políticas de planejamento, de financiamento, de coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos e privados) (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de instituir as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b).

Segundo Roncalli, o Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (RONCALLI, 2003, p.9).

A Figura 2 visualiza os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

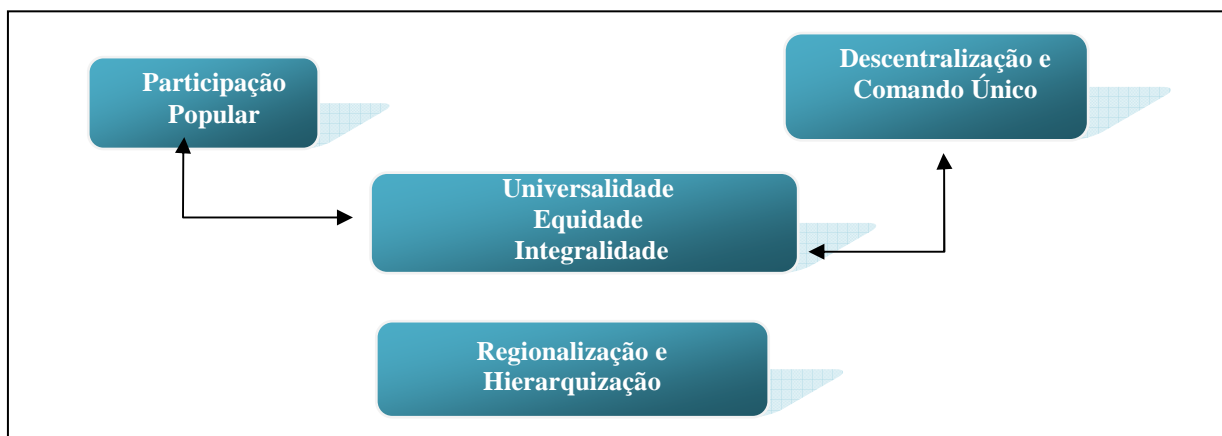


Figura 2. Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.  
Adaptado de Roncalli, (2003, p. 34).

Sinteticamente, podemos definir esses princípios como: a universalidade - que garante a todos os indivíduos, o acesso à saúde; a equidade – que assegura que a disponibilidade de serviços considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos; a integralidade – que prevê a garantia da prática de serviços que considerem o homem como um ser integral, bio-psicosocial, devendo ser atendido dentro desta visão integral, voltada a promover, proteger e recuperar sua saúde; a regionalização e hierarquização – que pressupõem que uma consequência imediata do princípio da integralidade na organização da assistência é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada. Daí, dentre os princípios organizativos do SUS está o da regionalização e hierarquização que, do ponto de vista operacional, tornam realidade os princípios doutrinários.

Segundo o Ministério da Saúde, os princípios da regionalização e hierarquização são definidos como a lógica em que a população a ser atendida tem que ser definida, bem como a região geográfica de abrangência e os serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes, de forma a lhe permitir acesso a todas as modalidades de serviços e tecnologias necessários à sua assistência, com alto grau de resolutividade (BRASIL, 1990c, p. 5).

A participação popular ou controle social são garantidos na Lei 8.142, de dezembro de 1990, que estabelece duas instâncias colegiadas: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Nessas instâncias são garantidas a participação dos usuários dos serviços de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos representantes do governo.

Segundo a Secretaria Municipal de Goiânia, Estado de Goiás:

O movimento da Reforma Sanitária em meados dos anos 70 teve papel importante neste processo. Para garantir este preceito foi criada a Lei Orgânica da Saúde, consubstanciada nas Leis 8.080 de 19/09/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território Nacional, e 8.142 de 28/12/90, que instituiu a participação da Comunidade na gestão e controle do Sistema Único de Saúde, através de dois mecanismos de Controle Social: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, nas três esferas de Governo (Nacional, Estadual e Municipal) [...] e que, a participação das entidades e movimentos representativos da sociedade na definição das políticas de Saúde, na gestão e controle de sua execução, contribui para garantir o cumprimento da lei do SUS, tornando-o democrático e representativo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2009).

Um importante princípio organizativo do SUS é a descentralização, que pode ser compreendida como a redefinição e redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde no âmbito dos diversos níveis de governo. A compreensão da realidade local é fundamental e determinante para a formulação e estabelecimento de políticas de saúde. Tal

fato torna a municipalização da saúde como uma estratégia importantíssima e fundamental no processo descentralização da saúde no País (RONCALLI, 2003, p.38).

A meta da descentralização da saúde exige criação de Conselhos Locais de Saúde. Os conselhos têm a tarefa de proporcionar a participação da comunidade local e estabelecer fóruns de discussão de suas necessidades e prioridades, estabelecendo propostas para o Conselho Municipal, formulador do Plano de Saúde, que por sua vez subsidiará o plano regional, que por sua vez subsidiará o plano nacional de saúde.

Os Conselhos Locais são também, instâncias fiscalizadoras do cumprimento das metas e ações estabelecidas no plano de saúde. A título de exemplo, na cidade de Goiânia, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, além do Conselho Municipal de Saúde, existem também os Conselhos Locais de Saúde instituídos pela Lei 18, de 18/10/93, que hoje funcionam em 42 Unidades de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2009).

No tocante às Políticas Públicas de Saúde e Planejamento, a prática cotidiana de gestão do SUS requer, dos atores envolvidos, a difícil tarefa de identificar e selecionar métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os auxiliem nessa tarefa com a finalidade de contribuir na formulação, implementação e controle das políticas, planos, programas e ações de saúde. Entre esses mecanismos, destaca-se o planejamento.

No âmbito do Ministério da Saúde, o planejamento responde às exigências constitucionais e legais. Contribuem para a sua elaboração:

A Lei do Plano Plurianual, editado a cada quatro anos e que determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte; as diretrizes estabelecidas na LDO que correspondem a uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA); e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que conterá a discriminação da receita e da despesa, a fim de evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade (BRASIL, 2007, p.64).

Após amplas discussões, os primeiros resultados na busca pela melhoria do sistema de gestão do Sistema Único de Saúde constam da Portaria GM/MS, nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde preceitua a “capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população

brasileira e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (BRASIL, 2007, p.117).

Dentro dessa proposta foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS é “*o reflexo inequívoco da repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais que uma política de governos*”. O Pacto implementa um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos, além de focar ações no sentido de fortalecer os mecanismos de financiamentos do sistema (BRASIL, 2007, p.117).

O Pacto pela Vida “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, significando uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados” (BRASIL, 2007, p.118).

O Pacto de Gestão “contempla os princípios previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS [...] e, avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes, permitindo uma diversidade operativa que respeite singularidades regionais” (BRASIL, 2007, p. 124).

O Pacto de Gestão “propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os Municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional”. Estabelece ainda, “as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos” (BRASIL, 2007, p. 125).

Em síntese, os objetivos do Pacto de Gestão contemplam: a definição da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS - federal, estadual e municipal - ,

superando o atual processo de habilitação; o estabelecimento das diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; a regionalização; o financiamento; a programação pactuada e integrada; a regulação; a participação e o controle social; o planejamento; a gestão do trabalho e a educação na saúde (BRASIL, 2007, p. 125).

No tocante às responsabilidades gerais da gestão do SUS, elas foram definidas para os três entes federados (União, Estados e Municípios). Essas responsabilidades dizem respeito a questões como: a garantia da integralidade da atenção à saúde; a participação no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); o reconhecimento das necessidades da população; a regulação; a programação pactuada e integrada de atenção à saúde; o monitoramento e avaliação; a definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; a promoção da estruturação da assistência farmacêutica e a garantia do acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; a coordenação e execução das ações de vigilância em saúde; e a elaboração, a pactuação e a implantação da política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional (BRASIL, 2007, p.131).

O processo de monitoramento dos Pactos deve ser permanente, sob a responsabilidade de cada ente, dos Estados em relação aos Municípios, dos Municípios em relação aos Estados, dos Municípios e Estados em relação à União e da União em relação aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal.

A partir das diretrizes e responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde, definiu-se a regulamentação dos Pactos pela Vida e de Gestão, por meio da Portaria GM/MS, nº 699, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

A Portaria GM/MS, nº 699, de 30 de março de 2006, regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas (BRASIL, 2006b).

As metas/parâmetros nacionais dos indicadores do Pacto pela Saúde servem de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, devendo ser revistas e repactuadas anualmente.



Visando garantir mais organização e dinamicidade à implementação de políticas de gestão na área de saúde, foi desenvolvido o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS).

### **2.2.3 Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS**

A necessidade de um sistema de planejamento que abarcasse metodologicamente todas as nuances contidas no Sistema Único de Saúde (SUS) ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 –, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado pela Portaria GM/MS, nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004).

Buscando dotar os gestores de um sistema de planejamento que contemplasse mais adequadamente a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população, foi criado o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, o PlanejaSUS.

A Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o PlanejaSUS. O referido sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS, e pressupõe que cada esfera de governo realize seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais, regionais e nacional (BRASIL, 2006c).

O PlanejaSUS é estruturado pelo arcabouço legal do SUS e os instrumentos advindos de sua elaboração – como planos e relatórios – indicam processos e métodos de formulação, indispensáveis ao repasse de recursos financeiros e também, como mecanismos de controle e auditoria.

O PlanejaSUS deverá considerar as diversidades nas diversas regiões do País e pactuar de forma tripartite, planejando, monitorando e avaliando as soluções, promovendo a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2007, p.65).

Além dos aspectos mencionados, o PlanejaSUS destaca como elemento indispensável, a participação popular tanto na elaboração quanto no controle das ações a serem executadas.

Sinteticamente, a estrutura básica proposta pelo PlanejaSUS para a elaboração dos Planos de Saúde dos Municípios, pode ser definida pelos seguintes aspectos construtivos: O Plano de Saúde, a Participação Social, a Análise Situacional, a elaboração dos Objetivos, Diretrizes e Metas, a elaboração da Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, ambos, em estreita compatibilidade com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

### **2.2.3.1 O Plano de Saúde**

A Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, apresenta orientações relativas aos instrumentos básicos de planejamento do SUS, definindo que o Plano de Saúde é um instrumento que a partir de uma análise situacional, deve apresentar as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; e, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base da execução, do acompanhamento, da avaliação e da gestão do sistema de saúde.

O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera de governo, norteia a definição da Programação Anual das ações e dos serviços a serem prestados, assim como na gestão do Sistema Único de Saúde.

Na elaboração do Plano de Saúde, devem ser contemplados os “Eixos de orientações contidos no Plano Nacional de Saúde”, a saber: a redução das desigualdades em saúde, ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção, a redução dos riscos e agravos, a reforma do modelo de atenção, o aprimoramento dos mecanismos de gestão, o financiamento e o controle social, o diagnóstico da situação de saúde local, as estratégias de ações a serem identificadas, o Quadro de Metas, o Relatório de Gestão, a compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com a Lei Orçamentária Anual (LOA), e o horizonte de tempo da esfera da gestão.

### **2.2.3.2 A Participação Social**

A meta da descentralização da saúde exige criação de Conselhos Locais de Saúde. Os Conselhos têm a tarefa de proporcionar a participação da comunidade local e estabelecer fóruns de discussão de suas necessidades e prioridades, estabelecendo propostas para o Plano de Saúde. Os Conselhos Locais são, também, instâncias fiscalizadoras do cumprimento das metas e ações estabelecidas no Plano de Saúde.

O Conselho Municipal é o principal agente formulador do Plano de Saúde, que por sua vez subsidiará o Plano Regional, que por sua vez subsidiará o Plano Nacional de Saúde.

Neste sentido, o Município deve fortalecer as ações do Conselho Municipal de Saúde, incentivando e garantindo a participação dos usuários dos serviços de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde, dos representantes do governo, além de criar condições para a instituição dos Conselhos Locais de Saúde, como forma de ampliação das consultas populares, visando a legitimação da elaboração do Plano de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde deve participar da discussão e implantação das ações programáticas de saúde, tais como: saúde da família, saúde do idoso, saúde da criança, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde ambiental, saúde do adulto, saúde do adolescente, saúde bucal, dentre outras.

Outra importante atribuição do Conselho Municipal de Saúde é o monitoramento e avaliação dos aspectos da descentralização das ações programáticas de saúde no nível local, bem como, da análise, controle e monitoramento das mesmas.

O Plano de Saúde deve ser um instrumento facilitador da participação da comunidade no controle social das ações e serviços de saúde desenvolvidos no Município, de forma a possibilitar a elaboração de um Plano de Saúde com legitimidade e capacidade para responder as demandas prioritárias de saúde do Município.

### 2.2.3.3 A Análise Situacional

Metodologicamente, o PlanejaSUS destaca a importância de dois momentos bem definidos para a elaboração dos Planos de Saúde: a análise situacional e a definição dos objetivos, das diretrizes e das metas para o período de quatro anos.

A análise situacional e a formulação dos objetivos, das diretrizes e das metas têm por base os seguintes eixos: as condições de saúde da população em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde; e as determinantes e condicionantes da saúde em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e gestão em saúde (BRASIL, 2007, p.68).

Matus afirma que queremos governar nosso futuro em direção satisfatória, ou seja, queremos mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória [...] e que, o planejamento estratégico situacional baseia-se no fato do mesmo propiciar a efetiva participação social. Neste aspecto, torna-se fundamental que o processo de planejamento seja descentralizado, oportunizando que os indivíduos possam expor suas demandas, seus pontos de vistas e suas críticas, num processo de intensa interação coletiva, de modo a interferir e tornar o planejamento mais realístico com as demandas sociais locais. Criticar as proposições do outro e ter suas proposições criticadas ganham um contorno de enorme importância, já que esta atitude enriquece o planejamento Matus (1996).

A proposta metodológica do Planejamento Estratégico Situacional preconiza a necessidade do respeito às demandas oriundas dos diversos atores envolvidos no processo. O conceito de Situação implica no respeito às diferentes percepções contidas no cenário analisado e à leitura decorrente das diferentes posições de realidade dos vários atores envolvidos, o que gera, por sua vez, explicações situacionais distintas.

A análise situacional é, portanto, o processo de identificação, formulação e priorização de problemas de saúde de uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se por problemas uma situação que se distancia, negativamente, de um estado desejado.

A elaboração da análise situacional pressupõe a consideração de três eixos orientadores: Condições de Saúde da População, abrangendo os aspectos do perfil demográfico

(crescimento populacional, índice de envelhecimento, estrutura etária da população, taxa de fecundidade, mortalidade proporcional por idade, a esperança de vida ao nascer, a taxa bruta de mortalidade, entre outras); do perfil socioeconômico (a razão de renda, a taxa de desemprego, os níveis de escolaridade, a taxa de analfabetismo, o IDH, entre outros); do perfil epidemiológico (mortalidade, a morbidade, a identificação de grupos vulneráveis ou com necessidades de intervenções específicas, atividades físicas, acidentes, trânsito etc); Determinantes e Condicionantes de Saúde, abordando os aspectos inerentes às ações compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores –intersectorialidade- (questões relacionadas ao meio ambiente, ao saneamento, à ciência e tecnologia e à educação); da Gestão em Saúde, abordando os aspectos inerentes ao planejamento, à descentralização e à regionalização, ao financiamento, à participação social, à gestão do trabalho em saúde, à educação em saúde, à informação em saúde e à infraestrutura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006f, grifo nosso).

Configuram ainda, como elementos essenciais da análise situacional, a contemplação da análise dos aspectos de Vigilância em Saúde (a eliminação, diminuição ou prevenção de doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde); da Atenção Básica, (organização e funcionamento dos aspectos ligados ao acesso às ações e serviços de saúde, a estratégia da saúde da família e a qualidade e humanização no atendimento); da Assistência Ambulatorial Especializada (organização e funcionamento, com destaque para a oferta e demanda de serviços, incorporação tecnológica, articulação e fluxo entre os diferentes níveis assistenciais, a resolutividade e os mecanismos de regulação); da Assistência Hospitalar (a organização e o funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos estabelecimentos conveniados, com destaque para o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a disponibilidade de equipamentos hospitalares, além da identificação das dificuldades relativas à internação e aos mecanismos de regulação); da Assistência de Urgência e Emergência (organização e funcionamento com ênfase na estrutura física e tecnológica; atendimento pré-hospitalar; qualificação da equipe profissional; disponibilidade de transporte para transferência de pacientes; unidades de pronto atendimento não hospitalares e estruturação dos mecanismos de regulação); e da Assistência Farmacêutica (organização e a prestação desta assistência, compreendendo desde o acesso ao elenco básico e o fornecimento dos medicamentos excepcionais, até o financiamento) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006f).

#### **2.2.3.4 Os Objetivos, Diretrizes e Metas**

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas sob a forma de uma enunciado-síntese que visa delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde. As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem” e “quando”. (BRASIL, 2006f).

O Plano de Saúde deve, também, priorizar o estabelecimento dos objetivos, diretrizes, metas e ações relacionadas às demandas identificadas, priorizadas e decorrentes: das condições de saúde da população, das determinantes e condicionantes da saúde e da gestão em saúde.

Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, devem ainda, responder às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos: de Vigilância em Saúde; de Atenção Básica; de Assistência Ambulatorial Especializada; de Assistência Hospitalar; de Assistência de Urgência e Emergência; de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006f).

#### **2.2.3.5 A Programação Anual de Saúde**

A Programação Anual de Saúde operacionaliza o Plano de Saúde, definindo o conjunto das ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como aquelas inerentes à gestão do SUS na respectiva esfera de Governo.

A Programação Anual de Saúde deve conter: as ações anuais que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde; as metas anuais relativas a cada uma das ações; e os recursos orçamentários necessários à sua execução (BRASIL, 2007, p.68).

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário.

As bases legais para a elaboração da Programação Anual de Saúde, são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Nesse sentido, cabe

assinalar que o Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos (BRASIL, 2006f).

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações que permita concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores (BRASIL, 2006f).

#### **2.2.3.6 O Relatório Anual de Gestão**

O Relatório Anual de Gestão, estabelecido pela Portaria N<sup>o</sup>. 1.229, de 24/5/2007, é um instrumento de auditoria e controle, destinado a apresentar os resultados alcançados com a Programação Anual de Saúde e a orientar eventuais redirecionamentos e ajustes no Plano de Saúde, devendo conter: o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira) e as recomendações julgadas necessárias (revisão de indicadores, reprogramação, etc.) (BRASIL, 2006f).

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao setor saúde e neste contexto, dever servir de insumo básico para a avaliação do Plano de Saúde, ao fim de seu período de vigência. Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano com as correções de rumos que se fizerem necessárias.

O Relatório Anual de Gestão deve ainda, analisar a compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com a Lei Orçamentária Anual (LOA), averiguando se os resultados obtidos no período condizem com os objetivos, diretrizes e metas propostas.

A análise das ações efetivadas deve ocorrer sob a ótica quantitativa (em relação aos indicadores pré-estabelecidos). No tocante á ótica qualitativa, o Relatório Anual de Gestão deve analisar os aspectos da eficiência, eficácia, efetividade e impacto, além de trazer recomendações de melhorias aos objetivos, diretrizes e metas anteriormente estabelecidas.

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido á crítica e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, tanto pelas orientações legais quanto para sua legitimação.

A busca pela contextualização política em que se desenvolveram as políticas públicas na área da saúde se faz necessária para uma melhor compreensão do processo de planejamento da mesma.

### **2.3 Políticas Públicas de Saúde no Brasil - Contextualização Política**

A história da maioria dos países da América Latina, especialmente Brasil, Argentina e Chile, é marcada por regimes ditatoriais que, justificando a busca da estabilidade política e o crescimento econômico e social, reproduziram um ambiente de repressão e violência política, gerando desigualdade social e desrespeito aos direitos humanos.

As ditaduras militares foram, via de regra, governos totalitários, e usavam dos recursos da censura, do cerceamento à liberdade política e da força militar, para silenciar os adversários políticos e também para exercer a maior influência possível sobre a população.

O período é marcado por uma economia de mercado externa e excludente, dominada pelo mercado internacional. O discurso do crescimento e desenvolvimento local mascara a ótica da geração de lucros mediante exploração do bloco dos países da América do Sul. Os reflexos são: o aumento da pobreza social, a exploração do trabalho e as precárias condições de saúde, gerando péssimas condições de sobrevivência para a grande maioria de sua população.

Não obstante, o período é marcado, também, por muitas experiências de enfrentamento e resistência a esses regimes, levando a grandes processos de redemocratização.



### **2.3.1 Contextualização Política da Saúde no Brasil**

No Brasil, as políticas públicas de saúde desenvolveram-se, ao longo do tempo, em governos comprometidos com os interesses do capital estrangeiro e das classes dominantes.

Com o advento do movimento de redemocratização, a expectativa de melhorias no campo da saúde não se configura. Governos de discurso mais socializantes não conseguem romper, de forma mais acentuada, com os fatores de alta concentração de renda e interesses do capital.

Desde o início do século XX, a saúde era considerada um dever da população, com as práticas sanitárias implantadas autoritariamente pelo Estado. Através da luta popular, essa relação se inverteu, passando a ser considerada, a partir da Constituição de 1988, um direito do cidadão e um dever do Estado.

As políticas de saúde em seu processo histórico decorrem dos reflexos da conjuntura política, econômica, da capacidade de organização social e do grau de influência destas políticas sobre a classe dominante.

Para uma melhor compreensão da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, ou seja, a forma e a capacidade de resposta do governo às demandas sociais, ao longo do tempo, se faz necessária a busca da compreensão do contexto econômico, político e social em que elas se desenvolveram.

O estudo dessa evolução histórica, para efeito deste trabalho, foi dividido nos seguintes períodos:

### **2.3.2 Período do Descobrimento ao Império (1500 – 1889)**

O início deste período é marcado pela economia agrária, sustentada pelo escravagismo e baseada na exploração e exportação do pau-brasil, do açúcar e do café. A preocupação com a saúde pública não existe e a população é completamente desassistida.

A chegada da Família Real ao Brasil é defendida no discurso de enriquecimento e defesa da nação e, no campo social, na melhoria da saúde da população. Os movimentos de

emancipação culminaram na Independência, em 1822, e os movimentos sociais subsequentes levaram à Proclamação da República, em 1889.

Ao fim do período, evidenciam-se os primeiros marcos de regulação, com a criação de códigos sanitários e de posturas, entre outros. O combate ao charlatanismo e ao curandeirismo precipita a criação das faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.

Os hospitais, até então depositários de doentes, passam a formar médicos e o foco das práticas de saúde desloca-se do doente e/ou da doença, para a saúde.

O período é marcado por um controle sanitário mínimo. No regime autocrático, então vigente, os poucos esforços da elite dominante são exercidos de forma corretiva e a percepção de saúde de cunho curativo é ainda fortemente direcionada ao indivíduo e à doença, preterindo quase que por completo as ações coletivas e, também, sobre o ambiente.

### **2.3.3 Período do Fim do Império à República Velha (1889 – 1930)**

O País inicia o período de industrialização, ocasionando um processo migratório e de urbanização, que contribui fortemente para agravar os problemas sociais. Nesse período, há um predomínio de doenças transmissíveis.

O período fértil, politicamente, é marcado por fatos importantes, entre os quais se destacam: a extinção do tráfico negreiro para o Brasil; a Guerra do Paraguai; o início da colonização italiana; a Lei Áurea; a Proclamação da República, com a adoção do sistema federativo; o início da Primeira Grande Guerra Mundial; e a primeira greve geral do Brasil.

O alto índice de mortalidade leva o Estado a criar a Diretoria Geral de Saúde Pública, responsável pelas questões relativas ao saneamento portuário e ao controle das epidemias.

A industrialização traz uma nova dinâmica de acumulação do capital, contribuindo para a projeção do trabalhador assalariado no cenário social. No entanto, prevalecem as precárias condições de trabalho e de vida da população, colaborando para o surgimento de movimentos operários, que resultam na construção das diretrizes da legislação trabalhista e previdenciária no País.

O período é marcado por um Estado autoritário, que intervém no contexto sanitário como forma de garantir as condições mínimas de saúde dos trabalhadores, atendendo às demandas do novo modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro.

As reivindicações sociais são ignoradas e vistas pelo Estado como casos de polícia, evidenciando-se o caráter altamente regulador e autoritário dos mandatários do poder.

A insatisfação social, o crescimento urbano e a crise econômica marcam o período. Resulta desse cenário o fortalecimento dos movimentos reivindicatórios e ações organizadas, como o movimento dos tenentes, que reivindica uma ação estatal voltada ao atendimento das demandas nacionais, em contraposição aos interesses oligárquicos.

#### **2.3.4 Período da Era Vargas (1930-1945)**

O momento econômico é marcado pela crise das exportações, com grandes reflexos na economia e, conseqüentemente, nas ações de governo. Os reflexos dessa crise culminam com a revolução, em 1930, levando Getúlio Vargas à condição de Chefe do Governo Provisório.

Os níveis de tensão aumentam e, em 1937, acontece o golpe de Estado, que leva Getúlio Vargas à condição de presidente, resultando no fechamento do Congresso e na supressão dos partidos políticos.

O Governo demagógico e autoritário rompe com as oligarquias locais. Amparado por um discurso nacionalista, promove uma reforma administrativa e governa por decretos, exercendo a crítica e o bloqueio ao atendimento das demandas sociais.

No entanto, surgiram, no período, os primeiros passos para centralizar a discussão da saúde e torná-la uma agenda nacional. O resultado desses esforços foi a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930.

Organizadas pelas empresas, surgem, também, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, ofertando assistência médica, medicamentos e aposentadorias e pensões a algumas categorias privilegiadas e mais fortemente vinculadas à economia do momento (ferroviários, marítimos, comerciários, funcionários públicos, estivadores). Paradoxalmente, a importante arrecadação oriunda desse processo é aplicada na industrialização do País, desviando-se de suas funções prioritárias.

O discurso nacionalista do segundo Governo Vargas condiciona o conceito de saúde à capacidade de desenvolvimento do País. A assistência médica oferecida pelas instituições previdenciárias demonstra a tentativa governamental de diminuir as tensões no âmbito da sociedade e, também, a forma do exercício do controle estatal sobre a força de trabalho.

As ações de campanha e a vigilância sanitária ganham um enfoque coletivo, com a desvinculação do Ministério da Saúde e da Educação. No entanto, a destinação de pequena parte do orçamento financeiro do antigo Ministério da Educação e Saúde evidencia uma política de desfinanciamento da saúde no País.

A pressão popular culmina com a deposição do Governo de Getúlio Vargas, em 1945, e propicia a elaboração de uma Constituição mais democrática e liberal. Num ambiente mais democrático, surge o pluripartidarismo, fortalece-se o movimento sindical e estudantil e cresce a liberdade de imprensa.

### **2.3.5 Período do Desenvolvimentismo Populista ao Golpe Militar (1946-1964)**

No campo da saúde, polariza-se a discussão entre ações de saúde de caráter coletivo e a assistência médica individual. A prática da assistência médica individualizada prevalece, em detrimento da coletiva, privilegiando a privatização dos serviços e estimulando o financiamento e o desenvolvimento de atividades hospitalares, atendendo a lógica economicista prevalente.

O processo de industrialização, acentuado no Governo Kubitscheck, contribui para o fortalecimento dos centros urbanos, gerando mais demanda pelo atendimento à saúde por parte dos trabalhadores. As pressões sociais continuam a exigir melhores condições de vida, saúde e trabalho.

Os governos de Jânio Quadros e João Goulart são marcados pela instabilidade política e pela incapacidade de melhorias no atendimento das demandas sociais. A falta de capacidade do governo em atendê-las gera um impasse social e estrutural. A ordem institucional e política é, então, questionada. Tal evento proporciona uma forte reação da classe política conservadora, contrária às práticas ditas comunistas e/ou de caráter socializantes, desfechando-se no golpe militar, em 1964.

### **2.3.6 Período do Golpe Militar (1964 – 1984)**

Com o argumento de combater o comunismo, evitando colocar em risco a hegemonia do capitalismo, as Forças Armadas assumem o comando do governo e elegem uma prática de silenciar todo e qualquer movimento individual e coletivo que se contraponha ao novo regime ditatorial. Os clamores pela melhoria das condições de vida exercidos pelos processos reivindicatórios são fortemente silenciados, inclusive com a utilização de forças policiais e militares.

A repressão fortalece-se com a instituição de atos institucionais, dentre eles, o AI-5, o quinto de uma série de decretos emitidos pelo regime militar brasileiro que concedia ao regime poderes absolutos, restringia as liberdades individuais e constitucionais. A primeira consequência foi o fechamento do Congresso Nacional por quase um ano.

No governo militar a tecnocracia ganha destaque e promove o chamado milagre econômico, que, associado ao arrocho salarial dos trabalhadores, resulta no aumento do produto interno bruto. Novamente, esse modelo privilegiou a concentração de renda nas mãos da classe dominante e, também, o consequente empobrecimento da população.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada momentos antes do golpe militar, indicou a necessidade da adoção de políticas que tornassem mais abrangentes as ações de saúde à população e acenou para a descentralização, indicando o estabelecimento da criação de serviços de saúde sob a responsabilidade dos Municípios.

Na área da saúde é criado, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando-se como principal órgão financiador dos serviços de saúde. Contraditoriamente, agrava-se a falta de financiamento para o setor e acontece, também, a perda da representatividade dos trabalhadores nos organismos governamentais.

As condições de saúde da população continuam críticas. Ocorre, nessa época, o aumento da mortalidade infantil, o agravamento de doenças como a malária, a tuberculose, o mal de Chagas e o aumento no número de acidentes de trabalho. As políticas públicas na área da saúde privilegiam o estabelecimento de um modelo médico-assistencial individual e privatista, tendo o Estado como o principal financiador. O setor privado nacional estabeleceu-se como o maior prestador de serviços e o setor privado internacional torna-se o principal

fornecedor de insumos, numa clara evidência de atendimento aos ditames do capitalismo internacional.

Nesse período ganha corpo um movimento intelectual e político de intensa crítica ao sistema de saúde vigente. Em 1976, é criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, precursor do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que, por sua vez, opõe-se ao regime militar e enfatiza a necessidade da criação de um novo modelo assistencial, trazendo à tona um modelo que permitisse a cobertura da assistência primária em saúde, com cobertura de assistência para a população não contribuinte.

A reivindicação por melhorias das condições de saúde da população contribui para a sustentação das tensões sociais, que, por sua vez, propiciam o ingresso de simpatizantes e militantes da Reforma Sanitária no aparato estatal. Assim, ganha impulso a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e os seus resultados interferem positivamente na Constituição de 1988, que acaba por definir um novo modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na área da saúde reafirma-se a orientação da descentralização do poder e, também, de maior participação popular na definição das políticas públicas, resultando em ganhos efetivos com o advento das Ações Integradas de Saúde, um esforço entre União, Estados e Municípios de reorganizarem o aparato de assistência à saúde.

O setor privado cresce à custa da política de financiamento com recursos públicos. O agravamento da crise do setor público de saúde induz o segmento privado a se reestruturar, formulando novos modelos de atenção médica para o atendimento de determinadas camadas sociais, concebendo um subsistema de atenção médico supletivo, composto de medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e planos de administração.

No campo social, cresce um movimento popular reivindicatório de melhorias sociais, de exigência de liberdade e democracia e, também, de eleições diretas para Presidente. O movimento sindical fortalece-se com acentuada atividade grevista, morre o bipartidarismo e a imprensa ganha mais liberdade.

O movimento democrático de eleições diretas para os governos de Estado se instala e a oposição sagra-se vitoriosa. Instala-se o Movimento pelas Diretas Já!. Este movimento levaria ao processo de eleição, ainda indireta, de Tancredo Neves à Presidência da República, marcando o fim da era militar.

O período é marcado por um governo de regime autoritário e extremamente centralizador. A prática de uma política assistencial mais ampla visa tão somente a diminuir as tensões, aumentar o controle social e alcançar legitimidade ao regime, atendendo mais uma vez aos interesses da elite capitalista.

### **2.3.7 Período da Nova República (1985 – 1988)**

Tancredo Neves é eleito presidente, em janeiro de 1985, e morre na véspera de sua posse. José Sarney, o vice, assume a Presidência da República e teve seu governo caracterizado por avanços no sentido de consolidação da democracia, mas, também, por grave crise econômica, inflação altíssima, moratória e por inúmeras acusações de corrupção.

O projeto de redemocratização em curso torna-se vitorioso com o advento da nova Constituição Brasileira, decretada e promulgada pela Assembléia Nacional Constituinte de 1988, que elimina instrumentos de sustentação do regime autoritário ao tempo que amplia os direitos sociais e as atribuições do poder público, assegurando notadamente: a livre organização partidária; eleições majoritárias para Municípios, Estados e Federação; o voto facultativo para cidadãos entre 16 e 17 anos; maior autonomia dos Municípios; garantia da demarcação de terras indígenas; leis de proteção ao meio ambiente; fim da censura; e, no campo da saúde, a concepção do maior sistema de saúde público do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **2.3.8 Período do Pós-Constituinte (1988 aos dias atuais)**

Collor de Mello foi o primeiro presidente eleito pelo voto direto após o regime militar. Assumiu a Presidência da República em março de 1990. Seu governo foi marcado pela abertura do mercado às importações e pelo Programa Nacional de Desestatização, numa clara evidência do atendimento dos interesses da elite dominante. Teve um governo eivado de corrupção e, embora tenha renunciado, não conseguiu evitar o *impeachment*, tendo os direitos políticos cassados por oito anos.

Itamar Franco, um atuante constituinte, ativo defensor do movimento das Diretas Já, assume o governo em 1992. Apesar de ser vice-presidente de Collor de Mello, discordava de sua política privatizante. Assume um governo com inflação altíssima e elabora o Plano Real, cuja estabilidade econômica se reflete até os dias atuais. No seu governo é realizado um plebiscito nacional, que reafirma o regime republicano e presidencialista no País.

Ministro da Fazenda do Governo Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso é beneficiado pelo sucesso do plano e, na esteira desse, é eleito presidente em 1994. A consolidação do Plano Real e de programas de transferência de renda (Bolsa Escola, Bolsa-educação, vale-gás) contribuíram decisivamente para sua reeleição em 1998.

Seu governo foi fortemente marcado, também, pelo programa de privatização, numa clara concordância com o discurso da necessidade de um Estado menos intervencionista, mais promotor e regulador, o chamado “Estado mínimo”.

De um modo geral, esses governos contribuíram para o fortalecimento de uma política neoliberal, responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo aumento do desemprego, pelo desmonte da previdência pública, pelo declínio do financiamento e o consequente sucateamento da saúde e da educação.

O momento Constituinte propiciou uma enorme participação social nas discussões dos principais temas - destacando-se, entre eles, os direitos humanos – e, também, o estabelecimento formal dos meios de garantia do exercício desses direitos essenciais.

No tocante à saúde, a Constituição de 1988 a reconheceu como direito fundamental do cidadão brasileiro. No entanto, não consolidou, de fato, mecanismos para que os direitos fossem plenamente exercidos.

Na área da saúde, são criados o Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) propiciando uma gestão integrada e participativa.

A difusão da proposta da Reforma Sanitária e a assistência à saúde mais ampla, direito dos trabalhadores segurados e de inteira responsabilidade da União, ganham destaque maior com as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se fundamentam nas premissas de direito universal à saúde, do acesso igualitário, da descentralização e da ampla participação social, tornando o sistema de saúde brasileiro um dos mais avançados mundialmente.



Inicialmente, essas ações dão sustentação ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ponte estratégica de transferência de poder para os Estados, e para a instalação de mecanismos de participação e controle sociais, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Essas ações são premissas básicas para o surgimento, num segundo momento, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a amenização da recessão econômica e a instalação do governo democrático, verifica-se um esforço para a inversão do financiamento do setor saúde, antes direcionado ao setor privado, para o setor público.

No campo político, a saúde ganha um conceito mais ampliado, como direito de todos e dever do Estado e, em consequência, é criado o SUS, contemplando a proposta de ser um sistema de saúde universal, hierarquizado e descentralizado, equânime, integral e de controle social por meio das conferências e dos conselhos de saúde.

Dois projetos ganham relevância e rivalizam-se no campo da saúde: o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado (ou privatista), hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999, p.14).

O cenário político é expresso por uma ampla pressão social e embora a Constituição Federal recém-nascida contenha alguns ganhos sociais, um maior avanço é impedido pela forte influência da classe dominante. Evidencia-se a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais (TEIXEIRA, 1988, p.50).

Luiz Inácio Lula da Silva assume o Governo em 2003, sendo reeleito em 2006, governando até os dias atuais.

A política macro-econômica do Governo anterior é mantida. As políticas sociais não são fortalecidas (como era de se esperar de um governo de esquerda), subordinadas à lógica econômica. A atenção governamental é voltada para o modelo de saúde que atenda a lógica privatista, em detrimento da reforma sanitária.

O financiamento da área da saúde é negligenciado. Persiste uma grande insatisfação social com o modelo de saúde vigente. Mais recentemente, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional nº 29, com clara definição das responsabilidades pelo financiamento público da saúde nas esferas dos governos Federal, Estaduais e Municipais.

Na área da gestão da saúde, o Governo Lula avança significativamente ao implementar o Plano SUS. No entanto, persiste uma enorme distância entre os direitos assegurados na Constituição e a prática de saúde existente.

Verifica-se, portanto, que as políticas de saúde no Brasil estiveram ao longo do tempo associadas aos interesses da classe dominante, mantendo estreito relacionamento com a evolução político-social e econômica. Esse processo evolutivo está diretamente condicionado aos interesses do capital e a questão social ocupou pouquíssimo espaço nessa discussão.

Os processos de abertura comercial, de privatização, de instalação do “Estado mínimo”, dentre outros, representaram, e ainda representam, obstáculos à construção de um modelo assistencial de saúde que garanta, de fato, as conquistas advindas com a Constituição e com o Sistema Único de Saúde - SUS.

As questões relativas à contextualização política da saúde no País ganham relevância na presente pesquisa, que, a seguir, trabalhará a contextualização política da saúde em Goiás.

### **2.3.9 Contextualização Política da Saúde no Estado de Goiás**

O Estado de Goiás possui uma população de 5.926.300 habitantes, sendo o mais populoso da Região Centro-Oeste do Brasil, dividido geograficamente em cinco mesorregiões, dezoito microrregiões e 246 Municípios. Ocupa 340.086,698 km<sup>2</sup>, o que representa 3,99% da área do País. Possui, atualmente, uma taxa de crescimento de 16,52 hab/km<sup>2</sup>, maior que a média nacional brasileira (IBGE, 2009).

O Estado participa com 2,45% (dois vírgula quarenta e cinco por cento) da economia nacional, resultado que lhe assegurou a 9ª posição no ranking nacional (SEPLAN, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano do País é de 0,807 e o do Estado de Goiás é de 0,802, ambos considerados altos pelos padrões do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (SEPLAN, 2009).

O Estado possui ocupação caracterizada por regiões de alta concentração populacional e por regiões de baixa densidade demográfica. As áreas mais densamente povoadas do Estado são: a microrregião de Goiânia, com pouco mais de 2 milhões de habitantes, e a Região Leste

ou do Entorno de Brasília, com 1,1 milhões de habitantes (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

A economia do Estado é baseada na produção agrícola, na pecuária, no comércio, nas indústrias dos segmentos de alimentação, confecções, mineração, mobiliária, metalurgia e madeireira, destacando-se ainda a agropecuária, como a atividade de maior exploração.

A área da saúde no Estado caracteriza-se por grande concentração de serviço, principalmente na Capital, o que gera toda a sorte de desconforto e dificuldade à população. Atualmente, o Estado possui 443 hospitais, dos quais 22,27% encontram-se na Capital, o que reforça afirmativamente esta concentração.

Os esforços para reverter esse quadro têm se mostrado, ainda, insuficientes, realçando a necessidade do incremento de ações para configurar, de fato, uma rede integrada, regionalizada, hierarquizada e, principalmente, resolutiva.

A Região Centro-Oeste possui 7,19% da população do Brasil. O Estado de Goiás possui 42,71% da população da Região Centro-Oeste (IBGE, 2007). A infraestrutura hospitalar de Goiás detém 42,71% dos leitos da Região Centro-Oeste e 71,32% desse universo são destinados ao SUS (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007).

O Estado acompanha a média nacional na distribuição de profissionais atuantes na área da saúde, sendo: médicos (43%); Enfermeiros (15%); odontólogos (17%) e outros (25%) (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007).

Criada pela Lei Complementar Estadual nº 27, de 30 de dezembro de 1999, a Região Metropolitana de Goiânia (RMG) engloba onze Municípios, incluindo Goiânia. Foi também criada a Região de Desenvolvimento Integrado de Goiânia, que inclui mais sete Municípios do aglomerado urbano da capital. A RMG tem por objetivos principais "integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum dos Municípios" que a integram. Conceituam-se funções públicas aquelas que extrapolam o âmbito de apenas um Município, passando ser do interesse simultâneo de dois ou mais. É a região mais expressiva do Estado de Goiás, quando se enumeram suas características, como: conter sua capital, cerca de 35 % da população estadual, um terço de seus eleitores, cerca de 80 % de seus estudantes universitários e aproximadamente 60% de seu PIB (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2010).

A cidade objeto desta pesquisa, **Goiânia** (Capital), localiza-se na Meso-região Centro Goiano, na microrregião de Goiânia, que, por sua vez, é composta de mais quinze Municípios.

Em particular, Goiânia é uma cidade planejada e com uma população de 1.281.975 habitantes e taxa de crescimento anual de 1.6%. O Município apresentou, na última década, um dos maiores índices de crescimento populacional predominantemente urbano do País. Possui, ainda, o 7º lugar no ranking das capitais brasileiras do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do Índice de Condições de Vida (ICV) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

Não obstante o destaque do Município no cenário do Estado, padece de problemas crônicos inerentes à saúde pública no Brasil, tais como: migração de pacientes de outros Municípios e até mesmo de outros Estados; a falta de estrutura dos postos de atendimentos (Centros de Atenção Integrals à Saúde e Centros Integrados de Assistência Médica Sanitária); a falta de profissionais da saúde nos postos, principalmente de médicos; longas filas de espera pelo atendimento; falta de estruturas adequadas para o atendimento da urgência e emergência; superlotação (nos postos e nos hospitais); falta de leitos; financiamento insuficiente para atendimento da demanda; falta de práticas de saúde preventivas, dentre outros. Isto denota que a atual prática de gestão não é, no seu todo, suficiente e adequada para a solução de tais problemas, o que, por sua vez, reflete a necessidade de incremento de políticas públicas voltadas à questão. Nesse contexto, se insere o PlanejaSUS.

Portanto, para um melhor estudo da aplicabilidade das práticas orientativas do PlanejaSUS na elaboração do Plano de Saúde, objeto deste trabalho, necessário se faz a busca pela compreensão da metodologia de análise de políticas públicas.

## **2.4 Análise de Políticas Públicas**

A análise e a avaliação de Políticas Públicas tem sido objeto de várias abordagens e tem como base a pesquisa em ciências sociais aplicada ao estudo das políticas e seus efeitos sobre a sociedade.

Trata-se de um evento de leitura, amparado por um quadro teórico e metodológico, da lógica de agir do poder público e também dos efeitos dessa ação sobre a sociedade. Os

resultados desse modo de agir devem ser entendidos como todo e qualquer comportamento ou situação que tenha sido influenciada por algum ato político.

Não obstante a leitura e compreensão das políticas e seus efeitos, a avaliação tem um caráter mais amplo e o objetivo de demonstrar os resultados obtidos e os conhecimentos deles decorrentes, a fim de contribuir para que o governo e a sociedade tenham referências sobre os fatos e atos que determinaram o sucesso ou o insucesso dos programas implementados, possibilitando a correção das ações em curso e, até mesmo, sua reelaboração.

Nesse contexto, a avaliação pode ser realizada em diferentes momentos do ciclo de vida da política, sendo denominada:

- **Ex-ante:** quando o estudo tem caráter analítico quanto a sua viabilidade e impacto. Proporciona a geração de informações para decidir se a política deve ser implementada ou não. Portanto, é realizada na fase de elaboração da política.
- **Concomitante:** quando é feita simultaneamente à execução das ações e tem por objetivo fazer correções durante as etapas em curso.
- **Ex-post:** quando é realizada após a implantação da política, ocorrendo alguns casos em que é realizada muito tempo após o seu fim, e tem como objetivo a apreciação da durabilidade do seu impacto sobre as condições que se desejava mudar.

A consideração do contexto na análise de políticas públicas implementadas no Brasil ganha importância maior devido aos frequentes redirecionamentos no rumo da agenda pública do País, provocando mudanças, principalmente, na macroeconomia nacional. Para se contextualizar a avaliação ex-post das políticas públicas regionais, deve-se conhecer as fases que constituem a trajetória da citada agenda (SILVA et al, 2007 p.48).

As análises obtidas na avaliação subsidiam decisões de continuidade ou não, tanto das ações do projeto avaliado quanto dos mecanismos e recursos utilizados para sua execução.

As ações relacionadas à avaliação devem ser previstas em projeto no qual se definem o território, instituições, período, objetivos relacionados à política pública e referenciais de análise dos resultados, que podem ser elaborados de acordo com os objetivos oficiais ou aqueles que são latentes. A identificação dos efeitos da ação pública é o aspecto mais importante na avaliação dessa ação e “em função do referencial escolhido, deve-se identificar os efeitos da política que se deseja avaliar e, se possível, medir” (CONSEIL SCIENTIFIQUE

DE L'ÉVALUATION, 1996; LOUÉ; DAUCÉ; LAPLANA, 1998; GUÉNEAU, 2001, apud SILVA et al, 2007, p.46, grifo nosso).

Para mensuração das ações estabelecidas pelas políticas bem como de seus efeitos, é necessário o uso de indicadores, dentre outros, quantitativos, qualitativos, técnicos, econômicos e/ou organizacionais.

- **Quantitativos:** procuram focar processos que possam ser traduzidos em termos numéricos, tais como valores absolutos, médias, porcentagens, proporções etc., sendo, pois, mais fáceis de serem coletados.
- **Qualitativos:** relacionados a processos onde é preferível utilizar referências de grandeza, intensidade ou estado, tais como: forte/fraco, amplo/restrito, frágil/estruturado, ágil/lento, satisfatório/insatisfatório e assim por diante. Para os indicadores qualitativos, pode ser criada uma escala de valor, definida de acordo com a atividade analisada. Qualificar um fato, quando não se pode quantificá-lo, é de grande importância e constitui informação também de confiança.
- **Técnicos:** considerados para avaliação, podem ser a produtividade obtida de determinada cultura, a superfície cultivada, os insumos utilizados, etc.
- **Econômicos:** possibilitam avaliar aspectos como custo da mão-de-obra, custo dos insumos ou preço pago ao produtor.
- **Organizacionais:** podem ser o número de produtores em determinada associação ou frequência nas reuniões ordinárias.

Outros mecanismos de avaliação são: análise da eficácia, de impacto, da pertinência e da eficiência.

- **Análise da eficácia:** consiste em comparar os objetivos traçados e os resultados alcançados, ao observar se as ações do projeto permitiram, ou não, alcançar os resultados previstos.

Conceitualmente, a eficácia é o resultado da interação entre uma intervenção exógena e uma dinâmica social endógena (SILVA et al; 2007, p. 47).

- **Análise de Impacto:** a análise de impacto é a apreciação dos efeitos da ação e a capacidade de influência que causam em seu raio de ação, quer sejam de caráter

técnico, econômico, político, ambiental e/ou social (CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUATION, 1996; GUÉNEAU, 2001, apud SILVA et al; 2007, p.47).

A análise de impacto pode ser entendida como a capacidade de influência da política pública, em respeito ao envolvimento de outras áreas não diretamente trabalhadas por ela (temas, aspectos, públicos, localidades, organizações etc.), em virtude de seus resultados.

- **Análise da Pertinência:** a análise da pertinência condiciona o sucesso de uma política à capacidade de responder corretamente às necessidades que se manifestam.

Este enfoque considera, também, até que ponto uma política, por sua filosofia e por seus métodos, é suscetível de alcançar os objetivos fixados.

Uma série de combinação de fatores pode influenciar na pertinência de uma política, como o maior ou menor envolvimento dos responsáveis e o público alvo a que ela se destina, tanto na sua elaboração quanto na sua execução e avaliação, “bem como a capacidade de engajamento da equipe técnica responsável pela condução do processo” (LOUÉ; DOUCÉ; LAPLANA, 1998, apud SILVA et al, 2007, p.47, grifo nosso).

- **Análise da Eficiência:** Analisar a eficiência do ponto de vista do custo/benefício é comparar os resultados alcançados com os custos da execução de determinada política. Constitui-se em calcular o custo/benefício, considerando a aplicação dos recursos do Estado e também aqueles de origem nas próprias localidades.

A análise da eficiência no sentido custo-eficácia consiste em comparar os custos empregados para produzirem determinados resultados para distintas políticas. Denomina-se custo de oportunidade a comparação com as possibilidades de se obter outros resultados com outras políticas. “Por outro lado, a análise do custo/benefício de algumas políticas torna-se impossível quando o resultado é algo que é imensurável, como, por exemplo, a vida humana”. (CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUATION, 1996; GUÉNEAU, 2001, apud SILVA et al, 2007 p.48, grifo nosso).

O processo de avaliação das políticas públicas não deve considerar apenas a relação custo-benefício ou confrontar apenas os resultados com os objetivos traçados. Isto inviabiliza a identificação, o conhecimento e a análise: dos mecanismos internos; dos processos políticos e sociais; e dos mecanismos de ação e reação decorrentes das ações de implementação da política em questão.

Portanto, torna-se elemento indispensável para esta pesquisa a busca pelos aspectos que envolvem a compreensão da importância do ator social e do seu notório saber em relação às demandas locais, como elemento central da elaboração das políticas públicas de saúde no Brasil. Neste contexto, faz-se necessário discutir a relação entre Saúde, Território e Desenvolvimento.

## **2.5 Saúde, Território e Desenvolvimento**

O I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com os objetivos principais de sensibilizar, mobilizar, debater e fomentar a discussão para o aprofundamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), nos termos do Pacto pela Saúde, bem como sua implementação concreta nas três esferas de governo, define saúde como:

(...) o produto de um amplo leque de fatores relacionados a qualidade de vida, com ações voltadas tanto para o individual como para o coletivo e o ambiental, aí incluídos elementos físicos, sociais, políticos, econômicos e culturais [...] e que, o conceito de saúde parece misturar resultado e processo (produto e ação) [...] e que, no plano individual, deve estar contemplada a autonomia, considerada como capacidade para viver a vida, dos indivíduos e dos grupos em que se encontram [...] e que, a saúde é também um produto dos comportamentos dos indivíduos e das famílias, como traduzidos pelos seus estilos de vida, dieta, atividade física etc., donde a ênfase que deve ser colocada em programas educativos voltados para os riscos comportamentais e hábitos passíveis de mudança (BRASIL, 2006e, p. 7).

Quando da formulação de políticas públicas, os atores devem estar conscientes de que suas atuações devem se pautar pelo entendimento de que a vida social e a melhoria da qualidade de vida acontecem em um ambiente complexo e conflituoso. Devem entender e buscar ações e soluções, de forma consensual, contribuindo para a superação das desigualdades sociais instaladas no País, promovendo o desenvolvimento e o reconhecimento da saúde e da vida como direito social e de cidadania.

É necessário repensar a forma de elaboração das políticas públicas de saúde, incentivando a efetiva participação da sociedade, descaracterizando o caráter de decisão do poder central.



No contexto da saúde, Franco Neto et al, citado por Akerman (2005), afirmam que esta atitude contribuiria para:

O aprimoramento do atual modelo de atenção, onde a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a produção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vidas das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo (AKERMAN, 2005, p. 23).

Os atores responsáveis pela formulação de políticas públicas devem entender o território como o “espaço vivo e interativo” e principal contribuidor para o real entendimento das necessidades sociais. O espaço territorial deve ser considerado para a identificação e implementação de estratégias que busquem o desenvolvimento.

É importante o entendimento do território e suas relações, pois, na formulação de políticas públicas, o “local” se expressa como um território vivo de interações. No “local”, fluem vidas em suas múltiplas interações sociais, culturais, amorosas, espirituais, intelectuais, políticas, econômicas, dentre outras, manifestando-se na construção da cidadania, buscando a coesão social em um “campo” repleto de interesses conflitantes (AKERMAN, 2005, p. 22).

O processo de desenvolvimento deve estar sustentado pela busca dos princípios da equidade e da inclusão social, objetivando o fortalecimento da cidadania e da democracia, amparando a promoção e ampliação dos direitos, diminuindo as desigualdades sociais.

É imperiosa a compreensão de que a manutenção do “estado de condições precárias de saúde” é determinante negativo, que se contrapõe ao desenvolvimento. O desenvolvimento exige uma lógica diferente e é importante salientar que ele não busca e não deve, portanto, minar os parcos benefícios alcançados no campo da saúde.

Nesse contexto, a mobilização social mais uma vez desponta como necessária ao fortalecimento de capacidades e potencialidades e à garantia de que os benefícios oriundos do processo de desenvolvimento sejam distribuídos de forma democrática e com largo alcance social.

As questões abordadas pelo desenvolvimento são comumente confundidas pelas inerentes ao crescimento.

Inicialmente, podemos afirmar que crescimento é um conceito ligado à mudança e seus aspectos quantitativos, aos aspectos da expansão econômica, estando, por vezes, ligado a análises específicas de determinados setores econômicos.

O conceito de crescimento geralmente está associado à ampliação quantitativa da produção, ensejando que esse processo está beneficiando a todos dentro de um País, que, por sua vez, é considerado desenvolvido, se apresentar altas taxas relacionadas à condição e qualidade de vida dos seus habitantes (PEDROSO e HARGER, 2009, p.1).

No entanto, o crescimento econômico não contribui, necessariamente, para a melhoria do extrato social.

Por seu lado, o desenvolvimento projeta um estado de ações que busca a melhoria dos processos produtivos e da infraestrutura do País, preocupando-se fortemente em gerar resultados qualitativos, que se reflitam no incremento do bem estar social, principalmente dos mais necessitados.

O Brasil é considerado, por muitos, um país em desenvolvimento e, na ótica de outros, um país subdesenvolvido. O País goza de um período de crescimento econômico importante. No entanto, é indiscutível que os benefícios de tal crescimento não têm chegado de maneira igualitária a toda população. O modo de produção capitalista traz arraigado em si o modelo de alta concentração de renda, beneficiando os detentores dos bens de produção e de capital, em detrimento da grande massa.

Verificamos, há muito, condições de vida degradantes, com grande parcela da população sem acesso à educação, saúde, lazer, alimentação, moradia e, infelizmente ainda, até mesmo situações de escravagismo. Tal modo de produção propicia a desigualdade, levando o País a apresentar índices díspares de desenvolvimento. O Relatório do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento afirma que o Brasil ocupa um preocupante 75º lugar no ranking dos aspectos distributivos da renda, observados a dimensão social, a longevidade e a educação, além do Produto Interno Bruto, embora seja um país com desenvolvimento elevado (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2009, p.172).

É consenso que o crescimento pode existir sem o desenvolvimento ou até mesmo ser consequência deste, mas não existe desenvolvimento sem crescimento, o que não diminui a importância do desenvolvimento em relação ao crescimento. O fato é que desenvolvimento é a presunção de planejamento, objetivos, metas e ações, que buscam o equilíbrio do crescimento e que melhorem, também, a qualidade de vida da população.

As políticas públicas voltadas ao desenvolvimento necessitam de decisões políticas firmes e, para obterem maiores condições de acerto, do envolvimento da própria sociedade. É

indiscutível que a participação social é fundamental para o sucesso das políticas públicas voltadas ao desenvolvimento. Não é mais aceitável a concepção, o planejamento, a implementação e controle de ações públicas, sem a efetiva participação popular.

Sabemos, no entanto, que o crescimento da participação social está condicionado aos resultados dos benefícios efetivamente alcançados, advindos das políticas para o atendimento aos problemas identificados. É necessário, pois, o incremento de ações educativas, marcos regulatórios e mecanismos de fiscalização, que propiciem, de fato, a participação popular na definição de suas necessidades.

Sen, economista indiano ganhador do prêmio Nobel em 1998, correlaciona o desenvolvimento aos aspectos da conquista e garantia da liberdade que a sociedade deve desfrutar, bem como do seu acesso às melhorias de vida. O autor defende, ainda, a idéia de que a riqueza não basta em si própria e que ela deve proporcionar a aquisição de liberdade para o gozo da vida que se deseja; e ao afirmar que o desenvolvimento é muito mais que acumulação de riqueza ou de crescimento, relaciona-o, com destaque, à melhoria de vida e de liberdade (SEN, 2000).

Para o autor, vive-se em um mundo repleto de opulência e, contraditoriamente, em um mundo onde a privação e a opressão são extraordinárias. Nesse contexto, o desenvolvimento consiste na real eliminação de privações de liberdade, que limitam as escolhas e oportunidades das pessoas exercerem sua condição de cidadania (SEN, 2000, p.9).

A impossibilidade da escolha é perceptível, quando vemos milhões à margem, sem acesso à saúde, educação e alimentação, dentre outros aspectos que garantam melhores condições de vida. As restrições à liberdade política e aos direitos civis básicos, elementos construtivos da liberdade humana, também ilustram tal fato.

Portanto, é salutar incentivar a valoração das liberdades e aplicá-las nas questões inerentes às liberdades individuais. A liberdade é importante por propiciar o potencial próprio da sociedade, levando-a a ser agente de mudanças, de maneira a influenciar o meio e, conseqüentemente, o *status quo*.

O crescimento pode, ainda, ocorrer isoladamente para um determinado segmento social, empresarial, ou para determinada região. Pode-se afirmar que uma região geográfica pode crescer economicamente, sem, no entanto, ter contribuído para o desenvolvimento da sociedade local.

A análise dos aspectos do desenvolvimento deve considerar importantes as diferenças entre os processos regionais de desenvolvimento (das diferentes localidades geográficas) e considerar a existência de posturas mais e outras menos empreendedoras, que, por sua vez, influenciam decisivamente nos projetos de desenvolvimentos instalados.

O crescimento e o desenvolvimento propiciam conflitos de interesses entre si e também no conjunto da população, fazendo-se necessária a participação da esfera política como mediadora. Destaca-se, pois, a importância do Estado como mediador das diferenças.

A necessidade de mediação do Estado é reforçada pelos cenários muitas vezes existentes, onde se percebe a globalização com seus vetores de direção econômico-corporativa agindo como variável externa, que exerce ação de fora para dentro, e, por outro lado, a reação sócio-ambiental de desenvolvimento, exercida pelos agentes de desenvolvimentos locais. Verifica-se, pois, um conflito de interesses: por um lado a globalização, defendendo os aspectos da produção e reprodução do capital, e, de outro, os agentes locais (econômicos, sociais e políticos), defendendo os aspectos da dinâmica sócio-ambiental de produção e reprodução da vida.

Uma explicação para esse cenário competitivo é a dificuldade dos agentes locais de superar as contradições e resolver os conflitos, tanto em nível dos próprios interesses locais, bem como associados aos interesses da globalização. Verifica-se a necessidade de aproveitar o capital local e associá-lo aos desafios regionais de globalização, construindo seu próprio modelo de desenvolvimento, num contexto onde o envolvimento social é necessário para a garantia da construção do modelo de desenvolvimento ideal.

O desenvolvimento é uma consequência da democracia e esta, por sua vez, é o resultado da organização social, o que nos leva a considerar que uma sociedade mais organizada socialmente é, do ponto de vista político, mais participativa. Consequentemente, quanto mais participativa politicamente, mais desenvolvida economicamente será a sociedade.

A liberdade é um dos pontos mais importantes quando se trata do desenvolvimento. É através dela que o homem efetivamente participa das decisões sobre o modelo de desenvolvimento, interferindo nele, de forma a conseguir ainda maior liberdade e acesso às melhorias. Quanto maior a capacidade de organização dos atores locais, maiores são as possibilidades de participação [...] e, consequentemente, as deste ciclo de atividades indispensáveis ao processo de desenvolvimento (WITTMANN; DOTTO, BOFF, 2004, p. 36-37).

A ampliação da liberdade humana é o principal fim e o principal meio do desenvolvimento. O acesso às facilidades e liberdades econômicas, às oportunidades sociais, às garantias de transparência e segurança protetora são papéis instrumentais da liberdade e influenciam fortemente no desenvolvimento (SEN, 2000, p. 710).

Os fins e os meios do desenvolvimento exigem que a perspectiva da liberdade seja colocada no centro do palco. As pessoas são agentes participativos e não apenas receptores de políticas e/ou projetos de desenvolvimento.

O Estado necessita fortalecer-se, enquanto formulador e publicizador de políticas públicas, para regular as distorções provocadas pelos mecanismos de crescimento em desfavor do desenvolvimento, tanto no campo social, cultural, jurídico e, principalmente, no político.

É indispensável indagar se o desenvolvimento está contribuindo para o processo de conquista de liberdade do cidadão ou se simplesmente reproduz o modelo dominante existente, que tem uma lógica mercadológica.

Outro aspecto muito importante é o entendimento de que o desenvolvimento local ou endógeno deve ser visto sob pontos de vistas de todos os atores envolvidos, buscando o envolvimento para se obter o desenvolvimento. Deve-se envolver para desenvolver, aspecto que trará legitimidade e legalidade ao processo de desenvolvimento.

Por ser um processo cujo resultado é um conflito de interesses, as prioridades a serem estabelecidas devem ser bem debatidas, objetivando identificar as reais necessidades da maioria da população, o que implica, às vezes, renúncias de alguns a favor de outros. Esse argumento reforça a tese de Matus no tocante à análise situacional, quando da elaboração das políticas públicas de saúde, de que os atores locais e suas representatividades é que têm maiores e melhores condições e conhecimentos das ações que atenderão às suas necessidades, e, portanto, sua participação na elaboração dos planos municipais de saúde ganha contorno de fundamental importância.

Importante, ainda, salientar que se deve procurar ações de desenvolvimento que respeitem a sustentabilidade. É necessário desenvolver, respeitando o futuro. O desenvolvimento sustentável tem como premissa fundamental o reconhecimento da “inadequação” econômica, social e ambiental do padrão de desenvolvimento das sociedades contemporâneas.

As inadequações econômicas, sociais e ambientais causadas pelo modelo de desenvolvimento atual não reconhecem a finitude dos recursos naturais e as injustiças sociais praticadas. É necessário pensar na biodiversidade e na sociodiversidade. Só podemos entender o desenvolvimento através de um olhar integrado, sob todas as óticas (não apenas a econômica, a social etc.).

Torna-se necessário, pois, o diálogo permanente entre o feroz modelo de crescimento atual e a sociedade, vítima dos seus desmandos. Ressalta-se, novamente, a importância do Estado como mediador dos conflitos surgidos nessa relação.

A prática do planejamento de governo enseja, portanto, a participação popular. Não é mais concebível que as políticas públicas sejam determinadas apenas pelos governos centrais e pela representação política. A oportunidade da efetiva participação popular deve ser compreendida e buscada pelo governo, por seus representantes legalmente eleitos e também pela própria população.

As necessidades locais são melhores percebidas pela população. Nada mais sensato, então, do que sua participação na definição de suas necessidades e prioridades, como na fiscalização da execução das ações estabelecidas para a atenuação e/ou solução dos problemas.

O desenvolvimento se manifesta em espaços geográficos bem definidos, podendo se evidenciar em continentes, blocos de países, regiões, cidades, e até mesmo em localidades menores, como, por exemplo, uma área urbana ou rural. Então, a discussão sobre os mecanismos de planejamento de saúde articulados pelo PlanejaSUS e suas possíveis contribuições ao desenvolvimento dos territórios e/ou locais ganham contornos de grande importância.

O local deve ser sempre considerado por ser onde se dá a mais concreta manifestação sobre as reais necessidades da população correspondente e seu respectivo reflexo nas reivindicações por melhorias. Consequentemente, o “local” deve ser considerado como o principal fomentador da formulação das políticas que visem ao desenvolvimento.

O local é de suma importância na formulação das políticas públicas, por ser a base das relações entre as pessoas, por ser o espaço vivo e dinâmico onde se desenvolve a vida e onde se expressa a cidadania, onde se concretizam as relações de cooperação e de poder. E [...], para a consecução de fato do desenvolvimento local, ocorre um esforço de integração de

cidadãos, no qual se expressa a vontade da recuperação da iniciativa e da autonomia da gestão do bem comum (AKERMAN, 2005, p. 29-38).

Ainda, segundo Akerman, o governo deve estar ao alcance dos cidadãos e a estratégia do desenvolvimento local não deve considerar apenas a lógica economicista, devendo ser necessário o reconhecimento da existência de interesses distintos e conflitos latentes ou potenciais como a condição para uma adequada articulação inovadora dos atores sociais. Deve-se, ainda, considerar que os recursos do governo de forma isolada são insuficientes para o sucesso da implementação do desenvolvimento local e tampouco, devem ser desconsiderados, porque, neste caso, será muito mais difícil o sucesso das medidas (AKERMAN, 2005, p. 31).

O Desenvolvimento Local, entendido como espaço físico e social, é o resultado do esforço da população e de organizações voltados ao favorecimento da cidadania e da melhoria de vida de seus habitantes. Neste sentido, Akerman defende que:

Tal movimento pressupõe a articulação de lideranças, instituições, empresas, governo e habitantes de um determinado lugar, tendo como ponto de partida a valorização e identificação de potencialidades e recursos locais [...] e que dessa forma, o Desenvolvimento Local pode ser entendido como uma ação deliberada, coordenada, descentralizada e com ampla participação de todos os atores relevantes para ativar a cidadania e, por meio dela, ser ativada para melhorar de maneira substancial as condições de vida dos habitantes de uma localidade (AKERMAN, 2005, p. 39).

O modelo tradicionalmente usado para a formulação das políticas públicas baseia-se, ainda, em ações centralizadoras, evidenciando: a baixa participação social; processos burocráticos e pouco flexíveis; a falta de foco; o alto teor assistencialista; e a falta de interesse com o processo de monitoramento e avaliação.

O processo de formulação de políticas públicas deve considerar as realidades locais, propondo ações integradas, convergentes e intersetoriais, que propiciem alianças estratégicas e flexíveis, baseadas nas necessidades, nas ofertas e demandas, eliminando a prática assistencialista e compensatória oriundas de diagnóstico de carências e potencialidades permanentes. As políticas públicas devem ainda contar com o controle, monitoramento e avaliação da sociedade, de maneira a garantir que as necessidades locais, sejam contempladas com a oferta de recursos e realização de gastos que promovam, de fato, o desenvolvimento local (AKERMAN, 2005, p. 41).

Desenvolvimento local pode, pois, ser concebido como um ambiente rico de interações, respeito e responsabilidade, que representem um desenho inovador de políticas locais, cuja

preocupação com as futuras gerações se expresse pela dedicação em levar progresso a um determinado espaço geográfico (AKERMAN, 2005, p. 41).

Desenvolver novas estratégias para a consolidação do território como ator no processo de políticas públicas é um desafio. No campo da saúde, alguns processos já acontecem, como exemplifica Akerman:

Desde a concepção de “Atenção Primária na Saúde”, propiciam-se “captação e multiplicação de recursos endógenos para solucionar os problemas locais” e buscam-se “novos processos participativos”. Essa busca amplia-se por meio do movimento de Promoção da Saúde que “estimula o surgimento e o funcionamento de redes de atores sociais” e os empreendimentos participativos e intersetoriais como o “Município Saudável” e as “Escolas Promotoras de Saúde” que propõem “horizontalizar as relações entre grupos, pessoas e organizações”, para “empoderar as populações e estimular a inteligência coletiva das comunidades” [...] e que, a sociedade civil deve participar na discussão e na definição de prioridades assim como na implementação, monitoramento ou na avaliação de políticas e programas nos níveis médio ou macro do sistema de saúde (AKERMAN, 2005, p. 42-61).

Embora sejam, ambos, “Governo Local e Governo Político”, limitados na capacidade de atendimento das demandas sociais, Akerman (2005) analisa algumas experiências latino-americanas, que levaram em conta, quando de suas construções, as várias nuances do “território local”; o que pressupõe que as pessoas precisam ser agentes de seu próprio desenvolvimento e da “gestão social local ou Governo Local”, e a extrapolação do Governo Político, implicando em mandar menos e ouvir mais.

Akerman, textualiza que:

As experiências foram analisadas, principalmente, sob a ótica das temáticas abordadas, do sistema de atores, dos obstáculos e dos facilitadores no seu processo de implementação e organização. Foram revisadas, as seguintes experiências: Seminário “*Alianças Estratégicas para o Desenvolvimento Local na América Latina*” - (seis experiências em Países diferentes: Argentina, Chile, Nicarágua, Venezuela, Equador e Brasil) - (Claeh-Alop, 2002); Seminário “*Construção de Alianças para promover o Desenvolvimento Local*” – Peru (C. Reyna, [www.desarrollolocal.org](http://www.desarrollolocal.org), acesso em junho de 2004); Programa “*Cidadania e Gestão Local – trinta inovações no Fortalecimento do Espaço Público Local*” – Chile ([www.desarrollolocal.org](http://www.desarrollolocal.org), acesso em junho de 2004); “*A Comunidade Inteligente: Visitando Experiências de Gestão Local*” – Brasil (vinte e cinco experiências analisadas por Dowbor, 2002); [...], “*Aspectos Econômicos de Experiências de Desenvolvimento Local*” – Brasil (França et al, 2002 – Quatro estudos de caso promovidos pelo Instituto Polis de São Paulo); “*Experiências de Construção de Governos Locais*” – Cuba e Equador (Organização Panamericana de Saúde, 2004); “*Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável*” - Brasil ([www.ensp.fiocruz.br/documentos](http://www.ensp.fiocruz.br/documentos), acesso em junho de 2004); “*Experiências Nacionais de Políticas Públicas de Participação Cidadã em Saúde no Cone Sul*” – vinte e nove experiências na Argentina, na Bolívia, no Brasil, no Chile, no Paraguai e no Uruguai (Isalud/IDCR/Claeh, 2004); “*Programa de Capacitação de Promotores de Saúde em Urraco, Honduras: um estudo e caso de empoderamento*” (Oakley&Clayton, 2003) (AKERMAN, 2005, p. 44-46).



A análise dessas experiências indica que a concepção de vários dos programas parte da constatação de que muitas organizações e instituições na América Latina estão enfrentando o desafio do Desenvolvimento Local como uma das opções estratégicas de nosso tempo, e que, de um modo geral, os programas preocuparam-se em desenvolver ações que contemplassem: a sistematização de experiências de Desenvolvimento Local; a elaboração e acesso a sistemas de informações eletrônicas sobre recursos disponíveis para o Desenvolvimento Local; [...] e, atividades de capacitação para formação e consolidação de alianças estratégicas para o Desenvolvimento Local; atividades de consolidação de redes; recomendações de como fazer boas alianças; a importância de ampla convocatória inicial; a consideração do contexto político; a clara definição de objetivos comuns; a clara definição das regras do jogo; o respeito às autonomias institucionais; a transparência da gestão e da prestação de contas; o reconhecimento oficial ou municipal da aliança ou do acordo; o reconhecimento das diversidades; a busca de novas arquiteturas de articulações sociais (alianças de diversos tipos, consórcios, acordos, contratos, articulações informais); a construção de processos de negociação entre os diversos interesses em jogo para a partilha dos benefícios; e a necessidade de melhoria contínua do processo de comunicação (AKERMAN, 2005, p. 47-62).

Segundo Akerman, os aspectos dificultadores e facilitadores foram:

Dificultadores: pré-julgamentos, reticências, temores ou desconfianças em relação à idéia inovadora e sua implementação; debilidade na capacidade das pessoas de se converterem em sujeitos de deveres e direitos e em condições de atuar em espaços de discussão e de tomada de decisões; debilidade na organização das comunidades; desinteresse da comunidade em participar de atividades quando as decisões não são vista como um elemento que afeta os indivíduos diretamente; inexistência de uma instância concreta para a tomada de decisões no acompanhamento das distintas fases dos processos; obtenção de um financiamento futuro que permita a continuidade do desenvolvimento de suas atividades, e Facilitadores: pessoas-chave que estimulam pôr em prática e desenvolver a iniciativa; equipes de trabalho consolidadas e comprometidas com a iniciativa; disposições ou intervenções que são promovidas no nível central; contato com instâncias ou experiências similares ou com o desenvolvimento de ações de difusão da própria iniciativa; atores que fazem intermediação entre sociedade civil e governo local. E [...] , aponta ainda que para o êxito do que se propõe, é importante: a presença de um líder; a percepção da comunidade de que a iniciativa a que se propõe é relevante para ela; a criação de espaços de discussão que permitam obter apoio consensual ou, ao menos, majoritário às iniciativas propostas; a criação de uma organização eficiente das atividades; instâncias claras de tomada de decisões e da sua execução que permitam e apoiem a participação; a difusão pública da atividade; políticas e programas pertinentes que tenham origem no governo central; pontes ou canais que permitam uma relação fluida com o governo local; e segurança de financiamento para os diversos programas (AKERMAN, 2005, p. 47-62).

Embora não sirvam de modelos preconcebidos, a análise desses elementos aponta para a necessidade de se promover e ampliar a divulgação dessas experiências, para que sejam desenvolvidos programas organizacionais nelas baseados e, por meio de pesquisas aplicadas,

sistematização de experiências, difusão e intercâmbio eletrônico, formação e capacitação, práticas monitoradas e assessorias, seja possível construir uma base consistente capaz de influenciar políticas de desenvolvimento local. Mesmo não permitindo estabelecer “hipervínculos”, a análise dessas experiências se reveste de grande importância por destacar diversidades. Portanto, é necessário identificar que questões delas emergem, e orientá-las em direção a uma reflexão capaz de sustentar a intervenção dos atores da sociedade civil e dos governos, ao formularem propostas e iniciativas de Desenvolvimento Local (AKERMAN, 2005, p. 67).

É de suma importância destacar que a sociedade deve se conscientizar da necessidade de estar plenamente envolvida e comprometida na participação das discussões dos problemas, na definição das prioridades e na elaboração de programas e políticas, que visam ao atendimento de suas necessidades. Outro fator de extrema importância é a efetiva participação no monitoramento e a avaliação crítica das ações estabelecidas por essas políticas e/ou programas, enriquecendo o processo de retroalimentação do sistema.

Em conferência no X Congresso Internacional de Saúde Pública, realizado em Birmington, Inglaterra, em abril de 2004, Kickbusch apresenta a Figura 3: Quadro: *Marcas das Disparidades na Saúde entre os Povos*, que ilustra a dimensão de algumas iniquidades em saúde.

“Healthy Societies”	“Poor Health”
Alta expectativa de vida e envelhecimento populacional	Baixa expectativa de vida em muitos Países e muitos grupos populacionais vulneráveis
Expansão do sistema de assistência médica	Falta de acesso a muitos serviços essenciais
Rápido crescimento do mercado privado de consumo de produtos para a saúde	Crescimento do gasto pessoal com assistência médica e medicamentos entre os mais pobres
Saúde como tema dominante no discurso social e político	Saúde como campo negligenciado na política nacional e no desenvolvimento
Saúde como meta pessoal e importante	Saúde como questão de sobrevivência

Figura 3. Quadro: Marcas das Disparidades na Saúde entre os Povos.  
 Fonte: Kickbusch (2004) – Adaptado de Akerman (2005, p. 74).

A organização Panamericana de Saúde define ainda, que:

O exercício de saúde pública é constituído por um conjunto de práticas sociais e, portanto, a saúde é parte da vida cotidiana da população, tanto individualmente como em grupo e resultado de suas ações e interações na sociedade [...], definindo quatro grupos de prática sociais em saúde pública: 1) desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde; 2) atenção às necessidades e demandas da saúde; 3) desenvolvimento de ambientes saudáveis de controle de riscos e danos á saúde coletiva e; 4) desenvolvimento da cidadania e da capacidade de participação e de controles sociais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002, p. 49-51).

A análise de práticas sociais em saúde pública vinculados ao desenvolvimento local, permite evidenciar que as ações realizadas em processos de desenvolvimento local podem ser identificadas com práticas sociais em saúde pública e, mais especificamente, com o “desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde” [...] e, com “o desenvolvimento da cidadania e da capacidade de participação”, nos quais a descentralização da cooperação técnica, assim como a descentralização de recursos e capacidades, são condições fundamentais para dinamizar o desenvolvimento de localidades (AKERMAN, 2005, p. 76-93).

A mobilização da sociedade deve ser incentivada como condição indissociável da busca de soluções coletivas, para projetos comuns, que se traduzam em processos participativos, democráticos, conseqüentemente, legítimos, de maneira a contribuírem para o desenvolvimento social.

O campo saúde agrega, dentre outros, os aspectos de: saúde propriamente dita; geração de trabalho e renda; moradia; meio ambiente e saneamento; alimentação e nutrição; desenvolvimento social; acumulando potencial para influenciar no modelo de desenvolvimento e provocar algumas reflexões acerca de alternativas ao modelo hegemônico, que acarreta, por exemplo, o consumo desregrado de produtos nocivos à saúde. Dentre inúmeras contribuições, o combate ao tabagismo, a estratégia global antiobesidade e o excesso de consumo de energia são exemplos dessa possibilidade.

### 3. METODOLOGIA

A produção de conhecimento não é um trabalho simples. A escolha do método adequado que permita a realização da mesma com garantia e credibilidade configura-se uma grande dificuldade. Portanto, o método e seus adequados instrumentos, se bem selecionados, podem propiciar o único e seguro caminho ao desenvolvimento de uma boa pesquisa.

Para a execução deste projeto de pesquisa, adotou-se a utilização de pesquisa de finalidade aplicada, de cunho (objetivo) descritivo, com abordagem quali-quantitativa, por meio do uso da técnica de estudo de caso, sustentada pela pesquisa bibliográfica e documental.

A escolha pela pesquisa aplicada foi evidenciada pelo fato de a mesma ter o objetivo de gerar conhecimento para aplicação prática e solução de problemas específicos, segundo ressaltam Mendonça, Rocha e Nunes (2007).

O trabalho utilizou-se do cunho descritivo, pois o mesmo permitiu a possibilidade de aplicação da técnica de coleta de dados – realizada pelos eventos (procedimentos) da observação sistemática – e uso de questionários.

A pesquisa adotou a abordagem qualitativa, amplamente aplicada para melhor compreensão da natureza dos fenômenos sociais, entendida, neste projeto, como resultante da articulação entre a interpretação do Plano de Saúde, do Relatório Anual de Gestão e da utilização dos questionários.

A análise qualitativa e seu caráter exploratório são entendidos neste projeto como resultantes da articulação entre a análise e a interpretação do Plano de Saúde Gestão 2005-2008, do Relatório Anual de Gestão 2008 e da aplicação de questionários aplicados aos gestores ocupantes de níveis tático-operacionais e também ao Secretário. A aplicação de questionários envolve a interpretação das opiniões dos entrevistados, procurando entender as possíveis relações e conexões entre as variáveis encontradas e os instrumentos de gestão analisados, numa tentativa de ampliação de entendimento do objeto desta pesquisa.

A pesquisa adotou, também, a abordagem quantitativa, contribuindo para sua melhor interpretação e compreensão. A perspectiva quantitativa resulta da aplicação dos questionários estruturados aos gestores, possibilitando a apuração das opiniões advindas das atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados.

Visando, pois, dotar a pesquisa de maior confiabilidade, foram elaborados 02 (dois) questionários, um específico – estruturado – aplicado aos gestores, contendo as opções de respostas (sim e não) e outro questionário semiestruturado aplicado ao Secretário, com as questões relevantes ao tema, com opção de respostas abertas (como, por que e discursivas). Ambos os questionários apresentaram, ao final, um campo para considerações e/ou observações a respeito do PlanejaSUS e os seus reflexos na elaboração do Plano de Saúde, para uso dos entrevistados.

Foram aplicados a (05) cinco gestores – destes, 03 (três) responderam - questionários elaborados com (76) setenta e seis perguntas, agrupadas em (06) seis grandes temas: 1) Plano de Saúde (com 14 perguntas); 2) Análise Situacional (com 21 perguntas); 3) Objetivos, Diretrizes e Metas (com 15 perguntas); 4) Participação Social (com 10 perguntas); 5) Programação Anual de Saúde (com 4 perguntas) e 6) Relatório Anual de Gestão (com 12 perguntas). O questionário aplicado ao Secretário foi elaborado com (18) dezoito perguntas. Com a responsabilidade de garantir informações seguras e de conteúdo sobre o tema abordado e, também, pelo fato do PlanejaSUS ser um instrumento muito amplo e relativamente novo no âmbito do SUS, a elaboração dos questionários foi estruturada com a conceituação dos assuntos abordados, antecedente à cada pergunta ou conjunto de perguntas.

Os dados obtidos dos questionários aplicados aos gestores, inicialmente tratados em (06) seis grandes temas, conforme acima descrito, foram reagrupados em (16) dezesseis novos grupos correlatos entre si, por abrangência dos assuntos abordados. Em seguida, foram organizados, tratados e interpretados por um banco de dados do software denominado Programa Sphinx, sob a responsabilidade do Centro de Pesquisas Mercadológicas da Faculdade Alves Faria CEPEM-ALFA<sup>3</sup>, cujos resultados e interrelações são apresentados por tabelas e gráficos, permitindo melhor visualização e consequente interpretação.

A pesquisa foi consubstanciada ainda, pela análise do conteúdo do “Plano Municipal de Saúde Gestão 2005-2008” e do “Relatório de Gestão 2008”, elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Por se tratar de um tipo de pesquisa de cunho descritivo, a técnica definida foi a de Estudo de Caso, haja vista que ele permite apoiar a investigação de entidades bem definidas, no caso, a implantação de um processo – o Plano de Saúde.

---

<sup>3</sup> Anexo 01 - Declaração CEPEM - ALFA

A técnica de estudo de caso tem como objeto de investigação uma entidade bem definida (uma pessoa, um grupo de pessoas, uma comunidade, uma organização, a implantação de um processo, etc.), onde o pesquisador procura não intervir sobre a situação, mas busca conhecê-la como tal (MENDONÇA, ROCHA E NUNES, 2007, p. 38).

Ao definir o uso da técnica de estudos de casos, Yin afirma que:

É vantajoso usar o estudo de caso quando se faz questões do tipo “como” ou “por que”, sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle [...] e que, como estratégia de pesquisa, o estudo de caso contribui para o conhecimento que temos dos fenômenos organizacionais, entre outros e por permitir que a investigação preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos sociais, dentre eles, dos processos organizacionais e administrativos” (YIN, 2005, p.22-26).

O questionário aplicado ao Secretário contém questões “como” e “por que” e, segundo Yin é vantajoso usar o estudo de caso quando se faz questões do tipo “como” ou “por que”, sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2005, p.26).

Ainda no entender de Yin, como estratégia de pesquisa, o estudo de caso contribui para o conhecimento que temos dos fenômenos organizacionais entre outros e por permitir que a investigação preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos sociais, dentre eles, dos processos organizacionais e administrativos, caso típico do objeto desta pesquisa. (YIN, 2005, p.20).

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, utilizando-se de muitas variáveis de análise, de várias fontes de evidências, além de beneficiar-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados e como estratégia de pesquisa, compreende um método que abrange tudo, tratando da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos (YIN, 2005, p. 32).

Por fim, Yin (2005) nos ensina que o método de estudo de caso contém características verdadeiramente distinguíveis: definição do problema, delineamento da pesquisa, coleta de dados, análise de dados e composição e apresentação dos resultados. Afirma ainda que o método de estudo de caso tem sido usado nas ciências sociais, tanto em disciplinas tradicionais, quanto em áreas com orientação prática como a ciência da administração, sendo freqüente seu uso em pesquisas de teses e dissertações.

Para a melhor contextualização do planejamento na área de saúde, que baliza o PlanejaSUS, enfatizamos o Planejamento Estratégico Situacional, cuja perspectiva efetiva-se pelo entendimento da análise situacional, em que os diversos atores locais, envolvidos direta e indiretamente, devem analisar as demandas sociais exaustivamente, respeitando seus diferentes níveis de necessidade e de compreensão, de forma a buscar o consenso na priorização e seleção de soluções a serem contempladas no Plano de Saúde.

Assim, analisar as concepções e outros aspectos das políticas públicas no Brasil, especialmente no caso da saúde, permitiu verificar se os gestores municipais aplicam as orientações emanadas das normas previstas na Constituição e nos órgãos reguladores, notadamente no PlanejaSUS, quando da elaboração, implementação e controle dos planos municipais de saúde, bem como se os resultados da aplicação das orientações e normas se refletiram positivamente na formulação das políticas públicas de saúde e no desenvolvimento local do Município pesquisado.

É importante destacar que o pesquisador durante o processo de pesquisa procurou não intervir sobre a situação, limitando-se a conhecê-la.

## 4. ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA COM O PLANEJASUS

Este capítulo destina-se à análise dos resultados da pesquisa empírica, realizada mediante aplicação de questionários aos gestores responsáveis pela Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Goiânia, Goiás, e ao Secretário de Saúde do Município, bem como pela análise do Plano de Saúde do Município 2005-2008 e pelo Relatório de Gestão 2008, objetivando identificar o conhecimento e aplicação das orientações contidas no Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, o PlanejaSUS, oriundo do Ministério da Saúde, cujo objetivo é a orientação metodológica para a elaboração, implementação, gestão e controle dos Planos de Saúde dos Municípios.

### 4.1 Apresentação

A análise da pesquisa, realizada perante os gestores, o Secretário, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão, resultou nos aspectos abaixo demonstrados.

A Figura 4 representa a relação dos Eixos de Orientações do Plano Nacional de Saúde contidos no Plano de Saúde.

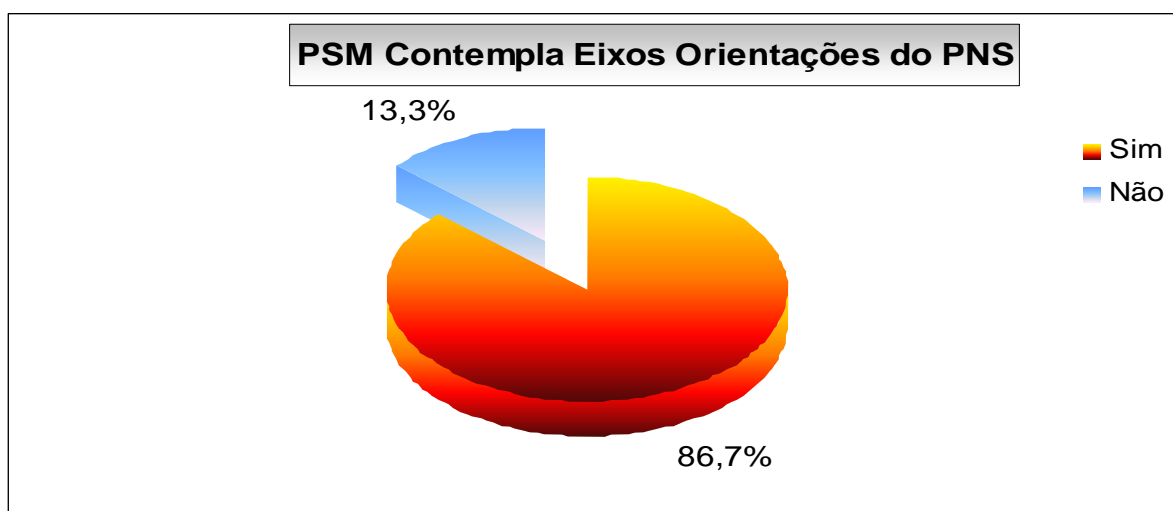


Figura 4. Gráfico: Elaboração do Plano de Saúde **VERSUS** Eixos de orientação do Plano Nacional de Saúde.



Parte dos gestores afirmam positivamente - 86,7% do conjunto das respostas – que foram observadas na elaboração do Plano de Saúde as ações do Eixo de Orientações do Plano Nacional de Saúde: redução das desigualdades; ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; redução dos riscos e agravos; reforma do modelo de atenção e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Quanto ao universo de respostas negativas - 13,3% do conjunto das respostas -, os dados apontam para a ação “redução das desigualdades em saúde”, uma resposta não (50,0%); e para a ação “reforma do modelo de atenção”, uma resposta não (50,0%).

Na visão do Secretário, o Plano de Saúde contém orientações do Plano Nacional de Saúde, notadamente, na “qualificação de atenção à saúde (Qualisus); saúde bucal; saúde mental; saúde da mulher; controle de hanseníase e tuberculose; qualificação e regionalização no SUS”.

Ao ser questionado especificamente se a elaboração do Plano de Saúde observou as ações do Eixo de Orientações do Plano Nacional de Saúde, o Secretário expressa sua vaga concordância, ao afirmar que “Acredito que o Plano de Saúde, quando bem elaborado e representando a realidade e os anseios da população, possa contribuir na redução das desigualdades e na melhoria das condições de saúde da população através da inclusão social”.

A análise do Plano de Saúde permite afirmar que está contemplado, de fato, o estabelecimento de macrodiretrizes, de estratégias, de ações e de metas, concordantes com as orientações do conjunto de ações do Eixo de Orientações do Plano Nacional de Saúde.

Tal fato aponta uma percepção divergente entre os gestores, no tocante à abordagem do conjunto de ações do Eixo de Orientações do Plano Nacional de Saúde, no processo de elaboração do Plano de Saúde.

A Figura 5 demonstra a percepção dos entrevistados no tocante ao Plano de Saúde conter as orientações de elaboração: do Diagnóstico Local; das Estratégias e Ações a serem executadas; do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão preconizados pelo PlanejaSUS.

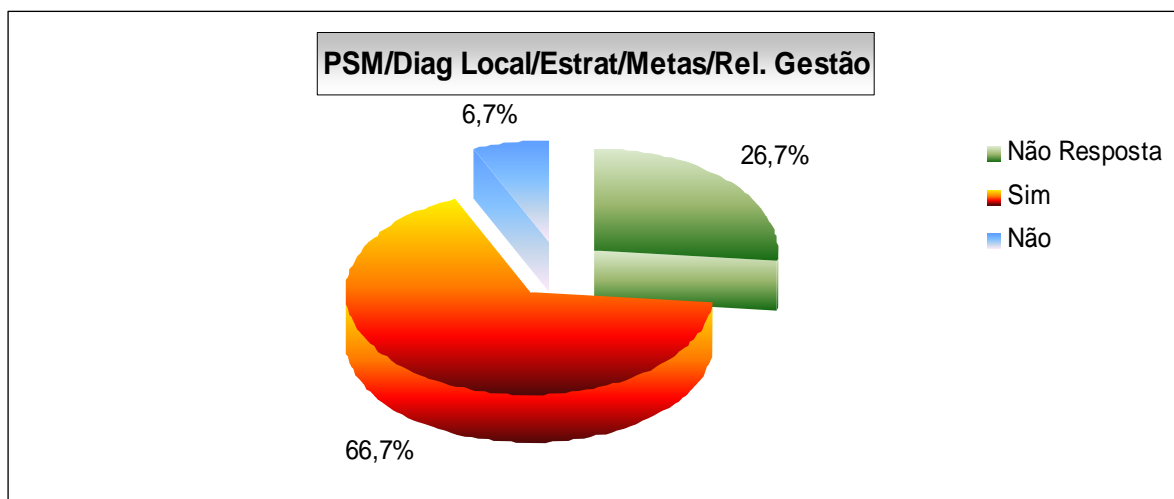


Figura 5. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Diagnóstico Local; Estratégias e Ações a serem executadas; Quadro de Metas e Relatório de Gestão.

No tocante à Programação Anual das Ações e dos Serviços a serem Executados, alguns gestores respondem positivamente - 66,7% do conjunto das respostas -, afirmando que o Plano de Saúde contém essas orientações do PlanejaSUS, quais sejam: análise das necessidades de saúde local; consequente concepção de estratégias e ações a serem desenvolvidas para o atendimento das demandas identificadas; construção do quadro de metas a ser atingido, bem como pela elaboração do Relatório de Gestão que possibilite a leitura da evolução das ações e metas previamente estabelecidas.

Ao aprofundar a análise, observamos que o quesito “O Plano de Saúde foi formulado contemplando o Quadro de Metas de acordo com as orientações da Portaria 548/2001” obteve uma resposta “não” e duas “não respostas” – ou seja, parte dos gestores deixou de responder, o que demonstra que 100% dos gestores entrevistados não sabem e/ou afirmaram que o Plano de Saúde não contemplou, em sua elaboração, a construção do Quadro de Metas.

Observa-se ainda que, para o quesito “O Plano de Saúde foi formulado contemplando o Relatório de Gestão, de acordo com as orientações da Portaria 548/2001”, registram-se duas “não respostas”, ou seja, parte dos gestores entrevistados deixou de responder – 66,6% do conjunto das respostas - a esse questionamento. De tal fato, depreende-se que grande parte dos gestores entrevistados desconhece a construção do Relatório de Gestão.

O Secretário, por sua vez, afirma positivamente que “Sim. O Plano de Saúde representa as diretrizes da gestão para execução de suas políticas públicas em saúde” e que, “Sim, uma vez que cria mecanismos para acompanhamento do Plano de Saúde do Município”.

O Plano de Saúde não destaca, formalmente, o processo de análise situacional. Existe apenas uma breve referência na Apresentação do Plano de Saúde Gestão 2005-2008, que textualiza: “vale destacar o processo de trabalho realizado na Oficina de Planejamento em 22 e 23 de agosto do corrente ano tendo como objetivo subsidiar a construção do PPA (Plano Plurianual) 2006-2009 e as Estratégias e Ações do Plano de Saúde do Município 2005-2008, da atual gestão”. Ressalte-se que o pesquisador não conseguiu obter acesso ao conteúdo dos trabalhos desenvolvidos na Oficina de Planejamento. As informações obtidas afirmam que foram técnicos da Secretaria – não sabendo especificar quais - que participaram do evento, não garantindo, por si só, toda a expressão da participação social. O fato empobrece a análise situacional.

No entanto, verifica-se que o Plano de Saúde contempla, de fato, o que pode ser entendido como Quadro de Metas, ou seja, as macrodiretrizes, os objetivos, as estratégias, as ações e metas para o período 2005-2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-56).

O Plano de Saúde contém, também, o Relatório de Gestão parcial do período analisado, especificamente do ano de 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b).

A Figura 6 demonstra a compatibilidade de financiamento do Plano de Saúde com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

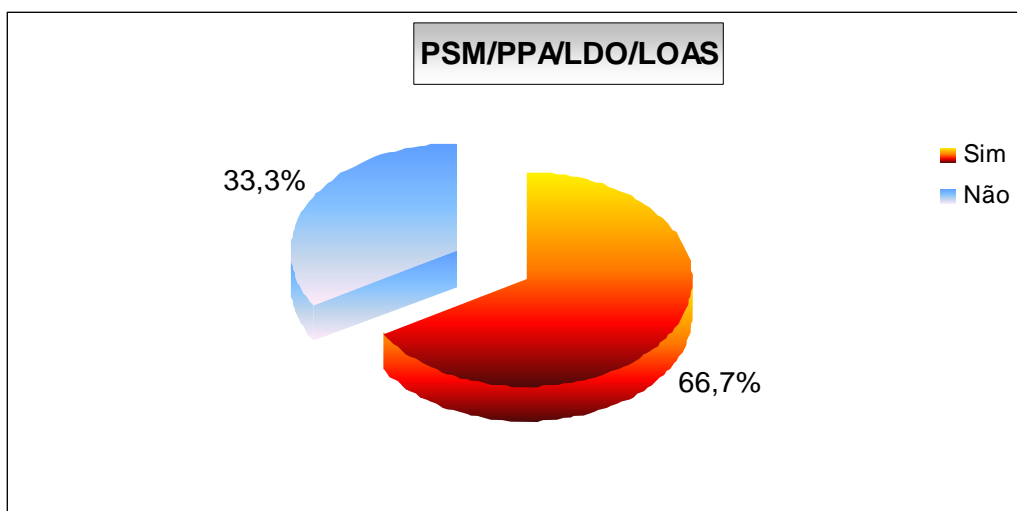


Figura 6. Gráfico: Financiamento do Plano de Saúde **VERSUS** Compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

No tocante aos aspectos de financiamento das ações estabelecidas no Plano de Saúde - 66,7% do conjunto das respostas -, alguns gestores afirmam positivamente, ou seja, que guarda correlação com o Plano Plurianual (PPA) bem como com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Alguns gestores apontam, ainda, “respostas negativas”, - 33,3% do conjunto de respostas - para este aspecto, afirmando que o Plano de Saúde “não” guarda correlação com o Plano Plurianual (PPA) bem como com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Para o Secretário, o Plano de Saúde contempla a estratégia de regionalização articulada, não obstante não contemplar o elemento essencial da “revisão do modelo de financiamento – tanto para o custeio das ações quanto para os investimentos”, sendo o financiamento “uma questão para o plano nacional”.

Embora o Plano de Saúde destaque formalmente os “Indicadores de Execução Orçamentário-Financeira” com a Receita Total da Administração Direta, Goiânia – 2005 (até junho) e Despesa Total com Função Saúde, Goiânia, até junho de 2005, não faz menção formal de correlação com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 31-35).

A supressão desses aspectos dificulta o delineamento da política econômico-financeira do governo, necessária para a sustentação das ações a serem realizadas, fato que fragiliza o Plano de Saúde.

A Tabela 1 representa o Horizonte de Tempo (abrangência) do Plano de Saúde, em relação ao Tempo de Gestão municipal.

Tabela 1. Plano de Saúde **VERSUS** Horizonte de Tempo da Gestão.

PSM/Horizonte Tempo Gestão	Qtde Respostas	Freq.
Sim	3	100,0%
Não	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>

No tocante aos aspectos de temporalidade, os entrevistados concordaram plenamente - 100% do conjunto das respostas - afirmando positivamente que o Plano de Saúde contempla o “horizonte de tempo da esfera da gestão”, ou seja, todo o período de governo está coberto pelo planejamento da área da saúde.

Para o Secretário, o Plano de Saúde explicita as responsabilidades sanitárias do governo local, com o objetivo de produzir ações integrais consoantes às necessidades da respectiva população e também de promover a equidade social “através de suas diretrizes e ações planejadas para os próximos 04 anos”.

O Plano de Saúde realmente estabelece o horizonte de tempo da esfera da gestão - 2005 a 2008 - coincidente com a gestão municipal.

A visão uniforme dos gestores e Secretário sobre a questão auxilia no gerenciamento do Plano de Saúde.

A Tabela 2 demonstra a consideração dos aspectos inerentes ao Perfil Demográfico, Socioeconômico e Epidemiológico, por ocasião da realização da Análise Situacional, necessária à elaboração do Plano de Saúde.

Tabela 2. Plano de Saúde **VERSUS** Análise Situacional: Condições de Saúde da População.

PSM/Condições de Saúde da População	Qtde Respostas	Freq.
Sim	9	100,0%
Não	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>

A análise Situacional elaborada na execução do Plano de Saúde possibilitou aferir as Condições de Saúde da População, notadamente os aspectos inerentes ao “Perfil Demográfico, socioeconômico e Epidemiológico”, segundo 100% do conjunto das respostas dos gestores, para este quesito.

Sobre o assunto o Secretário destaca que “o Plano de saúde contempla a análise situacional local e em cima desses dados foram elaboradas diretrizes ao referido plano com objetivos de melhorar as condições de saúde da nossa população e, assim, ajudar a minimizar as desigualdades existentes”.

A análise do Plano de Saúde permite verificar que estão contemplados os dados e indicadores que determinam o Perfil Demográfico e Socioeconômico do Município de Goiânia, tais como: área do Município, Municípios limítrofes, rede hidrográfica, clima, temperatura, altitude, densidade e distribuição demográficas, população (zona urbana, rural), regiões e micro-regiões, distritos sanitários (que permitem a descentralização política, técnica e administrativa), região metropolitana, taxa de crescimento e de diminuição da população rural e urbana, população infantil, adulta, masculina e feminina, transições epidemiológicas, raça, cor, renda per capita, índice de desenvolvimento, renda do Município, taxa de alfabetização, atividades econômicas, cobertura de água, esgoto e energia elétrica, dentre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 7-16).

No tocante ao Perfil Epidemiológico, o Plano de Saúde contempla a análise do perfil dos nascidos vivos e, ainda, a análise do perfil de mortalidade: taxas, causas, e populações; as causas de óbitos: externas, específicas, infantil e materna: as doenças e a incidência por distritos sanitários (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 17-23).

Observa-se, que a análise Situacional elaborada na execução do Plano de Saúde contempla, de fato, a análise dos aspectos inerentes ao “Perfil Demográfico, socioeconômico e Epidemiológico”.

Esse fato contribui significativamente para a construção adequada do Plano de Saúde, dando-lhe legitimidade e maiores possibilidades de responder adequadamente às necessidades de saúde local.

A Figura 7 demonstra a relação dos aspectos das Determinantes e Condicionantes de Saúde terem sido consideradas na Análise Situacional, necessária à elaboração do Plano de Saúde.

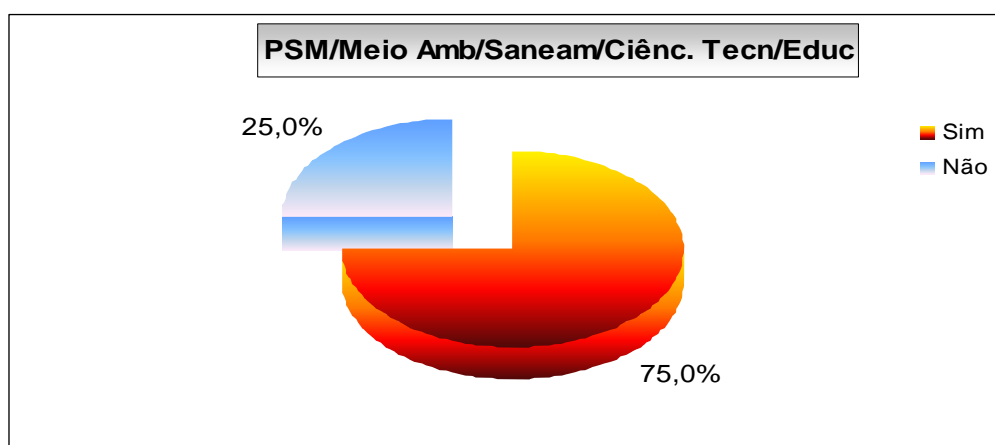


Figura 7. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Análise Situacional: Determinantes e Condicionantes de Saúde.

Parte dos gestores responde positivamente – 75% do conjunto das respostas -, afirmando que, ao realizar a Análise Situacional direcionada à elaboração do Plano de Saúde, foram observados os aspectos inerentes às Determinantes e Condicionantes de Saúde, relacionadas às ações compartilhadas ou sob coordenação de outros setores – a Intersetorialidade – tais como: Meio Ambiente, Saneamento, Ciência e Tecnologia e Educação.

Observa-se, ainda, que 25% do conjunto das respostas dos gestores afirmam que não foram observados esses aspectos, notadamente a Meio Ambiente, com uma “resposta negativa” (8,4%), e a Ciência e Tecnologia com duas “respostas negativas” (16,6).

No tocante ao assunto, o Secretário informa, novamente, que “O Plano de saúde contempla a análise situacional local e em cima desses dados foram elaboradas diretrizes do referido plano com objetivos de melhorar as condições de saúde da nossa população e assim ajudar a minimizar as desigualdades existentes”.

O Plano de Saúde contém, de fato, análises e informações sobre as Determinantes e Condicionantes de Saúde, notadamente das ações compartilhadas ou sob coordenação de outros setores – a Intersetorialidade - conforme registros inerentes aos seguintes aspectos:

... do Meio Ambiente “... rede hidrográfica, clima, temperatura, estações, precipitação pulviométrica ...”(PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 7); [...] do Saneamento “... índice de abastecimento de água, índice de coleta de esgoto, estrutura e cobertura do sistema coletor de esgotos...”(PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 16); [...] da Ciência e Tecnologia “... a Diretriz “Reorganização do Sistema de Informação” contempla cinco estratégias e 19 ações no sentido de dotar o sistema de saúde de recursos tecnológicos e capacitação dos recursos humanos, visando adequá-los a um melhor atendimento da demanda social(PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 46); e da

[...] Educação: “... estima-se que 13,3% da população dos Municípios vizinhos trabalham ou estudam fora de seus respectivos Municípios...” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 9); [...] e ” a análise dos aspectos de educação no Município de Goiânia (atendimento à educação infantil, taxa de analfabetismo, bolsões de pobreza, acessos ao ensino médio e superior, índice médio de escolaridade...)” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 15).

Depreende-se que existe discordância na percepção dos gestores, no tocante aos aspectos das Determinantes e Condicionantes de Saúde abordados na Análise Situacional e o fato de que tal desconhecimento contribui para o comprometimento da gestão do Plano de Saúde.

A Figura 8 demonstra o índice de participação dos aspectos inerentes à Gestão em Saúde, quando da realização da Análise Situacional para a elaboração do Plano de Saúde.

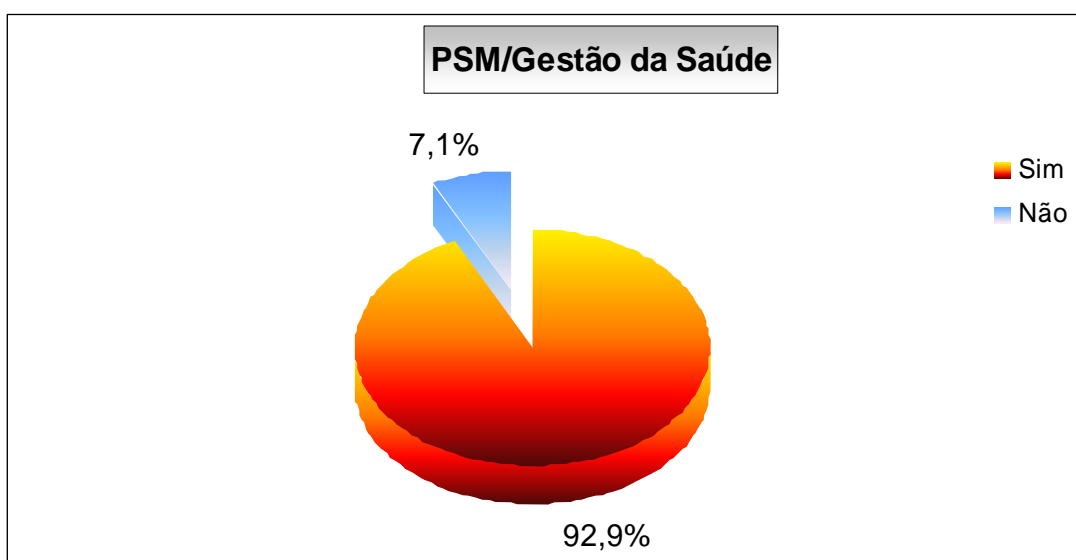


Figura 8. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Análise Situacional: Gestão em Saúde.

A maior parte dos gestores afirma ainda que, na realização da Análise Situacional para a elaboração do Plano de Saúde– 92,9% do conjunto das respostas -, foram observados e considerados os aspectos inerentes à Gestão em Saúde, notadamente as vinculadas ao planejamento, à descentralização e regionalização, ao financiamento, a participação social, à gestão do trabalho em saúde, à educação em saúde, à informação em saúde, à infraestrutura, à vigilância em saúde, à atenção básica, à assistência ambulatorial especializada, à assistência hospitalar, à assistência de urgência e emergência e à assistência farmacêutica.

No entanto, 7,1% do conjunto das respostas apontam que tais aspectos não foram considerados, notadamente os relacionados ao planejamento (2,36% das respostas), a



descentralização e regionalização (2,36% das respostas) e ao financiamento (2,36% das respostas).

Ao ser indagado se a Análise Situacional observou o aspecto da “Gestão em Saúde”, o Secretário afirma, novamente, que “O Plano de saúde do Município contempla a análise situacional local e em cima desses dados foram elaboradas diretrizes do referido plano com objetivos de melhorar as condições de saúde da nossa população e assim ajudar a minimizar as desigualdades existentes”.

O Plano de Saúde aborda, de fato, os aspectos inerentes à:

... descentralização e regionalização: (zona urbana, zona rural, descentralização política técnica e administrativa, regiões denominadas Distritos Sanitários, bases geográficas) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 8); [...] financiamento: programação de produção e pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares – 2004 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 26-27); [...] indicadores de execução orçamentário-financeira, transferência de pagamentos, valor per capita investidos – até junho de 2005 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 31-35, 65-68); [...] demonstrativo – programas de transferência de renda por Município, referência até julho de 2005: bolsa família, bolsa escola, bolsa alimentação, cartão alimentação e auxílio gás; Despesa Total com a Função Saúde, Goiânia, até junho de 2005 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 35); [...] participação social (**não há registro da efetiva participação social**, excetuando-se o registro de realização de oficina de planejamento realizada em 22 e 23 de agosto de 2005 e a alusão de que o Município que encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema – o caso de Goiânia- deve, conforme orientação da NOAS/2002, submeter o Plano de Saúde do Município à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 5-6) [...] e no tocante à gestão do trabalho em saúde, a educação em saúde, a informação em saúde, a infraestrutura, a vigilância em saúde, a atenção básica, a assistência ambulatorial especializada, a assistência hospitalar, a assistência de urgência e emergência e a assistência farmacêutica, estão registrados as seguintes Diretrizes: Fortalecimento da Política de Recursos Humanos e Organização Institucional; Implementação da Área de Abastecimento; Controle, Regulação e Avaliação dos Mandados Judiciais internamente; Expansão e Adequação da Rede Física; Qualificação do Financiamento e Pactuação da Gestão; Reorientação do Modelo de Atenção/Implementação de Mecanismos e Ações de Regulação; Reorganização do Sistema de Informação; Fortalecimento da Política de Vigilância e Promoção da Saúde e a Reafirmação do Compromisso com a Agenda 21 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-53, grifo nosso).

Desses fatos depreende-se que, no tocante ao financiamento, os dados registrados demonstram que: a programação de produção e pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares refere-se ao último ano (2004), anterior ao horizonte do Plano de Saúde pesquisado (2005-2008). Situação semelhante é encontrada nos aspectos: dos Indicadores de Execução Orçamentário-Financeira, da Transferência de Pagamentos, Valor Per Capita Investidos – até junho de 2005; e do Demonstrativo e Programas de Transferência de Renda por Município, referência até julho de 2005, aplicados em: bolsa família, bolsa escola, bolsa alimentação, cartão alimentação e auxílio gás; e da Despesa Total com a Função Saúde,

Goiânia, até junho de 2005, revelando que, até esta data, a elaboração do Plano de Saúde (2005-2008) encontrava-se em elaboração.

É importante salientar que esses registros serviram, de fato, apenas como base de reflexão para a programação do período vindouro. No entanto, verifica-se a ausência de indicadores financeiros formalmente estabelecidos e necessários à execução das ações estabelecidas para o horizonte de tempo da gestão, ou seja, para o período de 2005-2008.

No tocante ao Planejamento, embora não exista o destaque formal, observa-se, no entanto, o registro de muitos aspectos relevantes e necessários à sua formulação.

A Figura 9 demonstra o percentual da Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas quando da realização da Análise Situacional para a elaboração do Plano de Saúde.

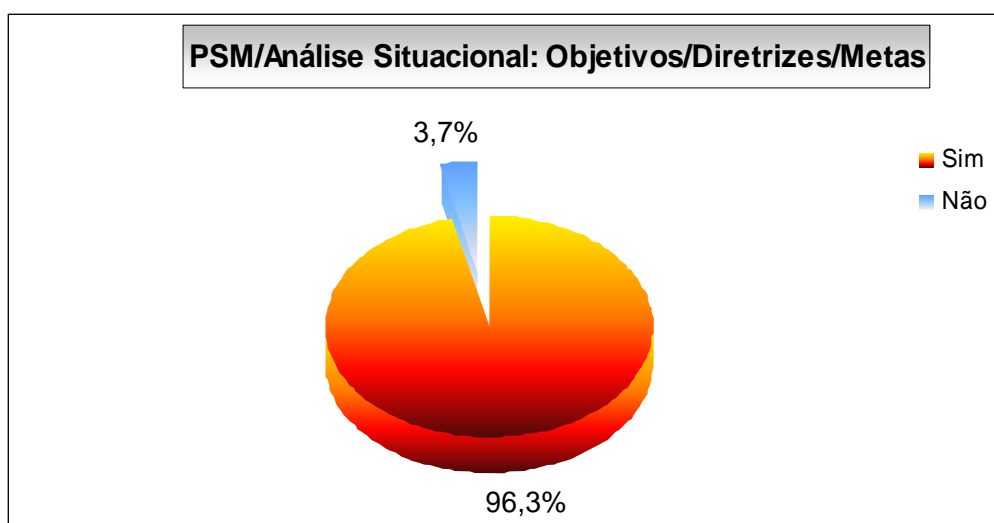


Figura 9. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Análise Situacional: Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas.

Parte dos gestores afirma ainda que, na realização da Análise Situacional para a elaboração do Plano de Saúde– 96,3% do conjunto das respostas -, foram observados e considerados os aspectos inerentes à Formulação dos Objetivos, Diretrizes e Metas, em estreita obediência às orientações contidas nos Eixos: condições de saúde da população (perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico); determinantes e condicionantes da saúde (meio ambiente, saneamento, ciência e tecnologia e educação) e gestão em saúde (planejamento, descentralização e regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde, infraestrutura, vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica).

Os dados apontam, ainda, que 3,7% do conjunto das respostas reportam que a elaboração dos Objetivos, Diretrizes e Metas não considerou, notadamente, os aspectos relativos às determinantes e condicionantes da saúde (meio ambiente, saneamento, ciência e tecnologia e educação), guardando estreita coerência com as repostas à questão 07 (Análise Situacional VERSUS Gestão em Saúde), onde, na ótica de alguns gestores, alguns destes aspectos não foram considerados.

Persiste, sob a ótica do Secretário, a afirmação positiva de que “O Plano de saúde do Município contempla a análise situacional local e em cima desses dados foram elaboradas diretrizes do referido plano com objetivos de melhorar as condições de saúde da nossa população e assim ajudar a minimizar as desigualdades existentes”.

O Plano de Saúde contempla, de fato, o estabelecimento de Objetivos, Diretrizes, Estratégias e Metas, notadamente relacionadas à: Fortalecimento da Política de Recursos Humanos e Organização Institucional; Implementação da Área de Abastecimento; Controle, Regulação e Avaliação dos Mandados Judiciais internamente; Expansão e Adequação da Rede Física; Qualificação do Financiamento e Pactuação da Gestão; Reorientação do Modelo de Atenção/Implementação de Mecanismos e Ações de Regulação; Reorganização do Sistema de informação; Fortalecimento da Política de Vigilância e Promoção da Saúde e a Reafirmação com o Compromisso com a Agenda 21. Ao todo, são 60 (sessenta) estratégias e 296 (duzentos e noventa e seis) ações, e também, 47 (quarenta e sete) metas gerais que seriam realizadas até 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-56).

A Tabela 3 demonstra a contemplação do sistema de monitoramento do Plano de Saúde.

Tabela 3. Plano de Saúde VERSUS Monitoramento

PSM/Monitoramento/Indicadores	Qtde Respostas.	Freq.
Sim	0	0,0%
Não	3	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>

Os gestores afirmam positivamente - 100% do conjunto das respostas - que os aspectos inerentes ao Monitoramento foram considerados, notadamente, a partir do estabelecimento de indicadores para os Objetivos, Diretrizes, Metas e Ações estabelecidas no Plano de Saúde.

Ao ser indagado se “a desigualdade é ao mesmo tempo determinante e resultado do processo de organização do sistema local de saúde e que, para uma melhor compreensão deste sistema local, a análise situacional do Plano de Saúde foi elaborada com base nas informações

sobre as condições de saúde, gestão, atenção à saúde e ao setor saúde”, o Secretário concorda, afirmando, textualmente, que ”Sim, através de indicadores de saúde regionalizados”, fazendo, também, alusão aos indicadores como mecanismos de controle do Plano de Saúde.

O Plano de Saúde referencia positivamente a Agenda de Saúde e as Metas para 2005, baseando-se no Pacto de indicadores da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde, notadamente para os Eixos: Redução da Morbi-Mortalidade Infantil; Redução da Morbi-Mortalidade Materna; Redução da Morbi-Mortalidade por Doenças não Transmissíveis; Redução da Morbi-Mortalidade por Doenças Transmissíveis; Melhoria do Acesso e da Qualidade das Ações e Serviços de Saúde; Melhoria da Cobertura de Consultas Médicas por Habitante nas Especialidades Básicas; Melhoria da Gestão e Reorganização do Modelo Assistencial (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 56-61).

O Plano de Saúde contempla, ainda, o acompanhamento das metas físicas da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde, no período de janeiro a junho de 2005. Registra, também, as ações, os parâmetros e metas estabelecidas para elas, com o respectivo *status* de realização e percentuais atingidos.

O Plano de Saúde estabelece outras Metas Gerais, até 2008, com seus respectivos indicadores (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 54).

A análise permite afirmar que, no tocante ao Monitoramento, os gestores detêm o conhecimento desses aspectos formalmente abordados no Plano de Saúde e tal fato corrobora positivamente o melhor controle das ações desenvolvidas.

A Tabela 4 demonstra o grau da Mobilização Social na elaboração do Plano de Saúde.

Tabela 4. Plano de Saúde **VERSUS** Mobilização Social.

PSM/Mobilização Social/Elaboração	Qtde Respostas	Freq.
Sim	0	0,0%
Não	3	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>

Os gestores afirmam unanimemente – 100% do conjunto das respostas – que o processo empreendido na construção do Plano de Saúde **não mobilizou** diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade.

Do exposto, pode-se afirmar que o processo de elaboração do Plano de Saúde não contemplou a contribuição dos diversos segmentos sociais na identificação das demandas e necessidades prioritárias de saúde do Município.

Em contraposição, o Secretário afirma que o Plano de Saúde reflete a interação e a percepção do Governo Local e os interesses da sociedade, verbalizando ele “... contempla as diretrizes das conferências municipais e também resoluções do Conselho de Saúde”.

A pesquisa demonstra que, contraditoriamente aos gestores, o Plano de Saúde afirma em sua “Apresentação” que “vale destacar o processo de trabalho realizado na Oficina de Planejamento em 22 e 23 de agosto do corrente ano tendo como objetivo subsidiar a construção do PPA (Plano Plurianual) 2006-2009, e as Estratégias e Ações do Plano de Saúde do Município 2005-2008, da atual gestão” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p.5).

A pesquisa não demonstra fatos formais que possibilitem afirmar que houve mobilização social, necessária ao enriquecimento das discussões inerentes à saúde local.

A Figura 10 correlaciona o grau da Participação da Sociedade na elaboração do Plano de Saúde.

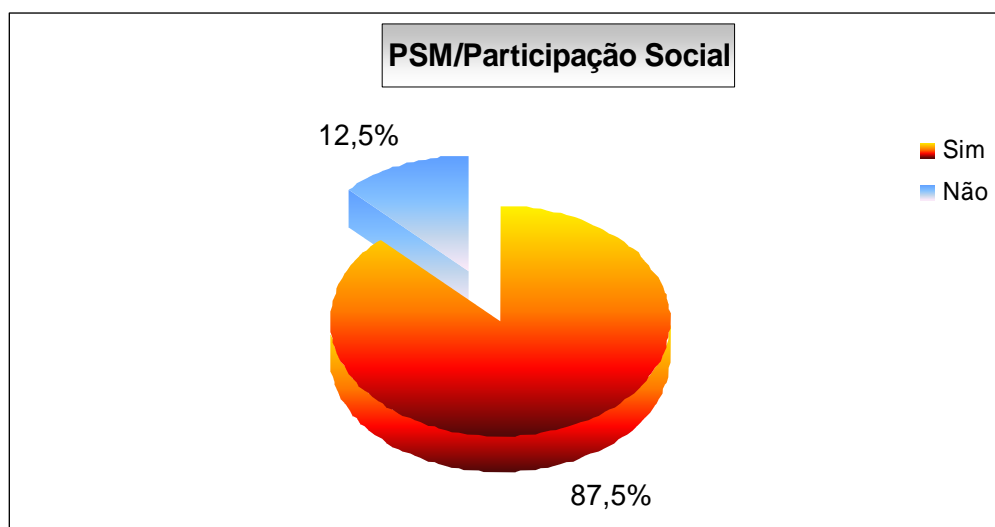


Figura 10. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Participação Social.

No tocante à Participação Social, alguns gestores afirmam positivamente – 87,5% do conjunto das respostas – que: existe Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde instituídos; é garantida a participação dos usuários do serviço, dos prestadores, dos

profissionais de saúde e dos representantes do governo; o Conselho Municipal de Saúde participa das discussões, do monitoramento e avaliação das ações de saúde, bem como aprova o Plano de Saúde do Município e seu respectivo Relatório Anual de Gestão.

Em contrapartida, 12,5% do conjunto das respostas dos gestores afirmam negativamente. Deste universo, 66,6% das respostas apontam que o quesito: “O Conselho Municipal de Saúde monitora e avalia a descentralização das ações programáticas de saúde no nível local” como não cumprido e 33,3% das respostas apontam que o quesito “O Conselho Municipal de Saúde observa os indicadores de monitoramento das ações programáticas de saúde” não é atendido.

O Secretário, ao ser indagado se o Plano de Saúde reflete a interação e a percepção do Governo Local e os interesses da sociedade, e conseqüentemente, a participação social, respondeu positivamente que: “Sim, uma vez que contempla as diretrizes das conferências municipais e também resoluções do Conselho de Saúde”.

O Secretário esclarece, ainda, ao ser questionado se essa interação contribui para a motivação de busca de soluções para os problemas locais e para a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população, que: “a interação entre poder público e sociedade sempre é benéfica, pois traz ao poder público uma visão real das necessidades da população e seus anseios”.

No entanto, o Plano de Saúde não destaca claramente quais foram as estratégias e as ações efetivamente realizadas na Análise Situacional, que possibilitaram a real participação social, destacando apenas em sua “Apresentação”, que “vale destacar o processo de trabalho realizado na Oficina de Planejamento em 22 e 23 de agosto do corrente ano, tendo como objetivo subsidiar a construção do PPA (Plano Plurianual) 2006-2009, e as Estratégias e Ações do Plano de Saúde 2005-2008, da atual gestão” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p.5).

Ressalte-se, novamente, que o pesquisador não conseguiu obter acesso ao conteúdo dos trabalhos desenvolvidos na Oficina de Planejamento. Depreende-se, novamente, que tal fato contribuiu para o empobrecimento da análise situacional.

O Plano contém, de fato, as macrodiretrizes, os objetivos, as estratégias, as ações e metas para o período 2005-2008, mas não explicita como foram realmente elaboradas (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-56).

O Plano de Saúde afirma em sua “Introdução” que “A formulação de um PMS é mais do que uma obrigação legal. Mais do que um documento racional, traduzindo uma visão política, social e técnica de estruturação da saúde pactuada com os diversos segmentos sociais” e que [...] “O PMS deve ser um processo vivo, traduzido numa representação das aspirações e dos projetos consensuais que uma sociedade é capaz de gerar com base nas suas acumulações históricas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 6).

Os fatos demonstram que há a percepção – por parte dos gestores e do Secretário - da importância da Participação Social na construção do Plano de Saúde. No entanto, demonstra a falta de registro objetivo e mais aprofundado da realização e dos resultados desse processo.

A Figura 11 demonstra o índice de participação dos aspectos inerentes às Ações Anuais, na elaboração do Plano de Saúde.

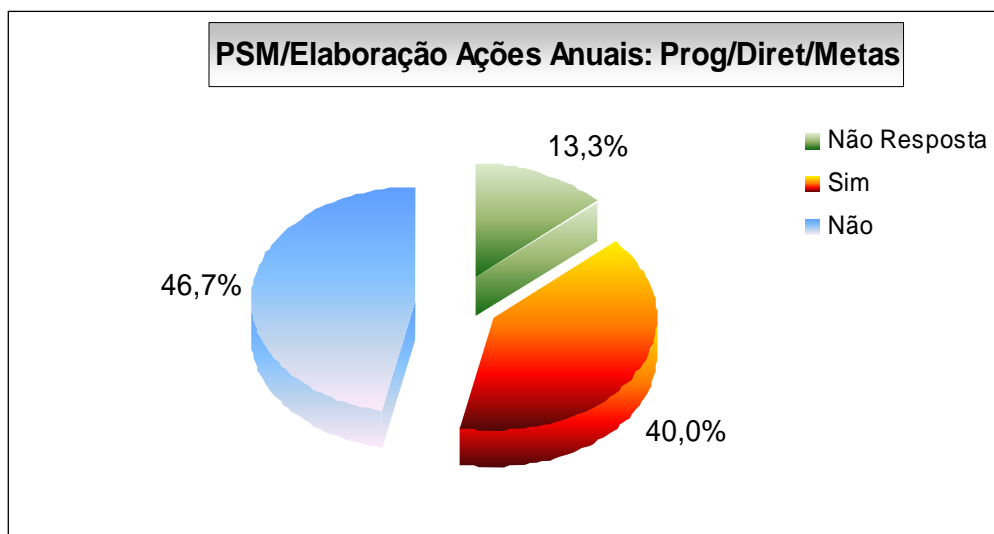


Figura 11. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Ações Anuais.

Alguns gestores afirmam positivamente – 40% do conjunto das respostas - que as Ações Anuais a serem Executadas foram elaboradas, bem como foram elaborados e detalhados os programas e/ou projetos específicos, com as respectivas metas a serem alcançadas, contemplando, ainda, as diretrizes norteadoras do planejamento a ser executado.

No entanto, 46,7% do conjunto das respostas dos gestores apontam que não foram elaborados e detalhados programas e/ou projetos específicos (com as respectivas metas a

serem alcançadas e, também, com as diretrizes norteadoras claramente identificadas no planejamento a ser executado).

No tocante ao quesito: “O plano de Saúde contém as ações anuais detalhadas a serem cumpridas”, 100% do conjunto das respostas dos gestores apontam que não são contempladas.

Em relação ao quesito: “As ações do Plano de Saúde são detalhadas nos instrumentos operacionais - programas e/ou projetos específicos” 33,3% das respostas são negativas e 33,3% das respostas não foram respondidas.

Para o questionamento: “Para cada diretriz estabelecida no Plano de Saúde, são apresentadas as respectivas metas a serem alcançadas”, 66,6% das respostas são negativas.

Em relação ao quesito “O Plano de Saúde contém as metas anuais relativas a cada uma das ações detalhadas a serem alcançadas”, 100% das respostas são negativas.

Por fim, no tocante ao quesito “As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – são expressas sob a forma de um enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada”, 66% das respostas dos gestores são negativas. E, ainda, 33,3% dos gestores deixarem de responder a esta questão.

Na visão do Secretário, de uma maneira geral essas questões foram abordadas, ao afirmar que, “Sim. O Plano de Saúde representa as diretrizes da gestão para execução de suas políticas públicas em saúde” e que, “Sim, uma vez que cria mecanismos para acompanhamento do Plano de Saúde do Município”.

Contraditoriamente, o Plano de Saúde estabelece, de fato, as Ações Anuais a serem Executadas, contemplando 09 (nove) macro-diretrizes, 60 (sessenta) estratégias e 296 (duzentos e noventa e seis) ações, e 47 (quarenta e sete) metas gerais a serem realizadas até 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-56).

A Figura 12 demonstra o índice de participação dos aspectos inerentes à Programação Anual de saúde, na elaboração do Plano de Saúde.



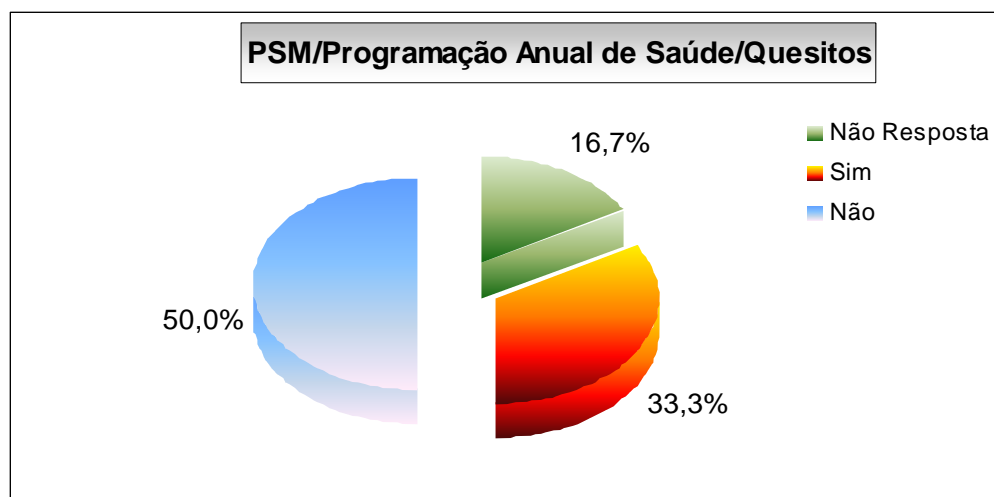


Figura 12. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Programação Anual de Saúde.

Alguns gestores afirmam positivamente – 33,3% do conjunto das respostas – que, no tocante aos aspectos da Programação Anual de Saúde que Plano de Saúde contempla adequadamente essas questões, quais sejam: o planejamento, orçamentação e financiamento a nível local do SUS; a base de repasse dos recursos Fundo-a-Fundo; os objetivos, diretrizes, metas e ações programáticas e o respectivo cronograma de desembolso financeiro.

No entanto, parte dos gestores afirma negativamente – 50% do conjunto das respostas –, ou seja, que o Plano de Saúde não atende a esses requisitos.

O universo dessas respostas negativas dos gestores aos diversos requisitos que compõem a Programação Anual de Saúde está assim distribuído:

Em relação à elaboração da Programação Anual de Saúde, alguns gestores afirmam negativamente, ou seja, que o Plano de Saúde não contempla – 16,6% das respostas – tal requisito.

No tocante ao Planejamento e Orçamento, afirmam negativamente 8,33% das respostas, ou seja, alguns gestores afirmam que o Plano de Saúde não contempla os quesitos de Planejamento e Orçamento, e que o mesmo não se constitui na base de atividades e programações do nível local de direção do SUS.

Parte dos gestores respondeu, ainda, negativamente -16,6% do conjunto das respostas -, que o Plano de Saúde não contribui como base para o repasse de recursos Fundo-a-Fundo, conforme estabelecido pelo Sistema Único de Saúde.

Parte dos gestores entrevistados afirma negativamente - 8,33% das respostas -, quando questionados se o Plano de Saúde contempla a elaboração de programas e/ou projetos (nos quais são definidos os objetivos, as diretrizes, as metas, as ações, o cronograma de execução e a alocação de recursos necessários à sua implementação).

Alguns gestores deixaram ainda de responder – 16,7% do conjunto das respostas – a alguns questionamentos, assim distribuídos: o quesito “o Plano de Saúde contempla a elaboração da Programação Anual de Saúde” obteve 8,35% do conjunto das não respostas; e o quesito “O Plano de Saúde como facilitador do repasse de recursos Fundo-a-Fundo” obteve 8,35% das não respostas.

O Secretário não se manifesta claramente sobre essas questões.

O Plano de Saúde, embora não traga explícita a expressão Programação Anual de Saúde, expressa, de fato, as Diretrizes, os Objetivos, as Estratégias, as Ações e as Metas a serem desenvolvidas na gestão 2005-2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-59).

No entanto, o Plano de Saúde não expressa registros sobre o Planejamento e Orçamento necessários ao desenvolvimento das ações a serem realizadas no período de 2005-2008. O Plano de Saúde registra, apenas, os dados orçamentários de anos anteriores, empregados na área da saúde, a saber:

... Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais -2004; Número de internações, Valor total, Valor Médio, Média de Permanência, número de Óbitos e taxa de Mortalidade por Especialidade – 2004; frequência e Gasto com Internação hospitalar por ano, Goiânia, 2000 a julho de 2005; Gastos com Internação Hospitalar, segundo a procedência do paciente, Goiânia, 2000 a julho de 2005; (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 26-28) e, [...] Indicadores de Execução Orçamentária – Financeira (Receita Total da Administração Direta, Goiânia – 2005 -Até junho; Despesa Total com a Função Saúde, Goiânia, até junho de 2005; e Demonstrativo – Programas de Transferência de Renda por Município, referência de julho de 2005) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 31-35).

Não há registro de dados sobre o repasse de recursos Fundo-a-Fundo, contido no Plano de Saúde.

O Plano de Saúde, conforme já atestado, embora não traga a expressão Programas e/ou Projetos, registra as partes integrantes destes: Objetivos, Diretrizes, Estratégias, Ações, Metas e Indicadores a serem desenvolvidos na gestão 2005-2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 36-59).

A pesquisa demonstra, pela análise dos dados acima, que alguns gestores desconhecem a Programação Anual de Saúde e, até mesmo, os objetivos, diretrizes, metas e ações nela estabelecidas.

Tanto a ausência da formalidade orçamentária, quanto a falta de indicativos de repasse de recursos Fundo-a-Fundo comprometem a execução das ações estabelecidas no Plano de Saúde, tornando-o instável do ponto de vista administrativo e financeiro.

A Figura 13 demonstra o vínculo dos aspectos de financiamento, notadamente os relativos ao Plano Plurianual (PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), em relação ao Relatório Anual de Gestão.

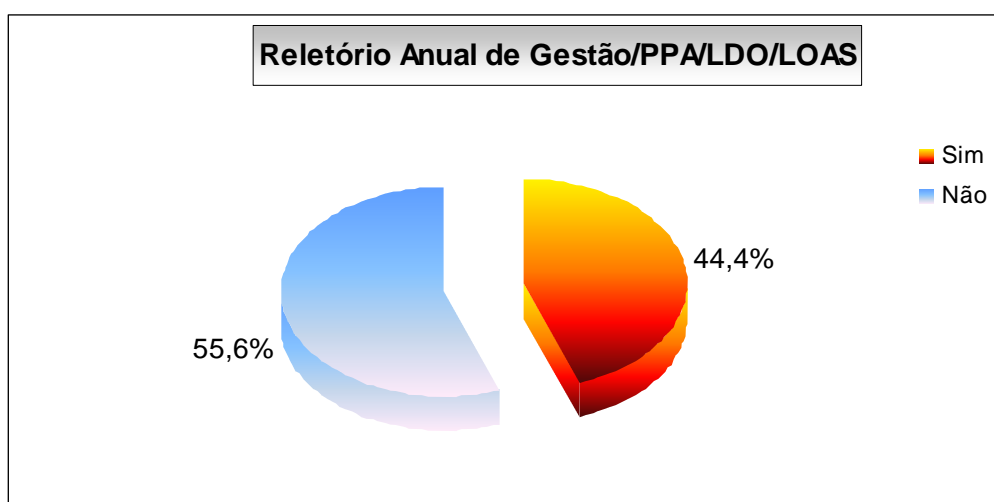


Figura 13. Gráfico: Relatório Anual de Gestão **VERSUS** Plano Plurianual (PPA)/Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)/Lei Orçamentária Anual (LOA).

Alguns gestores afirmam – em 44,4% do conjunto das respostas – que o Plano de Saúde é compatível com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Por outro lado, 55,6% do conjunto das respostas apontam o contrário, afirmando que o Plano de Saúde não é compatível com tais quesitos.

O Secretário não se manifestou claramente a esse respeito, tendo afirmado apenas, no aspecto de financiamento da Saúde, que “... o financiamento é uma questão para o plano nacional”. A afirmação do Secretário compromete, parcialmente, a compreensão de que o orçamento para a saúde é composto pelas responsabilidades do Município, do Estado e do Governo Federal.

Embora o Plano de Saúde destaque formalmente Indicadores de Execução Orçamentário-Financeira, com a Receita Total da Administração Direta, Goiânia – 2005 (até junho), e Despesa Total com Função Saúde, Goiânia, até junho de 2005, o mesmo não faz menção formal de correlação com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 31-35).

O Relatório Anual de Gestão 2008 registra, formalmente, os Indicadores de Execução Orçamentária Financeira constante da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde, relativa ao ano de 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 60-65).

O Relatório Anual de Gestão 2008 registra, ainda, os valores aplicados para a realização dos Procedimentos Ambulatoriais – 2008, Gastos com Internação Hospitalar, por ano, residentes em Goiânia, 2000-2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 45-50).

A Figura 14 demonstra o vínculo das Ações Executadas e suas compatibilidades com o Relatório Anual de Gestão.

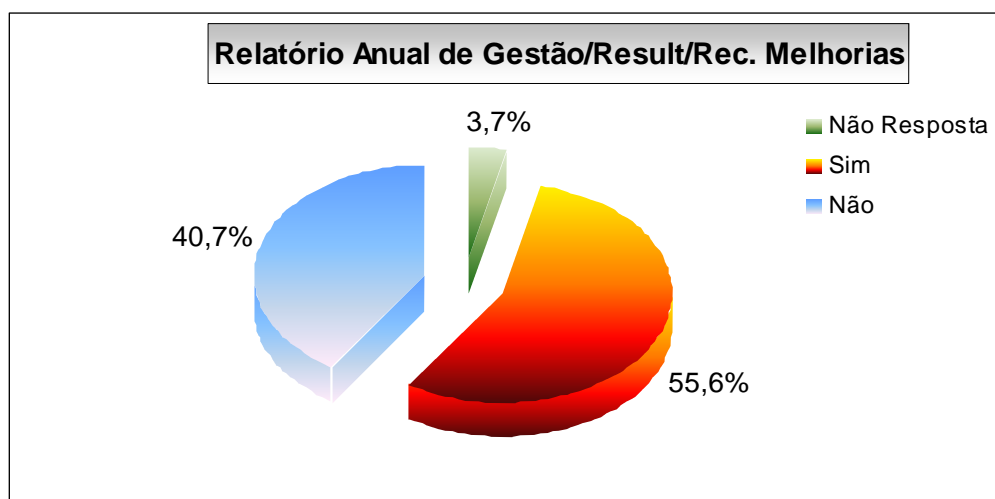


Figura 14. Gráfico: Relatório Anual de Gestão **VERSUS** Resultados Ações Executadas.

Alguns gestores afirmam, positivamente – 55,6% do conjunto das respostas –, que o Relatório Anual de Gestão relata efetivamente os resultados alcançados no período; a análise quantitativa e qualitativa dos indicadores pré-estabelecidos (abordando os aspectos de eficiência, eficácia, efetividade e impacto); traz recomendações de melhorias e da revisão

periódica dos objetivos, das diretrizes e das metas estabelecidas; além de possibilitar um sistema de monitoramento e avaliação.

Entretanto, parte dos gestores aponta, em 40,7% do conjunto das respostas, que o fato não procede, ou seja, o Relatório Anual de Gestão não se presta a esses eventos.

Entre o universo das respostas negativas, as questões inerentes à análise dos resultados sob a ótica da eficiência (18,18%), eficácia (18,18%), efetividade (18,18%), e impacto (18,18%) foram as que mais contribuíram para o conjunto das respostas negativas.

Obtiveram, ainda, resposta negativa, as questões inerentes à análise quantitativa, em referência aos indicadores pré-estabelecidos (9,09%) e no tocante às recomendações de melhorias aos objetivos, diretrizes e metas anteriormente estabelecidas (9,09%).

Outra questão com resposta negativa (9,09%) foi a que se refere à possibilidade dos técnicos da Secretaria de Saúde e à comunidade em geral monitorarem e avaliarem as ações executadas e ainda indicarem mudanças em torno dos parâmetros inicialmente traçados.

Parte dos gestores deixou de responder – 3,7% do conjunto das respostas – os questionamentos inerentes aos quesitos do Relatório Anual de Gestão, notadamente das questões inerentes ao monitoramento, deixando de informar se o documento possibilita (ou não) ao quadro técnico da Secretaria de Saúde do Município, e também à sociedade, o acompanhamento da execução das ações em seus diversos âmbitos: eficácia, efetividade e impacto.

O Secretário não se manifestou a esse respeito.

O Plano de Saúde contém um Relatório de Gestão do ano de 2008 em que estão registrados os dados referentes à análise dos resultados das ações estabelecidas para esse período, como se segue: Termo de Compromisso de Gestão Municipal, onde estão contidos o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde 2008 (cujo formato contém os campos para registro das Prioridades e Objetivos, de seus Indicadores, das Metas, da Fonte de Financiamento, dos Resultados no ano de 2008, de um campo para as Justificativas e do percentual de Alcance das Metas) (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 7-17).

As Prioridades registradas são: Atenção à Saúde do Idoso; Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama; Redução da Mortalidade Infantil e Materna; Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na dengue,

hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema de Saúde às pessoas com Deficiência; Atenção integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 7-17).

O Relatório de Gestão evidencia o registro dos Indicadores do Pacto de Gestão com as Responsabilidades Sanitárias das Instâncias Gestoras do SUS, da Regionalização, do Planejamento e Programação, e da Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 18-19).

Desses dados, observa-se o registro de análise quantitativa como se segue: “Dos indicadores que possibilitaram calcular o alcance de metas, observamos que 64,3% apresentaram resultado acima de 90%, sendo que, destes, 59,5% estão no patamar de igual ou maior que 100% ...” (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005a, p. 20).

O Relatório de Gestão demonstra, ainda, um comparativo dos Indicadores de 2007 com os Indicadores de 2008, trazendo o registro dos Indicadores (procedimentos contidos no Sistema de Informação Ambulatorial – consultas, vacinas, exames, etc – e no Sistema de Internação Hospitalar), comparando os resultados de 2007 com os resultados de 2008, em termos percentuais.

No tocante à análise desses dados, encontramos o seguinte registro: “Para alguns indicadores novos não estão disponíveis dados de 2007. Analisando os que contamos com resultados 2007 e 2008, observamos que os que melhoraram e os que mantiveram seus resultados representam a maioria, incluindo casos onde, mesmo o não alcance da meta pactuada para 2008, resultou em melhora do indicador, como por exemplo, percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade e mortalidade pós-neonatal”.

O fato comprova a superficialidade da análise.

O Relatório de Gestão registra, ainda, quadro de acompanhamento das ações estabelecidas no Plano de Saúde (contendo: Ação estabelecida, o *status* de – Realiza, Não Realiza Ainda, Não se Aplica, Ação, Prazos para Realizar, Continua Realizando: Sim/Não, Justificativa para Não Realizado), notadamente em relação à: Responsabilidades Sanitárias; Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; Responsabilidade na Regionalização; Responsabilidades no Planejamento e Programação; Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Responsabilidades na Gestão do Trabalho;

Responsabilidades na Educação na Saúde e, Responsabilidades na Participação e Controle Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 23-43).

No tocante à análise desses dados, encontramos apenas marcações com “X” em alguns campos, o que por si só não permite análise mais aprofundada das ações estabelecidas.

O Plano registra ainda, os seguintes quadros:

... de acompanhamento da Quantidade e Valor dos Procedimentos Ambulatoriais – ANO 2008, contendo os Grupos, a Frequência, o Valor Aprovado, a Quantidade Apresentada e o Valor Apresentado. Este quadro mostra a quantidade de procedimentos realizados e o respectivo desembolso financeiro para a consecução dos mesmos (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 45-49); [...] de Frequência e Gasto com Realização de Procedimentos Ambulatoriais – Ano 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 45-49); [...] de Frequência e Gasto com Internação Hospitalar por Ano, Residentes em Goiânia, 2000 – 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 50); [...] De Distribuição Percentual das Internações por Faixa Etária e Grupo de Causas (CID 10), Residentes em Goiânia – 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 51-52); [...] Série Histórica do Atendimento Médico Realizado na Secretaria Municipal de Saúde, Anos de 2005, 2006, 2007 e 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 53); [...] Série Histórica do Atendimento Odontológico (TC) Realizado na Secretaria Municipal de Saúde, Anos de 2005, 2006, 2007 e 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 54); [...] Série Histórica do Atendimento Básico Realizado na Secretaria Municipal de Saúde, Anos de 2005, 2006, 2007 e 2008 (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 55); [...] Mutirões nos Bairros – Fechamento Geral dos Mutirões nos Bairros 2008 – Atividades da Secretaria Municipal de Saúde, contendo Procedimentos de Atendimento Médico, Atendimento Básico e Outros atendimentos: Mutirão 20, 21, 22 e 23, Total (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 56); [...] Síntese dos Resultados/Produtos Alcançados/ Secretaria Municipal de Saúde 2008: Departamento de Epidemiologia, Departamento de Controle de Zoonoses, Departamento de Rede Básica, Departamento de Vigilância Sanitária, Assessoria de Planejamento e Divisão de Recursos Humanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 57-59); [...] Indicadores de Execução Orçamentário-Financeira (contendo as rubricas e os valores desembolsados): Prestação de Contas Secretaria Municipal de Saúde – 2008; (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 60-65); [...] Plano Municipal de Saúde (com as Estratégias, as Ações, o Status de: Realizou, Em Execução, Não Realizou ainda) contendo as seguintes Políticas: Fortalecimento da Política de Recursos Humanos e Organização Institucional; Implementação da Área de Abastecimento; Controle, Regulação e Avaliação dos Mandados Judiciais, internamente na Secretaria Municipal de saúde; Expansão e Adequação da Rede Física – Estrutura Física Própria, Alocada, Equipamentos- ; Qualificação do Financiamento e Pactuação da Gestão; Reorientação do Modelo de Atenção/Implementação de Mecanismos e Ações de Regulação; Reorganização do Sistema de Informação; Fortalecimento da Política de Vigilância e Promoção da Saúde; Reafirmar o Compromisso com a Agenda 21(PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2005b, p. 66-84 ).

Embora o Relatório de Gestão permita, por seu formato, a adoção de um sistema de monitoramento e avaliação das ações planejadas, não há, efetivamente, registros claros de análise dos dados e informações no tocante aos aspectos de análise qualitativa, tampouco sob a ótica da análise dos aspectos inerentes à eficiência, eficácia, efetividade e impacto.

O Relatório de Gestão não menciona, também, as recomendações de melhorias e indicativos da necessidade de revisão periódica dos objetivos, das diretrizes e das metas estabelecidas.

Tais fatos depõem naturalmente contra a adequada gestão do Plano de Saúde, uma vez que o processo de avaliação qualitativa é indispensável à retro-alimentação do referido plano.

A Figura 15 demonstra a relação dos aspectos inerentes ao Controle Social e sua contemplação no Relatório Anual de Gestão.

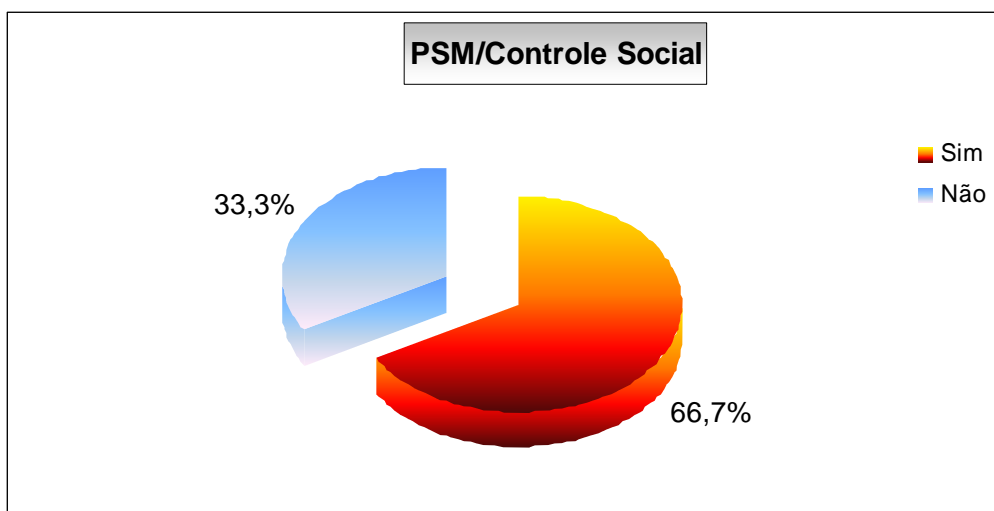


Figura 15. Gráfico: Plano de Saúde **VERSUS** Controle Social.

No tocante à Participação Social, notadamente no tocante ao Controle Social, alguns gestores afirmam positivamente – 66,7% do conjunto das respostas – que o Plano de Saúde é um instrumento facilitador da participação da comunidade no controle social das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no Município.

Por outro lado, uma resposta de um gestor – 33,3% do conjunto de respostas – aponta o contrário, afirmando que o Plano de Saúde não facilita o intercâmbio com a sociedade de forma a contribuir com o controle social.

O Secretário não se manifestou a esse respeito.

Não há evidência formal de ações de efetivo Controle Social no tocante à definição e elaboração do conteúdo do Plano de Saúde, tampouco nos resultados contidos no Relatório de Gestão de 2008.



A falta de registro formal da participação social no contexto de elaboração do Plano de Saúde desfavorece o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

## **4.2 Análise dos Dados**

O tratamento estruturado dos dados contribuiu para seu melhor entendimento. A análise dos mesmos se deu em consonância com os temas anteriormente estruturados, como se segue:

### **O Plano de Saúde**

No tocante ao Plano de Saúde, consideramos que contempla de fato os Eixos de Orientações do Plano Nacional de Saúde (redução das desigualdades; ampliação do acesso com a qualificação e humanização da saúde; redução dos riscos e agravos; reforma do modelo de atenção e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social). No entanto, há divergência entre os gestores na percepção da contemplação do conjunto de ações do Eixo de Orientações do Plano Nacional de Saúde. A falta de percepção conjunta e uniforme dos aspectos contidos no Plano de Saúde contribui negativamente para a gestão das questões inerentes à saúde no Município.

Ainda no tocante ao Plano de Saúde, verifica-se que contempla o Diagnóstico Local, as Estratégias, o Quadro de Metas e o Relatório de Gestão. A pesquisa demonstra que uma parte considerável dos gestores desconhece os quesitos do Quadro de Metas e o respectivo Relatório de Gestão do ano 2008, “contidos” no Plano de Saúde. Ressalte-se que estes instrumentos são “pilares” das orientações do PlanejaSUS e indispensáveis à elaboração do Plano de Saúde. Destinados a indicar “o que fazer” e a “mensurar o que foi feito; como foi feito e ainda recomendar melhorias”, tornam-se elementos essenciais ao cumprimento e controle das ações planejadas, e o desconhecimento de tais instrumentos por parte dos gestores compromete significativamente a adequada gestão do referido Plano.

A pesquisa mostra, ainda, que o Plano de Saúde cumpre com a descrição formal das diretrizes, objetivos e as metas para com as questões da saúde para o período de 2005-2008, contemplando a Lei do Plano Plurianual (PPA). No entanto, o Plano não expressa

formalmente a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar o orçamento do ano seguinte e, tampouco, a Lei Orçamentária Anual (LOA), que contém a discriminação da receita e da despesa para os exercícios contemplados no período de gestão. Tal situação dificulta a sua sustentação orçamentária e financeira e fragiliza o fiel cumprimento das ações do Plano de Saúde.

No tocante à temporalidade, o Plano de Saúde contempla, adequadamente, o Horizonte de Tempo de Gestão de governo. A visão uniforme dos gestores e do Secretário sobre esse aspecto possibilita direção e sustentabilidade do Plano de Saúde, contribuindo positivamente para a gestão da saúde no Município.

Dos fatos, consideramos que existe a necessidade de que os gestores e o Secretário busquem formas de dotar o Plano de Saúde do vínculo formal inerente às garantias orçamentárias e financeiras que o sustentem efetivamente. Por outro lado, em que pese a boa percepção dos gestores sobre esses temas, identificamos a necessidade de se buscar formas de nivelar positivamente o conhecimento e o entendimento sobre eles.

Portanto, quanto às questões gerais inerentes ao Plano de Saúde, consideramos que contemplam a grande maioria das orientações do PlanejaSUS.

### **A Análise Situacional**

Os gestores e o Secretário concordam, unanimemente, que os aspectos inerentes ao Perfil Demográfico, Socioeconômico e Epidemiológico foram devidamente observados na Análise Situacional. Tais aspectos estão, de fato, contidos no Plano de Saúde, o que, certamente, contribuiu para uma melhor compreensão global dos aspectos periféricos, extremamente importantes na elaboração do Plano de Saúde, atribuindo-lhe maior legitimidade.

Ainda no tocante à Análise Situacional, embora o Secretário afirme positivamente, os gestores divergem entre si na contemplação dos aspectos inerentes às Determinantes e Condicionantes de Saúde. O Plano de Saúde contempla tais aspectos e o desconhecimento de alguns gestores sobre estes fatos contribui para uma compreensão deficiente e comprometida do Plano de Saúde. O fato evidencia a necessidade do nivelamento do conhecimento por parte dos gestores.

Embora os requisitos que compõem a Gestão em Saúde não estejam todos adequadamente descritos no Plano de Saúde, o que denota uma fragilidade da Análise Situacional, sua efetiva utilização contrapõe-se, parcialmente, às respostas dos gestores. Verifica-se, mais uma vez, o desconhecimento e/ou o entendimento dos gestores sobre os aspectos abordados, o que contribui negativamente para o gerenciamento do Plano de Saúde.

Desses fatos depreende-se que a Análise Situacional contemplou de fato a orientação contida no PlanejaSUS. No entanto, os gestores devem estar atentos para a necessidade do Plano de Saúde conter formalmente essa orientação.

### **A Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas**

No tocante à Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas e o seu Monitoramento, o Plano de Saúde contém as evidências formais desses aspectos, embora haja, por parte dos gestores, uma pequena percepção de que os eventos não foram contemplados, exetutando-se as relacionadas ao Monitoramento. A falta desta percepção – ainda que pequena – por parte dos gestores pode comprometer o bom gerenciamento e a execução dos compromissos assumidos no Plano de Saúde, haja vista que o Plano se desenvolve sustentado por esses requisitos.

Verifica-se, pois, a necessidade de nivelar o conhecimento dos gestores sobre as questões em tela.

### **A Participação Social**

Quanto à Participação Social, notadamente em relação ao aspecto da Mobilização Social, a pesquisa demonstra uma contradição: de um lado, os gestores afirmando unanimemente que o processo empreendido na construção do Plano de Saúde não mobilizou diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade. Em contraposição, o Secretário afirma que o Plano de Saúde mantém consonância com as diretrizes das conferências municipais e com as resoluções do Conselho Municipal de Saúde, mantendo estreita interação e percepção entre o Governo Local e os interesses da sociedade.

A pesquisa mostra, ainda, a indicação da realização de uma “Oficina de Planejamento, para subsidiar a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2006-2009 e as Estratégias e Ações do Plano de Saúde 2005-2008”.

A pesquisa não possibilitou acesso ao conteúdo dos trabalhos desenvolvidos na Oficina de Planejamento. As informações obtidas afirmam que foram os técnicos da Secretaria que participaram do evento, o que não garante, por si só, toda a expressão da participação social.

A divergência entre as posições dos gestores e do Secretário contribui para a leitura de que não houve uma ação programada e estruturada para mobilizar efetivamente os diversos segmentos da sociedade. Esse fato é corroborado pela ausência de registros dos eventos no Plano de Saúde. A pura e simples participação do Conselho de Saúde do Município não garante que todos os anseios da comunidade tenham sido identificados, discutidos, priorizados e contemplados no Plano.

A Mobilização Social é um dos principais eixos de orientações do PlanejaSUS e um fator necessário e indispensável para a construção do SUS e sua ausência contribui negativamente para a elaboração do Plano de Saúde.

No tocante à efetiva Participação Social, a pesquisa demonstra que a grande maioria dos gestores e o Secretário afirmam que existe de fato uma participação do Conselho Municipal de Saúde nas discussões, monitoramento e avaliação das ações de saúde executadas, bem como na aprovação do Plano de Saúde e seu respectivo Relatório Anual de Gestão.

Na visão específica do Secretário, a interação existente entre o poder público e a sociedade contribui positivamente para o entendimento dos anseios e das reais necessidades de saúde da população.

Contraditoriamente, alguns gestores afirmam que o Conselho Municipal de Saúde não monitora as ações e os resultados contidos no Relatório Anual de Gestão.

Embora exista a informação da realização de uma Oficina de Planejamento com a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, o fato, por si só, não garante que os anseios da população foram adequadamente contemplados. A pesquisa não conseguiu demonstrar quais foram as ações efetivas da Participação Social na elaboração, no controle e na avaliação das ações contidas no Plano de Saúde.

No entanto, o Plano de Saúde contém, de fato, as macrodiretrizes, os objetivos, as estratégias, as ações e metas para o período 2005-2008 e, embora o Secretário afirme que “O PMS deve ser um processo vivo, traduzido numa representação das aspirações e dos projetos consensuais que uma sociedade é capaz de gerar com base nas suas acumulações históricas”, não existem registros objetivos da forma como foi construída esta participação social.

A pesquisa demonstra que há por parte dos gestores e do Secretário a percepção da importância da Participação Social na construção do Plano de Saúde.

A Participação Social é o aspecto mais importante nas orientações do PlanejaSUS. A Mobilização e efetiva Participação Social são instrumentos indispensáveis para um melhor entendimento das necessidades locais e também na discussão e priorização das ações de saúde necessárias para o atendimento às demandas sociais desses locais. A falta de registro de sua participação demonstra a dificuldade enfrentada pela sociedade no sentido de se sentir ator do processo, de ser ouvida, de participar, de influenciar, enfim, de exercer seus direitos. Sua ausência contribuiu negativamente para a elaboração do Plano de Saúde mais participativo e de melhor conteúdo e, também, para a solidificação do SUS.

### **A Programação Anual de Saúde**

No tocante à Programação Anual de Saúde, os dados levantados na pesquisa demonstram que o Plano de Saúde contempla, de fato, o requisito Ações Anuais a serem Executadas. Existem evidências formais de macrodiretrizes, estratégias, ações e metas gerais a serem realizadas até o ano de 2008.

Em que pese o Secretário e pequena parte dos gestores concordarem com essa afirmação, a maioria dos gestores discorda e alguns até desconhecem tal fato.

A análise demonstra que os gestores têm uma baixa percepção do estabelecimento das Ações Anuais a serem Executadas, o que permite afirmar que o fato desfavorece, consideravelmente, a gestão do Plano de Saúde, haja vista que os responsáveis pelo seu gerenciamento têm necessariamente que conhecer as ações a serem executadas. Nesse aspecto, evidencia-se a necessidade de nivelamento dos gestores sobre o tema.

Ainda no tocante à efetiva Programação Anual, a “metade” dos gestores (parte muito significativa) afirma que o Plano de Saúde não contempla esses aspectos. Uma importante parte afirma o contrário e o Secretário não se manifesta.

Embora não haja registro explícito da expressão Programação Anual de Saúde ou mesmo Programas e/ou Projetos, o Plano de Saúde expressa, de fato, as Diretrizes, os Objetivos, as Estratégias, as Ações e Metas e Indicadores que contemplam a gestão 2005-2008.

O Plano de Saúde deixa de registrar o vínculo do Planejamento Orçamentário necessário à sustentação da realização das ações nele contidas. Os registros são apenas de anos anteriores. Não há evidência, ainda, de registro dos repasses de recursos Fundo-a-Fundo, tampouco do cronograma de desembolso a ser realizado.

A pesquisa demonstra, pela análise dos dados acima, que “metade” dos gestores desconhece a Programação Anual de Saúde e, até mesmo, os objetivos, diretrizes, metas e ações nele estabelecidos, demandando, mais uma vez, a necessidade de nivelamento do conhecimento sobre o tema, sob pena de comprometer seriamente a condução do processo do Plano de Saúde.

No aspecto do financiamento, tanto a ausência da formalidade orçamentária, a falta de indicativos de repasse de recursos Fundo-a-Fundo, quanto a falta de cronograma de desembolso comprometem a execução das ações estabelecidas no Plano de Saúde, tornando-o instável, do ponto de vista administrativo e financeiro, requerendo, por parte dos responsáveis, a correção desses aspectos.

### **O Relatório Anual de Gestão**

A pesquisa apontou que a maioria dos gestores afirma que o Relatório Anual de Gestão não é compatível com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Uma parte significativa dos gestores afirmou o contrário, ou seja, que o Relatório Anual de Gestão é compatível com os requisitos.

O Secretário equivoca-se parcialmente, ao responder que as questões inerentes ao financiamento é uma questão para “... o plano nacional”.

A análise dos dados permite afirmar que, o Plano de Saúde demonstra evidência parcial de Indicadores de Execução Orçamentário-Financeira - 2005 até junho -, não fazendo, porém, nenhuma correlação formal com o Plano Plurianual (PPA); com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA). Por sua vez, o Relatório Anual de Gestão 2008 registra formal, mas parcialmente, os Indicadores de Execução Orçamentária e Financeira relativos ao ano de 2008 e, ainda, os recursos financeiros aplicados aos Serviços Ambulatoriais 2008, e de Internações Hospitalares 2000-2008, cumprindo parcialmente a contemplação das ações do Plano Plurianual elaborado no Plano de Saúde.

A pesquisa registra a presença parcial de evidência do Plano Plurianual (PPA) no Relatório Anual de Gestão. Demonstra, ainda, a ausência formal e vinculante da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), com as ações do Relatório Anual de Gestão.

Verifica-se, também, que o Relatório Anual de Gestão não contempla o horizonte do compromisso orçamentário e do desembolso financeiro. Esses fatos dificultam e comprometem o delineamento econômico-financeiro necessário à execução dos planos, programas, objetivos, estratégias, metas e ações formalmente estabelecidos, contribuindo, pois, de forma prejudicial para a consecução do Plano de Saúde, requerendo ações corretivas por parte dos responsáveis.

A pesquisa demonstra que a maioria dos gestores afirma que o Relatório Anual de Gestão contempla, de fato, a análise dos resultados dos indicadores das ações realizadas, tanto nos aspectos quantitativos quanto nos qualitativos (eficiência, eficácia, efetividade e impacto), além do registro das recomendações de melhorias e da revisão periódica dos objetivos, das diretrizes e das metas estabelecidas, possibilitando um sistema de monitoramento e avaliação.

No entanto, uma parte significativa dos gestores afirma o contrário, ou seja, que o Relatório Anual de Gestão não contempla tais aspectos.

O Secretário não se manifestou a esse respeito.

A pesquisa demonstra a existência de um Relatório Anual de Gestão do ano de 2008 e nele se encontram registrados os dados referentes à análise dos resultados das ações estabelecidas para o período, contendo notadamente, o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde 2008 (cujo formato contém os campos para registro das Prioridades e Objetivos, de seus Indicadores, das Metas, da Fonte de Financiamento, dos Resultados no ano de 2008, de um campo para as Justificativas e do percentual de Alcance das Metas).

Os dados encontrados demonstram o registro do *status* dos indicadores e acompanhamento de realização das ações emanadas do Plano de Saúde, além de sua análise quantitativa.

Embora o Relatório Anual de Gestão permita, por seu formato, a adoção de um sistema de monitoramento e avaliação das ações planejadas, não há, efetivamente, registros claros de análise dos dados e informações no tocante aos aspectos de análise qualitativa, tampouco, sob a ótica da análise dos aspectos inerentes à eficiência, eficácia, efetividade e impacto.

O Relatório Anual de Gestão não menciona, também, as recomendações de melhorias e indicativos da necessidade de revisão periódica dos objetivos, das diretrizes e das metas estabelecidas.

A pesquisa constata a divergência de opiniões dos gestores sobre os aspectos inerentes e contemplados no Relatório Anual de Gestão. Isto depõe desfavoravelmente à boa gestão do Plano de Saúde, haja vista que esse instrumento é de vital importância no gerenciamento diário das ações, bem como é o principal subsídio à tomada de decisões no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Outra importante constatação da pesquisa é a total falta de avaliação qualitativa das ações realizadas, evento indispensável à retro-alimentação do Plano de Saúde. Associado à ausência de análise dos aspectos de eficiência, eficácia, efetividade e impacto, o fato traz prejuízos imensuráveis a essas ações.

É importante destacar, ainda, que o Relatório Anual de Gestão não cumpre com sua função de recomendar as melhorias e a revisão periódica dos objetivos, das diretrizes e das metas estabelecidas, não se efetivando, portanto, em um instrumento adequado de monitoramento e avaliação, necessitando, pois, da imediata correção desses aspectos.

Os dados pesquisados demonstram, ainda, que, na visão da maioria dos gestores, o Relatório Anual de Gestão é um instrumento facilitador do Controle Social, permitindo a participação da sociedade no controle das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no Município.

No entanto, uma parte significativa dos gestores afirma o contrário, e o Secretário não se manifestou sobre o assunto.

A pesquisa demonstra que não há evidência formal de ações de efetivo Controle Social no tocante à análise, críticas e sugestões de melhorias nos resultados contidos no Relatório de Gestão de 2008.

A falta de registro formal da participação social, tanto no contexto de elaboração do Plano de Saúde quanto no controle do Relatório Anual de Gestão, vai ao encontro de uma das principais orientações contidas no PlanejaSUS, notadamente em relação aos aspectos relacionados com a Análise Situacional – onde a participação é imensuravelmente importante – bem como àqueles relacionados com o efetivo controle das ações estabelecidas e, ao mesmo tempo, os fatos comprometem tanto a análise crítica mais ampla das ações realizadas, quanto



a capacidade de sugestões de melhorias, desfavorecendo imensuravelmente o fortalecimento do controle social do Plano de Saúde e, conseqüentemente, do SUS.

A evidência requer ações corretivas, no sentido de garantir o controle social do sistema, através da efetiva participação social em todo o âmbito do Plano de Saúde.

Destarte salientar que a pesquisa traz a importante afirmação de um gestor, como se segue: “Acredito que futuramente, espero que seja bem próximo, o processo de planejamento esteja institucionalizado no SUS e que PMS, RGA e outros documentos de planejamento **não sejam meros documentos formais**”, grifo nosso.

O fato sugere que a elaboração do Plano de Saúde foi executada para o cumprimento de um aspecto formal, legal e necessário: o repasse de recursos financeiros por parte da União e do Estado.

É lamentável que tal situação encontre-se instalada no âmbito da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. O Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos importantíssimos para a melhor compreensão das necessidades de saúde local, para o efetivo compromisso do poder público para com a execução das ações necessárias ao atendimento das demandas identificadas e, também, para o efetivo controle social de todo este processo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante ao Objetivo Geral do presente trabalho, consideramos, pelo conteúdo exposto na pesquisa, que a orientação metodológica contida no PlanjeSUS foi parcialmente utilizada na construção, implementação e controle do Plano de Saúde, notadamente a aplicação dos instrumentos construtivos relativos à elaboração formal do Plano de Saúde, estruturado nos seguintes planos:

- Eixos de orientação do Plano Nacional de Saúde, ou seja, foram contemplados os aspectos inerentes à redução das desigualdades; ampliação do acesso com a qualificação e humanização da saúde; redução dos riscos e agravos; reforma do modelo de atenção e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.
- Realização da Análise Situacional, identificando o Diagnóstico Local, considerando as variáveis do perfil e das necessidades de saúde da população local e da estrutura de saúde existente.
- Elaboração do Plano Plurianual, contendo as Diretrizes, Estratégias, Objetivos, Quadro de Metas e Ações a serem executados e seu conseqüente Sistema de Monitoramento, bem como horizonte de tempo compatível com a gestão. Registre-se a ausência de vínculo formal do Plano Plurianual com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) com a Lei Orçamentária Anual (LOA) e com o respectivo Cronograma de Desembolso.
- Ausência de registro formal que identifique a Mobilização e Participação Social, embora haja discurso da aprovação do Plano de Saúde e do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Elaboração do Relatório Anual de Gestão com os Resultados das Ações Executadas e com análises quantitativas. Observa-se a ausência de análise qualitativa, dos aspectos do Controle Social e de sugestões de melhorias.

Esses eventos nos permitem afirmar que o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão cumprem parcialmente com os objetivos de mobilizar, incentivar e garantir a participação social na identificação das necessidades de saúde locais, na identificação, priorização e estabelecimento de ações e recursos financeiros que atendam a esta demanda, além de garantir o efetivo controle social das ações executadas, objetivando as melhorias do sistema de saúde local, conforme preconizado pelo PlanejaSUS.

No tocante à percepção dos gestores, consideramos que, de um modo geral, existem grandes divergências entre eles, e entre estes e o Secretário, quanto aos elementos constituintes e inerentes ao conteúdo do Plano de Saúde e do Relatório Anual de Gestão,

embora concordem com a importância desses instrumentos. Outro fato importante apontado na pesquisa foi a percepção de que o Plano de Saúde foi elaborado apenas para cumprimento formal para repasse de recursos financeiros, conforme se pode verificar na fala de um gestor e nos registros introdutórios do Plano.

Esses fatos sugerem que o Plano de Saúde não é utilizado na sua amplitude como ferramenta de gestão, ou seja, como instrumento de subsídio à análise e tomada de decisão e, conseqüentemente, que não contribui efetivamente como deveria, ou seja, como referência de ações que visem à elaboração de políticas públicas propiciadoras do desenvolvimento local.

Por último, entendemos que, em um ambiente competitivo, onde a saúde – em processo de descentralização - concorre com outros segmentos representativos da administração pública, torna-se indispensável que os gestores adotem técnicas de planejamento que garantam a melhor percepção das necessidades locais, que possibilitem melhor compreensão das ações necessárias ao atendimento das demandas identificadas, e que garantam, ainda, a uniformidade de ações técnico-administrativas e gerenciais inerentes ao processo de gestão do sistema.

É importante ressaltar, que o ato de governar exige, por parte dos gestores e da sociedade, a adoção de instrumentos de alta efetividade e de utilidade prática, que possam contribuir para a orientação e o efetivo cumprimento das ações de atendimento às demandas prioritizadas bem como para a constante avaliação do *status quo* e das necessárias correções de rumos.

A mobilização e participação social tornam-se fatos indispensáveis à estruturação de mecanismos que possibilitem realçar sua relevância na elaboração, controle e crítica das políticas públicas inerentes às suas demandas.

Entendemos, sem esgotar o tema, que a proposta de utilização da metodologia contida no PlanejaSUS pode, certamente, contribuir positivamente para a solidificação do Sistema Único de Saúde, fazendo-se necessária, principalmente por parte dos gestores, a devida reflexão sobre o uso efetivo dessa importante ferramenta.

## 6. REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco. *Saúde e Desenvolvimento: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>> Acesso em 22.02.2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, 1988.

BRASIL. *Lei n. 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, 1990a.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: Doutrina e Princípios*. 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 699/GM de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde PNS/ - um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n 3.085, de 1º de dezembro de 2006*. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Seminário Sobre Política Nacional de Promoção da Saúde: documento síntese*. 2006e.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/ HUPE. SERVIÇO SOCIAL, 1999. Vol. 4

BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. *Debate, em alto estilo, do planejamento na área da saúde*. Cad. Saúde Pública vol.5 n.4. Rio de Janeiro, Oct./Dec. 1989. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1989000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400011)> Acesso em: 18.08.2009.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod Ind Tipo Leito.asp?VEstado=000](http://cnes.datasus.gov.br/Mod%20Ind%20Tipo%20Leito.asp?VEstado=000)> Acesso em: 22.02.2010.

GELINSKI, Carmem Ortiz G.; SEIBEL, Erni José. *Formulação de Políticas Públicas: questões metodológicas relevantes*. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, P. 227-240, Abril e Outubro, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22, n.6. Rio de Janeiro, 2006. [Online]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci_arttext)>. Acesso em 02.03.2009.

GIOVANELLA, Lúcia. *As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 7, nº 1, Rio de

Janeiro, jan/mar, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 20.06.2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estimativa Populacional, Julho de 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>>. Acesso em 26.05.2010

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Estimativa Populacional, Julho de 2007*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/tabela1\\_1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1.pdf)>. Acesso em 22.02.2010

JUNIOR, F.H., NETTO, F.S., CORREA, H.L., SOUZA, A.E. *A evolução da aplicação do planejamento estratégico situacional na administração pública municipal brasileira: o caso santo andré*. Revista Gestão e Regionalidade, vol. 23, nº 67, mai-ago/2007. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/index](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/index). Acesso em: 05.05.2009.

LALUNA, M. C. C., FERRAZ, C.A. *Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 n.6. Ribeirão Preto Nov./Dec. 2003.

LUCCHESI, Patrícia; AGUIAR, Dayse. *Introdução: Políticas Públicas em Saúde*. [Online]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=532280&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15.01.2009.

MATUS, C.. *Política, Planejamento e Governo*. 2a ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA, 2006.

MENDONÇA, Alzino Furtado de; ROCHA, Cláudia Regina Ribeiro; NUNES, Heliane Prudente. *Trabalhos Acadêmicos: Planejamento, execução e avaliação*. Goiânia: Faculdades Alves Faria, 2008.

MOTTIN, Lucia Maria. *Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os Municípios: um estudo no Rio Grande do Sul*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Práticas sociales y salud pública*. In: OPS La Salud Pública em las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC. OPS. 2002.

PEDROSO, G.M.S.; HARGER, C.S.: *Desenvolvimento ou Crescimento para o Brasil* [Online]. Disponível em <<http://www.oeconomista.com.br/desenvolvimento-ou-crescimento-para-o-brasil/>>. Acesso em 14.01.2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2010. Disponível em<<http://www.goiania.go.gov.br/html/principal/goiania/regiaometropolitana/regiaometropolitana.shtml>>. Acesso em: 22.02.2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde Gestão 2005 – 2008*. Assessoria de Planejamento. Goiânia, 2005a.  
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão - 2008*. Assessoria de Planejamento. Goiânia, 2005b.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Humano*. 2009. Disponível em: <[http://www.hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2009\\_PT\\_Complete.pdf](http://www.hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf)>. Acesso em 06.04.2010.

RONCALLI, A.G. *O Desenvolvimento das Políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde*. In. Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: Disponível em: <[http://www.goiania.go.gov.br/sms/www.saude2/Html/Departamentos/conselho\\_municipal.htm](http://www.goiania.go.gov.br/sms/www.saude2/Html/Departamentos/conselho_municipal.htm)>. Acesso em 15.01.2009.

SEPLAN. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás - SEPLAN, 2009. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/down/goiascn2009.pdf>> Acesso em 22.02.2010.

SEPLAN. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento do Estado de Goiás - SEPLAN, 2007. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/pub/pibmunseria/tabpibmun2007.htm>> Acesso em 25.05.2010.

SEN, A. K. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Schwarcz, 2000.

SILVA, Newton José Rodrigues, BEURET, Jean-Eudes, MIKOLASEC, Olivier, FONTENELLE, Guy, DABBADIE, Lionel, MARTINS, Maria Inez Espagnoli Geraldo. *Modelo Teórico de Análise de Políticas Públicas e Desenvolvimento: um exemplo de aplicação na psicultura*. Revista de Economia Agrícola, São Paulo, Vol. 54, n.2, p 43-66, jul/dez, 2007.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. *O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira*. In: Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (org.). São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

WITTMANN, Milton Luiz; DOTTO, Dalva Maria Righi; BOFF, Vilmar Antonio. *Estruturas Organizacionais em Rede e Desenvolvimento Regional: contextualização e complexidades*. In: WITTMANN, Milton Luiz; RAMOS, Marília Patta (org.). *Desenvolvimento Regional: capital social, redes e planejamento*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



## 7. APÊNDICES

### 7.1 Apêndice A - Modelo de Carta – Questionário Gestores

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Prezado Sr. (a).

Aluno do curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional, nas Faculdades Alves Faria, nesta Capital, abordo em minha pesquisa de mestrado, o tema: **PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008.**

A pesquisa é de extrema importância para o cenário da saúde, uma vez que sua elaboração contribuirá como instrumento crítico, para a melhoria e o desenvolvimento da gestão da saúde em nosso Estado.

Solicito, pois, vossos préstimos no sentido de contribuir com esta pesquisa, respondendo o questionário em anexo.

Ressaltamos que vossa notória atuação, conhecimento, compromisso e responsabilidade para com o segmento da saúde influenciarão, positivamente, na qualidade do conteúdo desta pesquisa.

Esclareço que as respostas às perguntas do questionário são de *simples resposta*, ou seja, deverá haver *apenas uma resposta* dentre as respostas possíveis. Existe ao final do questionário, um campo para observações que se fizerem necessárias.

Em caso de dúvidas, favor ligar (a cobrar) para: 84278086 ou 9973.8489 ou 3232-3033, ou Email: [claudemiro@crer.org.br](mailto:claudemiro@crer.org.br)

O questionário respondido deverá ser encaminhado (*com custas de postagem já pagas*) para:

Claudemiro Euzébio Dourado

Superintendente Administrativo Financeiro

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Endereço: Avenida Vereador José Monteiro, nº 1655, Setor Negrão de Lima, CEP.: 74653-230- Goiânia, Goiás.

Certo de vossa especial atenção à solicitação, antecipo agradecimentos.

Atenciosamente,

**Claudemiro Euzébio Dourado**

**AO ILMO SR..**

---

**Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.**

**NESTA**

## **7.2 Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados Gestores**

Faculdades Alves Faria

Programa de Pós-Graduação

Mestrado em Desenvolvimento Regional

Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional

Projeto de Dissertação de Mestrado

**Instrumento de Coleta de Dados**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008**

Aluno: Claudemiro Euzébio Dourado

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo

2º Semestre de 2009

## **ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO**

**(DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - CLAUDEMIRO DOURADO)**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008.**

**FACULDADES ALFA/MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Bontempo**

⇒ **Este roteiro de questionário será aplicado junto aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, com a finalidade de identificar a percepção dos mesmos sobre os elementos orientativos contidos no PlanejaSUS no tocante à elaboração, implementação e controle do Plano de Saúde do Município de Goiânia (Capital).**

## **QUESTIONÁRIO**

### **Plano de Saúde**

A Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, apresenta orientações relativas aos instrumentos básicos de planejamento do SUS, definindo que **o Plano de Saúde:** Deve apresentar as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; e, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base da execução, do acompanhamento, da avaliação e da gestão do sistema de saúde<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como **Plano de Saúde** o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expresso em **objetivos diretrizes e metas**<sup>5</sup>.

O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera de governo, norteia a definição da Programação Anual das ações e dos serviços a serem prestados, assim como na gestão do Sistema Único de Saúde. Neste aspecto:

**1 - O Plano de Saúde do Município contempla, em sua elaboração, os Eixos de orientação contidos no Plano Nacional de Saúde, a saber:**

*1.1) a redução das desigualdades em saúde?*

Sim       Não

*1.2) ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção?*

Sim       Não

*1.3) a redução dos riscos e agravos?*

Sim       Não

*1.4) a reforma do modelo de atenção?*

Sim       Não

*1.5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social?*

Sim       Não

**2 - O Plano de Saúde do Município contém o diagnóstico da situação de saúde local?**

Sim       Não

**3 - O Plano de Saúde do Município contém as estratégias de ações a serem desenvolvidas?**

Sim       Não

---

<sup>5</sup>Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

**4 - O Plano de Saúde do Município contém as prioridades identificadas e priorizadas a serem atendidas?**

Sim       Não

**5 - O Plano de Saúde do Município foi formulado contemplando o Quadro de Metas de acordo com as orientações da Portaria 548/2001?**

Sim       Não

**6- O Plano de Saúde do Município foi formulado contemplando o Relatório de Gestão, de acordo com as orientações da Portaria 548/2001?**

Sim       Não

**7 - O Plano de Saúde do Município é compatível com o Plano Plurianual (PPA)?**

Sim       Não

**8 - O Plano de Saúde do Município é compatível com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)?**

Sim       Não

**9 - O Plano de Saúde do Município é compatível com a Lei Orçamentária Anual (LOA)?**

Sim       Não

**10 - O Plano de Saúde do Município contempla o horizonte de tempo da esfera da gestão?**

Sim       Não

### **Análise Situacional**

Matus (1996) afirma que queremos governar nosso futuro em direção satisfatória, ou seja, queremos mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória [...] e que, o planejamento estratégico situacional baseia-se no fato do mesmo propiciar a efetiva participação social. Neste aspecto, torna-se fundamental que o processo de planejamento seja descentralizado, oportunizando que os indivíduos possam expor suas demandas, seus pontos de vistas e suas críticas, num processo de intensa interação coletiva, de modo a interferir e

tornar o planejamento mais realístico com as demandas sociais locais. Criticar as proposições do outro e ter suas proposições criticadas ganham um contorno de enorme importância, já que esta atitude enriquece o planejamento.

A proposta do Planejamento Estratégico Situacional preconiza a necessidade do respeito às demandas oriundas dos diversos atores envolvidos no processo. O conceito de Situação implica no respeito às diferentes percepções contidas no cenário analisado e à leitura decorrente das diferentes posições de realidade dos vários atores envolvidos, o que gera, por sua vez, explicações situacionais distintas.

**A análise situacional** é o processo de identificação, formulação e priorização de problemas de saúde de uma determinada realidade. O **objetivo da análise situacional** é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se por problemas uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado. A elaboração da análise situacional pressupõe a consideração de três eixos orientadores: Condições de Saúde da População, Determinantes e Condicionantes de Saúde, Gestão em Saúde, além dos aspectos de *Vigilância em Saúde*, *Atenção Básica*, *Assistência Ambulatorial Especializada*, *Assistência Hospitalar*, *Assistência de Urgência e Emergência* e *Assistência Farmacêutica*<sup>6</sup>. Neste tocante:

**11 – Ao analisar as Condições de Saúde da População, foram considerados aspectos inerentes:**

*11.1 – Ao Perfil demográfico<sup>7</sup> como: dados demográficos: crescimento populacional, índice de envelhecimento, estrutura etária da população, taxa de fecundidade, mortalidade proporcional por idade, a esperança de vida ao nascer, a taxa bruta de mortalidade, entre outras?*

( ) Sim ( ) Não

*11.2 - Ao perfil socioeconômico<sup>8</sup>, como: a razão de renda, a taxa de desemprego, os níveis de escolaridade, a taxa de analfabetismo, o IDH, entre outros?*

( ) Sim ( ) Não

---

<sup>6</sup> Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> Idem.

11.3 - Ao *perfil epidemiológico*<sup>9</sup>, como: aspectos inerentes à mortalidade, à morbidade, à identificação de grupos vulneráveis ou com necessidades de intervenções específicas (atividades físicas, acidentes, trânsito etc)?

( ) Sim ( ) Não

**12 – Ao analisar as Determinantes e Condicionantes de Saúde<sup>10</sup>, foram considerados aspectos inerentes às ações compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade), como:**

12.1 – *Questões relacionadas ao meio ambiente?* ( ) Sim ( ) Não

12.2 – *Questões relacionadas ao saneamento?* ( ) Sim ( ) Não

12.3 – *Questões relacionadas à ciência e tecnologia?* ( ) Sim ( ) Não

12.4 – *Questões relacionadas à educação?* ( ) Sim ( ) Não

**13 – Ao analisar a Gestão em Saúde<sup>11</sup>, foram considerados aspectos inerentes:**

13.1 – *Ao planejamento?* ( ) Sim ( ) Não

13.2 – *À descentralização e à regionalização?* ( ) Sim ( ) Não

13.3 – *Ao financiamento?* ( ) Sim ( ) Não

13.4 – *À participação social?* ( ) Sim ( ) Não

13.5 – *À gestão do trabalho em saúde?* ( ) Sim ( ) Não

13.6 – *À educação em saúde?* ( ) Sim ( ) Não

13.7 – *À informação em saúde?* ( ) Sim ( ) Não

13.8 – *À infraestrutura?* ( ) Sim ( ) Não

**14 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes à vigilância em saúde<sup>12</sup> (a eliminação, diminuição ou prevenção de doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde)?**

( ) Sim ( ) Não

---

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Idem.



**15 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes à atenção básica<sup>13</sup> (organização e funcionamento dos aspectos ligados ao acesso às ações e serviços de saúde, a estratégica da saúde da família e a qualidade e humanização no atendimento)?**

Sim  Não

**16 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes à assistência ambulatorial<sup>14</sup> especializada (organização e funcionamento, com destaque para a oferta e demanda de serviços, incorporação tecnológica, articulação e fluxo entre os diferentes níveis assistenciais, a resolutividade e os mecanismos de regulação)?**

Sim  Não

**17 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes à assistência hospitalar<sup>15</sup> (a organização e o funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos estabelecimentos conveniados, com destaque para o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a disponibilidade de equipamentos hospitalares, além da identificação das dificuldades relativas à internação e aos mecanismos de regulação)?**

Sim  Não

**18 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes à assistência de urgência e emergência<sup>16</sup> (a organização e funcionamento com ênfase na estrutura física e tecnológica; atendimento pré-hospitalar; qualificação da equipe profissional; disponibilidade de transporte para transferência de pacientes; unidades de pronto atendimento não hospitalares e estruturação dos mecanismos de regulação)?**

Sim  Não

**19 – Na análise Situacional foram observados os aspectos inerentes á assistência farmacêutica<sup>17</sup> (a organização e a prestação desta assistência, compreendendo deste o acesso ao elenco básico e o fornecimento dos medicamentos excepcionais, até o financiamento)?**

Sim  Não

---

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Idem.

<sup>17</sup> Idem.

## Objetivos, diretrizes e metas.

A análise situacional e a formulação dos **objetivos**<sup>18</sup>, **das diretrizes**<sup>19</sup> e **das metas**<sup>20</sup> têm por base os seguintes eixos: condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde; determinantes e condicionantes da saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e gestão em saúde<sup>21</sup> (CONASS, 2007, p.68).

**20 - O Plano de Saúde prioriza objetivos, diretrizes, metas e ações relacionadas às demandas identificadas, priorizadas e decorrentes das condições de saúde da população, notadamente em relação às demandas advindas e inerentes ao perfil demográfico, sócio-econômico e epidemiológico locais?**

Sim ( ) Não ( )

**21- O Plano de Saúde prioriza objetivos, diretrizes, metas e ações relacionadas às demandas identificadas e priorizadas nas determinantes e condicionantes de saúde (relacionadas às demandas oriundas das questões do meio-ambiente, saneamento, ciência e tecnologia, e educação, entre outros)?**

Sim ( ) Não ( )

**22 - O Plano de Saúde prioriza objetivos, diretrizes, metas e ações relacionadas às demandas identificadas, priorizadas e decorrentes da gestão em saúde (relacionadas às demandas oriundas do planejamento, descentralização e regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura)?**

Sim ( ) Não ( )

---

<sup>18</sup> Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. <sup>18</sup> Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>19</sup> As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas sob a forma de um enunciado-síntese que visa delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde. Idem.

<sup>20</sup> As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem” e “quando”. Idem.

<sup>21</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

**23 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Vigilância em Saúde*?**

Sim ( ) Não ( )

**24 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Atenção Básica*?**

Sim ( ) Não ( )

**25 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Assistência Ambulatorial Especializada*?**

Sim ( ) Não ( )

**26 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Assistência Hospitalar*?**

Sim ( ) Não ( )

**27 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Assistência de Urgência e Emergência*?**

Sim ( ) Não ( )

**28 – Os objetivos, diretrizes, metas e ações traçados no Plano de Saúde, respondem às necessidades identificadas e priorizadas na análise situacional, no tocante aos aspectos de *Assistência Farmacêutica*<sup>22</sup>?**

Sim ( ) Não ( )

**29 – O Plano de Saúde contém as ações anuais detalhadas a serem cumpridas?**

Sim ( ) Não ( )

**30 - As ações do Plano de Saúde do Município são detalhadas nos instrumentos operacionais - programas e/ou projetos específicos?**

---

<sup>22</sup> Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Sim ( ) Não ( )

**31 - Para cada diretriz estabelecida no Plano de Saúde do Município, são apresentadas as respectivas metas a serem alcançadas?**

Sim ( ) Não ( )

**32 – O Plano de Saúde contém as metas anuais relativas a cada uma das ações detalhadas a serem alcançadas?**

Sim ( ) Não ( )

**33 - As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – são expressas sob a forma de um enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada?**

Sim ( ) Não ( )

**34 - O Plano de Saúde, em seu processo de monitoramento e avaliação, contém os indicadores para a avaliação, a partir dos objetivos, diretrizes, metas e ações estabelecidas?**

Sim ( ) Não ( )

### **Participação Social**

A meta da descentralização da saúde exige criação de Conselhos Locais de Saúde. Os Conselhos têm a tarefa de proporcionar a participação da comunidade local e estabelecer fóruns de discussão de suas necessidades e prioridades, estabelecendo propostas para o Plano de Saúde do Município. Os Conselhos Locais são, também, instâncias fiscalizadoras do cumprimento das metas e ações estabelecidas no Plano de Saúde do Município.

O Conselho Municipal é o principal agente formulador do Plano de Saúde do Município, que por sua vez subsidiará o Plano Regional, que por sua vez subsidiará o Plano Nacional de Saúde. Neste sentido:

**35 - Existe Conselho Municipal de Saúde conforme estabelecido na Lei 8.142?**

( ) Sim ( ) Não

**36 - Se sim, a composição do Conselho Municipal de Saúde, obedece ao Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 e à Lei 8.142 de dezembro de 1990, que garantem a participação dos usuários dos serviços de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos representantes do governo?**

( ) Sim ( ) Não

**37 - Existem Conselhos Locais de Saúde instituídos?**

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

**38 - O Plano de Saúde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?**

( ) Sim ( ) Não

**39 - O Relatório Anual de Gestão foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?**

( ) Sim ( ) Não

**40 - O Conselho Municipal de Saúde participa da discussão e implantação das ações programáticas de saúde<sup>23</sup>?**

( ) Sim ( ) Não

**41 - O Conselho Municipal de Saúde monitora e avalia a descentralização das ações programáticas de saúde no nível local?**

( ) Sim ( ) Não

**42 - O Conselho Municipal de Saúde observa os indicadores de monitoramento das ações programáticas de saúde?**

( ) Sim ( ) Não

**43 - Em sua opinião, o Plano de Saúde é um instrumento facilitador da participação da comunidade no controle social das ações e serviços de saúde desenvolvidos no Município?**

( ) Sim ( ) Não

**44 - O processo empreendido na construção do Plano de Saúde mobilizou diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade, de forma a possibilitar a elaboração**

---

<sup>23</sup> Ações programáticas em saúde, tais como: saúde da família, saúde do idoso, saúde da criança, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde ambiental, saúde do adulto, saúde do adolescente, saúde bucal e outras.

**de um Plano de Saúde com capacidade para responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde do Município?**

Sim  Não

### **Programação Anual de Saúde**

A Programação Anual de Saúde operacionaliza o Plano de Saúde, definindo o conjunto das ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como aquelas inerentes à gestão do SUS na respectiva esfera de Governo, devendo conter: as ações anuais que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde; as metas anuais relativas a cada uma das ações; e os recursos orçamentários necessários.

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para a sua elaboração são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Nesse sentido, cabe assinalar que o Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos<sup>24</sup>.

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações que permita concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores<sup>25</sup>.

**45 - O Plano de Saúde do Município contempla a elaboração da Programação Anual de Saúde?**

Sim  Não

**46 - Em relação ao planejamento e orçamento, o Plano de Saúde do Município é a base de atividades e programações do nível local de direção do SUS. O seu financiamento é previsto na respectiva proposta orçamentária, conforme definido no parágrafo 1º, do Art. 36, da Lei 8080/90?**

---

<sup>24</sup> Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>25</sup> Idem.

Sim  Não

**47 - O Plano de Saúde contribui com base para o repasse de recursos Fundo-a-Fundo, segundo estimativas populacionais e do acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”, conforme estabelecido pelo Decreto N° 1.232/94, e dos recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, conforme estabelecido na Lei N° 8.142/90?**

Sim  Não

**48 - O Plano de Saúde do Município contempla a elaboração de programas e/ou projetos (nos quais são definidas os objetivos, as diretrizes, as metas, as ações, o cronograma de execução e a alocação de recursos necessários à sua implementação)?**

Sim  Não

### **Relatório Anual de Gestão**

O Relatório Anual de Gestão, estabelecido pela Portaria N°. 1.229, de 24/5/2007, é um instrumento de auditoria e controle, destinado a apresentar os resultados alcançados com a Programação Anual de Saúde e a orientar eventuais redirecionamentos e ajustes no Plano de Saúde, devendo conter: o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira) e as recomendações julgadas necessárias (revisão de indicadores, reprogramação, etc.)<sup>26</sup>.

Silva et al (2007)<sup>27</sup> salientam que a avaliação de programas e políticas públicas tem como base a pesquisa em ciências sociais aplicada ao estudo das políticas e seus efeitos sobre a sociedade. Porém, a avaliação é mais ampla do que esta e tem por objetivo fazer com que os resultados e conhecimentos produzidos construam um julgamento de valor para que os governantes e a população tenham referências sobre os fatores que determinaram o sucesso ou

---

<sup>26</sup> Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos (série Cadernos de Planejamento Vol.2) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>27</sup> SILVA, Newton José Rodrigues, BEURET, Jean-Eudes, MIKOLASEC, Olivier, FONTENELLE, Guy, DABBADIE, Lionel, MARTINS, Maria Inez Espagnoli Geraldo. Modelo Teórico de Análise de Políticas Públicas e Desenvolvimento: um exemplo de aplicação na piscicultura. Revista de Economia Agrícola, São Paulo, Vol. 54, n.2, p 43-66, jul/dez, 2007. Disponível em: <<ftp://ftp.sp.gov.br/ftppesca/piscicultura.pdf>>. Acesso em 05.04.2009.

o insucesso de determinada ação e possam interferir nos processos para corrigir procedimentos e/ou elaborar novas políticas e programas.

**49 - O Relatório de Gestão é compatível com o Plano Plurianual (PPA)?**

Sim ( ) Não ( )

**50 - O Relatório de Gestão é compatível com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)?**

Sim ( ) Não ( )

**51 - O Relatório de Gestão é compatível com a Lei Orçamentária Anual (LOA)?**

Sim ( ) Não ( )

**52 - O Relatório Anual de Gestão relata efetivamente os resultados obtidos no período?**

Sim ( ) Não ( )

**53 - Os resultados alcançados são analisados quantitativamente em referência aos indicadores pré-estabelecidos?**

Sim ( ) Não ( )

**54- Os resultados alcançados são analisados qualitativamente, sendo observados os aspectos de:**

Eficiência? .....Sim ( ) Não ( )

Eficácia? .....Sim ( ) Não ( )

Efetividade? .....Sim ( ) Não ( )

Impacto? .....Sim ( ) Não ( )

**55 - O Relatório Anual de Gestão traz recomendações de melhorias aos objetivos, diretrizes e metas anteriormente estabelecidas?**

Sim ( ) Não ( )

**56 - O Plano de Saúde possibilita a mensuração e revisão periódica dos objetivos, ações e metas por intermédio do acompanhamento de indicadores?**

Sim ( ) Não ( )





### 7.3 Apêndice C - Modelo de Carta – Questionário Secretário

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Prezado Sr. (a).

Aluno do curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional, nas Faculdades Alves Faria, nesta Capital, abordo em minha pesquisa de mestrado, o tema: **PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008.**

A pesquisa é de extrema importância para o cenário da saúde, uma vez que sua elaboração contribuirá como instrumento crítico, para a melhoria e o desenvolvimento da gestão da saúde em nosso Estado.

Solicito, pois, vossos préstimos no sentido de contribuir com esta pesquisa, respondendo o questionário anexo.

Ressaltamos que vossa notória atuação, conhecimento, compromisso e responsabilidade para com o segmento da saúde influenciarão, positivamente, na qualidade do conteúdo desta pesquisa.

Esclareço que as respostas às perguntas do questionário são de natureza aberta. Existe, ao final do questionário, um campo para observações que se fizerem necessárias.

Em caso de dúvidas, favor ligar (a cobrar) para: 84278086 ou 9973.8489 ou 3232-3033, ou Email: [claudemiro@crer.org.br](mailto:claudemiro@crer.org.br)

O questionário respondido deverá ser encaminhado (*com custas de postagem já pagas*) para:

Claudemiro Euzébio Dourado

Superintendente Administrativo Financeiro

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Endereço: Avenida Vereador José Monteiro, nº 1655, Setor Negrão de Lima, CEP.:  
74653-230- Goiânia, Goiás.

Certo de vossa especial atenção à solicitação, antecipo agradecimentos.

Atenciosamente,

**Claudemiro Euzébio Dourado**

**AO ILMO SR.**

**Dr. Paulo Rassi**

**Secretário Municipal de Saúde de Goiânia**

**NESTA**

## **7.4 Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados Secretário**

Faculdades Alves Faria

Programa de Pós-Graduação

Mestrado em Desenvolvimento Regional

Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional

Projeto de Dissertação de Mestrado

**Instrumento de Coleta de Dados**

### **PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008**

Aluno: Claudemiro Euzébio Dourado

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo

2º Semestre de 2009

## **ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO**

**(DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - CLAUDEMIRO DOURADO)**

**PLANEJASUS – CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008.**

**FACULDADES ALFA/MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Bontempo**

⇒ **Este roteiro de questionário será aplicado junto ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, com a finalidade de identificar sua percepção sobre os elementos orientativos contidos no PlanejaSUS, no tocante à elaboração, implementação e controle do Plano de Saúde do Município de Goiânia (Capital).**

### **Percepção dos Gestores sobre o PlanejaSUS**

A Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, o **PlanejaSUS**. O referido sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS, e pressupõe que cada esfera de governo realize seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais, regionais e nacional.

O projeto tem por hipótese que o PlanejaSUS, configura-se como um relevante mecanismo metodológico de gestão, contribuindo para a formulação das políticas públicas de saúde, além de conferir direcionalidade ao processo de consolidação, configurando-se em uma estratégia relevante à efetivação do SUS, impactando positivamente no desenvolvimento do Município pesquisado.

1. **Em sua opinião, o PlanejaSUS contribuiu/contribui positivamente para a elaboração do Plano de Saúde do Município?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
2. **Em sua opinião, o PlanejaSUS contribuiu/contribui positivamente para a implementação do Plano de Saúde do Município?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
3. **Em sua opinião, o PlanejaSUS contribuiu/contribui positivamente para a controle das ações estabelecidas do Plano de Saúde do Município?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
4. **Em sua opinião, o PlanejaSUS contribuiu/contribui positivamente para a formulação das políticas públicas de saúde para o Município?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
5. **O Plano de Saúde é efetivamente, um instrumento de referência à atuação do executivo municipal?. (Se sim/não, por quê?)**
6. **Ao pactuar e estabelecer metas estratégicas, o Plano de Saúde contribui para a redução das desigualdades e para a melhoria das condições de saúde da população local e para a resolutividade do SUS?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
7. **O Plano de Saúde contribui com o gestor local, ao se prestar como instrumento de promoção e articulação da política de saúde do Estado e do País?. (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
8. **O Plano de Saúde do Município foi encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, de forma a contribuir para a formulação do Plano de Saúde do Estado? (Se não, por quê?)**
9. **As prioridades estabelecidas no Plano de Saúde do Município contribuíram para o pacto estadual de saúde? (Se sim, como? – Se não, por quê?)**
10. **O conteúdo do Plano de Saúde do Município contempla a estratégia da regionalização articulada, da qual emergem como elementos essenciais do referido Pacto de Gestão, a política de gestão do trabalho em saúde, a revisão do modelo de financiamento – tanto para o custeio das ações quanto para os investimentos – e o fortalecimento da gestão participativa?**
11. **O Plano de Saúde reflete a interação e a percepção do Governo Local e os interesses da sociedade? (Se sim, como? – Se não, por quê?)**

12. Esta interação contribui para a motivação de busca de soluções para os problemas locais e para a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população? (Se sim, como? – Se não, por quê?)

13. As políticas estabelecidas no Plano de Saúde do Município propiciam a gestão compartilhada entre as respectivas esferas de governo, de forma a contribuir para a sua implementação? (Se sim, como? – Se não, por quê?)

14. O Plano de Saúde do Município explicita as responsabilidades sanitárias do governo local, de modo a se produzir ações integrais consoantes às necessidades das respectivas populações e de promoção da equidade social? (Se sim, como? – Se não, por quê?)

15. No seu âmbito de gestão, o Ministério da Saúde através do Plano Nacional de Saúde 2004-2007, definiu iniciativas prioritárias que são avaliadas anualmente, de acordo com as metas alcançadas e do processo de gestão de restrições e revisões das estratégias mais gerais de Governo. Dentre as iniciativas adotadas pelos Planos de Saúde dos Municípios e do Estado estão contempladas ações que coadunem com as iniciativas prioritárias definidas pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2007, dentre elas: 1. ampliação do acesso a medicamentos com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares; 2. qualificação da atenção à saúde (Qualisus); 3. saúde bucal; 4. saúde mental; 5. saúde da mulher; 6. controle da hanseníase e tuberculose; 7. incremento do sistema de transplantes; 8. implantação do serviço civil profissional em saúde; 9. investimentos em saneamento; 10. garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados; imunobiológicos e fármacos; 11. saúde indígena; 12. monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a Estados, Municípios e Instituições no âmbito do SUS; 13. regulamentação da Emenda Constitucional 29; 14. aprovação do Plano Nacional de Saúde; 15. qualificação da gestão e regionalização no SUS; 16. aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados? (Se sim, quais, Se não por quê?)

16. Em sua opinião, o PlanejaSUS contribuiu/contribui positivamente para a desenvolvimento do Município? (Se sim, como? – Se não, por quê?)





## 8. ANEXOS

### 8.1 Anexo 01 - Declaração CEPEM - ALFA



#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Centro de Pesquisas Econômicas e Mercadológicas – CEPEM das Faculdades Alves Farias, coordenado pelo Prof. Ms. Aurélio Ricardo Troncoso Chaves tratou os dados da pesquisa aplicada pelo Sr. Claudemiro Euzébio Dourado, aos **Gestores da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e com o Secretário Municipal de Saúde de Goiânia**. A participação do CEPEM se deu na apuração e refinamento dos dados, utilizando-se como instrumento estatístico o software SPHINX. Foram construídos gráficos e tabelas para melhor entendimento na leitura dos dados os quais foram utilizados como embasamento na dissertação **“PLANEJASUS - CONTRIBUIÇÕES AO PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2005-2008”**.

Goiânia 12 de maio de 2010

  
Aurélio Troncoso  
Coord. CEPEM-ALFA