



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde



ZULEIDE MARIA CARVALHO GUIMARÃES

FABIANNI MENESES COSTA

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE:
INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO
PARA A GESTÃO DO SUS. O CASO DE
PERNAMBUCO.**

RECIFE

2008



ZULEIDE MARIA CARVALHO GUIMARÃES

FABIANNI MENESES COSTA

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO PARA A
GESTÃO DO SUS. O CASO DE PERNAMBUCO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Ms. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

Recife

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G963p Guimarães, Zuleide Maria Carvalho.

Plano estadual de saúde: instrumento de planejamento para a gestão do SUS. O caso de Pernambuco/ Zuleide Maria Carvalho Guimarães, Fabianni Meneses Costa. — Recife: Z. M. C. Guimarães, 2008.

82 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.

1. Planos Governamentais de Saúde. 2. Planejamento. 3. Gestão em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Santos, Erlene Roberta Ribeiro dos. II. Título.

CDU 614.2



ZULEIDE MARIA CARVALHO GUIMARÃES

FABIANNI MENESES COSTA

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO PARA A
GESTÃO DO SUS. O CASO DE PERNAMBUCO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: 28/11/2008

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Ms. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos
Docente da Faculdade Maurício de Nassau
Pesquisadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde da UFPE

Debatedor: _____

Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco
Coordenadora do Grupo de Pesquisas Economia Política da Saúde da UFPE

Aos nossos pais, nosso porto seguro, legado de saberes e experiências que nós levaremos pelo resto de nossas vidas.

Aos nossos filhos, graça divina, pelas motivações constantes nas nossas vidas.

A amada Mila, pela força e determinação, nos desvendando a todo o momento as infinitas possibilidades de superação do ser humano.

AGRADECIMENTOS

*A Deus, fonte de energia que nos conduz aonde nós queremos chegar;
A Jorge Guimarães e Jaime Pires de Menezes, pela força, apoio e estímulo nesta
conquista;*

*Aos pais, filhos, familiares e amigos, pela paciência e compreensão durante nossos
momentos de ausência e incentivos constantes nessa caminhada;*

*Ao Dr. Osmar Freitas e Grupo Terapêutico, que participam da nossa transformação
constante e que com certeza contribuíram para a construção de quem somos hoje;*

*À Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), nas pessoas da Dra.
Ana Cláudia Callou e Dr. François Figueirôa pelo empenho em nos proporcionarem
o referido curso e à amiga Jany Welma Albuquerque, Coordenadora do processo de
construção do PES 2008-2011, pelo incentivo e colaboração nas informações sobre
o assunto;*

*À amável Polyana Bastos, e aos queridos Zuleide Guimarães e André Guimarães
pela cooperação durante a execução desta pesquisa;*

Aos colegas de trabalho que nos apoiaram e estimularam nessa trajetória;

*Aos sujeitos da pesquisa, nossos agradecimentos especiais, pelas informações e
conhecimentos transmitidos, indispensáveis para a execução e conclusão deste
estudo;*

*A todos que fazem o Programa de Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde do NESC/FIOCRUZ, por nos proporcionarem a troca de
experiências e saber, e especialmente a nossa orientadora Ms. Erlene Roberta
Ribeiro dos Santos, pelo apoio e contribuição na nossa formação e a Dra. Adriana
Falângola Benjamim Bezerra, por enriquecer a nossa pesquisa participando deste
momento como debatedora;*

*Aos colegas do curso, muitos dos quais hoje chamamos de amigos e se tornaram a
mais bela lembrança que levaremos;*

*A todos que participaram direta ou indiretamente deste estudo, os nossos sinceros
agradecimentos!*

“Nós não podemos passivamente esperar o futuro, pois, assim, seremos esmagados por ele. O homem de hoje tem que criar o seu futuro. Já não podemos ficar como espectadores. Não podemos ser mais os homens de pensamento e de ciência, simples teóricos da acepção grega da palavra”.

Josué de Castro

RESUMO

O presente trabalho se propõe a analisar o processo de construção do Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco 2008/2011, identificar as dificuldades e os embasamentos que o motivaram, bem como a sua relevância para o fortalecimento da gestão no SUS. Para alcançar o objetivo proposto foram identificadas as diretrizes norteadoras do referido Plano e apreciado o seu processo de organização e construção. Também, foram descritos os instrumentos de planejamento obrigatórios para a gestão e suas aplicabilidades, além de que foram avaliadas as possibilidades que as bases oferecem para que o plano se torne de fato um instrumento aplicado para a prática da gestão. O referencial teórico foi fundamentado, em especial, nos princípios que orientam o planejamento estratégico proposto por Matus, bem como a visão do planejamento programático-estratégico do autor Testa. Esse estudo também está baseado nas diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS). Trata-se de pesquisa qualitativa, com base em estudo de caso, em que se utilizou revisão de literatura, entrevista semi-estruturada e análise documental. Inicialmente, foi realizada a ordenação dos dados que foram coletados durante o trabalho de campo e a classificação dos elementos por categoria. Após o processamento dos dados, a análise final foi realizada estabelecendo a relação entre a informação e o saber teórico, no sentido de responder às formulações contidas nesse trabalho, através dos objetivos propostos. Como resultados foram constatados problemas estruturais e culturais que dificultam a construção do Plano Estadual de Saúde. Essa reflexão é de essencial importância para a consolidação do SUS, uma vez que tem a perspectiva de fortalecer a gestão, contribuindo para a reorientação das ações e eleição de prioridades da atenção e vigilância em saúde, proporcionando a melhoria da oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população do Estado de Pernambuco.

Palavras-chave: Planejamento, Gestão, Políticas de Saúde, Descentralização, Plano Estadual de Saúde.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the construction process of the State Health Plan of the State of Pernambuco, to identify the difficulties and reasons that have motivated it, as well as its relevance for the reinforcement of the management in the SUS. The theoretical referencial was based, in special, on the principles that guide the strategical planning, as well as in the direction lines of the Planning System of SUS (PLANEJASUS). The objective of this study is to evaluate the bases that fundament the State Health Plan 2008/2011 of Pernambuco as an instrument of planning for the management of SUS. To reach the proposed objective the guidelines of the referred Plan were identified and its organization and construction process were studied. Moreover, the mandatory management planning instruments and their applicabilities were described, and futhermore the possibilities offered by the fundaments to make the Plan into a real applied instrument for the practice of management. This is a qualitative research, based on the study of cases in which literature reviews, half-structuralized interviews, questionnaires and document analyses were used. After data processing and examination, the final analysis was performed establishing the relation between data and theoretical background, in order to answer to the questions contained in this work, through the considered objectives. As a result, structural and cultural problems that make the Plan construction difficult were observed. This reflection is essential for the consolidation of SUS, as it aims to strengthen the management, contributing to the reorientation of the actions and election of priorities in health attention and monitoring, improving the offer of actions and services capable of promoting, protecting and recovering the health of the population of the State of Pernambuco.

Keywords: Planning, Management, Health Policies, Decentralization, State Health Plan.

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 - As origens do planejamento no tempo e no espaço e suas formas de planejamento.....	20
QUADRO 2 – Estrutura mínima dos instrumentos de planejamento e os prazos para a sua construção.....	34
QUADRO 3 – Dinâmica de trabalho para a construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011. Pernambuco 2008.....	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	76
TABELA 2 - Análise das dificuldades encontradas no processo de construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.....	77
TABELA 3 – Entendimento das bases legais e conceituais que fundamentam o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
- APEVISA** - Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
- CENDES** - Centro de Estudos de Desenvolvimento
- CEPAL** - Comissão Econômica para a América Latina
- CES** - Conselho Estadual de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- COSEMS** - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- CPPS** - Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde
- ILPES** - Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social
- LDO** - Lei das Diretrizes Orçamentárias
- LOA** - Leis Orçamentárias Anuais
- OEA** - Organização dos Estados Americanos
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Panamericana de Saúde
- PAS** - Programação Anual de Saúde
- PES** - Plano Estadual de Saúde
- PLANEJASUS** - Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
- PPA** - Plano Plurianual
- PS** - Plano de Saúde
- RAG** - Relatório Anual de Gestão
- SES/PE** - Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco
- SNA** - Sistema Nacional de Auditoria
- SUPLAN** - Superintendência de Planejamento do Estado de Pernambuco
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- VI CES** - VI Conferência Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco

SUMÁRIO

	Pág.
1 APRESENTAÇÃO	14
2 BASES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	16
2.1 MAPEAMENTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	17
2.2 O PLANEJAMENTO E SUAS ABORDAGENS.....	21
3 O PLANEJASUS: SITUAÇÃO ATUAL DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL	26
3.1 FUNDAMENTAÇÃO DO PLANEJASUS.....	27
3.2 INSTRUMENTOS BÁSICOS DE GESTÃO.....	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	36
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.3 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	37
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS.....	40
5 RESULTADOS	41
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	42
5.1.1 Estadiamento do PLANEJASUS em Pernambuco.....	42
5.1.2 Processo de construção do PES 2008/2011.....	42
5.1.3 Estruturação do PES 2008/2011.....	45
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	46
6 DISCUSSÃO	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	71
ANEXOS	79

1 APRESENTAÇÃO



1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa traz uma análise do processo de construção do planejamento das ações e serviços do setor de saúde a partir do Plano Estadual de Saúde (PES), buscando identificar as bases para a organização e funcionamento do planejamento no Estado de Pernambuco, com o objetivo de fortalecer a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente é feito um relato sobre as origens do planejamento em saúde no Mundo, América Latina e Brasil, relacionando a forma de planificação com o aspecto econômico, político e social das sociedades.

Descreve o planejamento desde a sua concepção e desenvolvimento, apresentando propostas e críticas às diversas correntes e tendências da planificação, numa abordagem teórica metodológica.

O trabalho reflete sobre o planejamento normativo economicista difundido através da aplicabilidade do método CENDES/OPAS, desenvolvido pelo Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela.

O texto apresenta o planejamento situacional proposto por Matus, bem como a visão do planejamento programático-estratégico do autor Testa e sua abordagem dentro de um pensamento estratégico, além de outras tendências da planificação mencionadas no decorrer desse documento.

Apresenta o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), implantado em 2006 no Brasil, e descreve como Pernambuco vem se empenhando em institucionalizar esse sistema no Estado com a finalidade de planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde.

As tendências geraram inquietações que determinaram a pergunta condutora para a construção desse projeto.

Diante do exposto e considerando o planejamento em saúde como uma necessidade para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população dentro do SUS, no referido estudo questiona-se: **Quais as bases que fundamentam o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2008/2011 como instrumento de planejamento para a gestão do SUS?**

No sentido de alcançar o objetivo proposto foram identificadas as diretrizes norteadoras do Plano Estadual de Saúde (PES) de Pernambuco referente

ao período 2008/2011 e apreciado o seu processo de organização e construção. Também foram descritos os instrumentos de planejamento obrigatórios para a gestão e suas aplicabilidades, além de que foram avaliadas as possibilidades que as bases oferecem para que o plano se torne de fato um instrumento aplicado para a prática da gestão.

Apresentam-se a seguir reflexões acerca do planejamento em relação ao mapeamento em saúde, suas abordagens, o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), o processo metodológico, os resultados e a discussão para concretização deste estudo.

2 BASES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2 BASES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.1 MAPEAMENTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Após a revolução soviética, o planejamento social emerge na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas com o primeiro Plano Nacional de Eletrificação, elaborado em 1918. No entanto, a planificação global só veio ocorrer após dez anos, com o Primeiro Plano Quinquenal, referente ao período de 1928 a 1932. Então, a origem do planejamento se encontra nos países socialistas, inicialmente na ex-União Soviética, quando o plano foi utilizado para substituir o mecanismo de mercado, como procedimento de atribuição de recursos e de distribuição de produtos (GIOVANELLA,1991).

Nos países capitalistas, o planejamento econômico e social surgiu depois da grande depressão, com a crise econômica mundial de 1930. Apenas em 1948 os primeiros planos foram elaborados pelas nações européias participantes do Programa de Recuperação Européia ou Plano Marshall. Segundo o autor, o ato de planejar surgiu da necessidade de promover a organização dos países sob o aspecto político e econômico (TESTA, 1992).

Nos países socialistas a prática do planejamento normativo obteve resultados positivos. Por outro lado, nos “países subdesenvolvidos, capitalistas e dependentes” isso não ocorreu, conforme abordagem de Testa que afirma haver uma relação entre a história do povo e o método de planejamento adotado (TESTA, 1992).

Na América Latina, onde o poder não estava concentrado em uma cúpula, sendo compartilhado por diferentes grupos e classes sociais, crescem a partir da crise de 1930, os movimentos populares, ampliando a participação da sociedade na busca de possibilidades para promover mudanças futuras na realidade da região. Na década de 40 é introduzida na América Latina, através da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), a noção de planejamento econômico, com o objetivo de acelerar o crescimento nos países subdesenvolvidos (TESTA, 1992).

Nesse contexto, o planejamento em saúde na América Latina teve origem em 1961 como decorrência da carta de Punta del Este, no Uruguai, onde é lançado o “Programa Aliança para o Progresso”, promovido pela Organização dos Estados Americanos (OEA), com o objetivo de implementar o crescimento dos países subdesenvolvidos e impedir a propagação das idéias socialistas (TESTA, 1992).

Em 1965, a partir da Publicação Científica nº 111 da Organização Pan - americana de Saúde (OPAS), o planejamento em saúde é desenvolvido pelo Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, através do método conhecido como CENDES/OPAS, para orientar a construção do plano global de saúde, embasado no trabalho de Testa e no modelo de planejamento econômico normativo, tendo o método como fundamento principal aumentar o lucro e/ou diminuir o custo, priorizando a relação custo/benefício. A OPAS, em conjunto com o Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES), promoveu a divulgação do método CENDES/OPAS, e posteriormente foi criado o Centro Panamericano de Planificação de Saúde (CPPS), que passou a funcionar junto ao ILPES, de 1968 até 1975 (TESTA, 1992).

Durante a aplicabilidade do método surgiram dificuldades, sendo necessário incluir o diagnóstico situacional e o aspecto político como um fator importante na elaboração do plano. Na opinião de Giovanella os planos “tornam-se, apenas livros-planos adormecidos no interior das gavetas”. A própria OPAS em 1973 assume o fracasso do método em sua Publicação Científica nº 272 (GIOVANELLA, 1991, p. 34).

Ao mesmo tempo, em 1972, Matus questionou o método CENDES/OPAS e propôs formulações sobre o planejamento estratégico (GIOVANELLA, 1991).

Segundo Giovanella, um dos componentes que ainda permanece sobre o método CENDES/OPAS é o elemento da identificação das prioridades fundamentada nos “critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade”, mas que ainda assim o método adota a abordagem tecnocrática, uma vez que “a partir de um conhecimento técnico e da avaliação que é feita, também pelo técnico, da importância de um determinado grupo social, são definidas prioridades”. Além disso, a autora afirma que em relação aos recursos indispensáveis para a realização de uma atividade em alguns pontos o método continua adequado à programação da saúde (GIOVANELLA, 1991, p. 35).

Testa considera Matus o principal representante do planejamento estratégico na América Latina (TESTA, 1992, p. 104).

Diante dos estudos realizados, Testa sugere para o planejamento realizado nos países subdesenvolvidos, capitalistas e dependentes na América Latina “a criação de condições que possibilitem a realização de ações que levem a mudanças sócio-políticas e econômicas nos países” (TESTA, 1992, p.110).

O planejamento em saúde no Brasil também seguiu a teoria desenvolvimentista. “A saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade e os recursos de saúde a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício” (CAMPOS, 2001, p. 198).

Para compreender o processo de construção do planejamento em saúde no Brasil é necessário se reportar as décadas de 1960 e 1970, as quais foram profundamente assinaladas pelo início e término do método CENDES/OPAS, compreendendo a planificação normativa. No Brasil, para vários autores, é a partir de 1975 que começa o aparecimento das propostas de planejamento estratégico (CAMPOS, 2001).

A partir da década de 1980 e começo dos anos 90, desenvolve-se o planejamento em saúde no Brasil dentro de mudanças históricas como o Movimento da Reforma Sanitária (1980), a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que culminou com a promulgação da Constituição de 1988. Autores como Matus e Testa apresentam uma importância relevante no desenvolvimento do planejamento no setor saúde no Brasil. O Planejamento Estratégico Situacional de Matus foi considerado o método mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira (CAMPOS, 2001).

Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, nos vários núcleos de planejamento e gestão. Em 1982 realizou-se a Primeira Reunião Nacional sobre ensino e pesquisa em administração e planejamento na área de saúde coletiva, e no final de 1983, o primeiro curso de Atualização em Planejamento, ambos patrocinados pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (CAMPOS, 2001).

Foi criado no Brasil, em 2006, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PLANEJASUS), através da Portaria nº. 251/2006, com a finalidade de planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde do país.

No Quadro 1 pode ser observado o resgate histórico descrito acima, no sentido de realçar a relação entre a história de um povo e o método de planejamento adotado pelo seu país, segundo abordagem de Testa.

ITENS	EVOLUÇÃO HISTÓRICA	PERÍODO	ORIGEM	FORMAS DE PLANEJAMENTO
Países Socialistas	Após Revolução Soviética	1918	Plano Nacional de Eletrificação	Planejamento Normativo. Obteve resultados positivos.
		1928 a 1932	1º Plano Quinquenal (1º plano global)	
Países Capitalistas	Depois da Grande Depressão com a Crise Econômica Mundial (1930)	1948	Plano Marshall – Nações Européias participantes	O Planejamento Normativo veio para resolver a situação política e econômica e também opor-se ao avanço do socialismo emergente e presente no Continente Europeu. Não obteve resultados positivos.
América Latina	Após a Crise 1930	1940	Introduzido através da ONU e CEPAL	Planejamento Econômico, acelerar o crescimento nos países subdesenvolvidos.
		1961	Carta Punta del Leste – Uruguai – programa Aliança para o Progresso, promovida pela OEA	Planejamento econômico.
		1965	CENDES/OPAS (Plano Global da saúde da Venezuela) Publicação Científica nº 111	Embasado no trabalho de Testa e no modelo de plano econômico normativo.
		1972	Críticas ao método CENDES/OPAS	Proposta do Planejamento Estratégico - Matus
		1973	Publicação Científica nº 272 - OPAS	Fracasso do método CENDES/OPAS.
Brasil	Movimento da Reforma Sanitária (1980)	1975 1982 1983	Primeiras discussões sobre Planejamento; 1ª Reunião Nacional (ABRASCO) 1º Curso de Planejamento (ABRASCO)	Planejamento Estratégico (Matus e Testa)

QUADRO 1 – As origens do planejamento no tempo e no espaço e suas formas de planejamento.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A seguir, no sentido de orientar a pesquisa, faz-se necessário uma discussão sobre o planejamento normativo, conhecido também como tradicional ou ortodoxo, e suas várias tendências, até alcançar o planejamento estratégico idealizado por Testa e sistematizado por Matus.

2.2 O PLANEJAMENTO E SUAS ABORDAGENS

Testa conceitua o planejamento normativo com particular propriedade, como:

[...] um procedimento que tende a fixar normas de conteúdo racional, consistentes entre si, referentes a um momento futuro em que as metas quantificadas e situadas temporal e espacialmente são confrontadas com nenhuma opinião (de peso) contra elas, que o plano, em seu conjunto, não tem oponentes e que o planejador é um técnico a serviço do político, que trabalha em um escritório de planejamento que faz parte do governo para o qual o objeto do planejamento é o sistema sócio-econômico (TESTA, 1992, p. 91).

Ainda, Testa faz um exame minucioso na crítica realizada por Carlos Matus ao planejamento normativo. Segundo o autor, diz à crítica que não existe nessa forma de planejamento “categorias básicas de qualquer análise da sociedade. O que há é um governo que planifica suas decisões, com base nos conceitos econômicos da contabilidade nacional” (TESTA, 1992, p. 104).

O autor afirma que de acordo com a crítica de Matus, na construção do diagnóstico realizado no planejamento normativo só existe o governo como ator e que os verdadeiros atores sociais adotam as propostas do governo sem serem considerados anteriormente. Matus ainda refere que existe uma “separação da vida social em compartimentos estanques, isolados entre si, apesar das verbalizações em contrário” (TESTA, 1992, p. 105).

Ainda sobre o assunto, Testa destaca trecho de Matus em que o autor responde as críticas abordadas por outros autores sobre o seu próprio papel no governo, afirmando que “o planejamento societário não é, necessariamente, equivalente ao planejamento estatal” e que na sua proposta qualquer um dos atores pode planejar, transformando o planejamento em um espaço de discussão entre o governo e as forças opositoras. Destaca, ainda, o autor que no planejamento

normativo não é possível uma mudança estrutural, uma vez que não se examina a viabilidade dos aspectos político, econômico ou social (TESTA, 1992, p. 105).

Testa menciona em sua obra a opinião de Hassan Ozbekhan, Jay Forrester, Nicklas Luhmann, sobre o planejamento normativo, também chamado de ortodoxo, apresentando, ainda, sugestões para esse planejamento mais aprofundado, denominado pelos autores de planejamento racional sistêmico. O essencial dessa abordagem para Testa “é que se opera sobre estrutura e não sobre variáveis simples, que a predição é um meio que pode ajudar na delimitação de futuros desejáveis e que diferencia o planejamento de políticas e a análise da viabilidade dos aspectos operativos”. Ozbekhan, por sua vez, considera os problemas político e social, além do econômico, para a elaboração dos planos. A visão de Forrester é a de que essa forma de planificação “traça um plano para resolver um problema (ou um conjunto de problemas) que foram identificados na etapa diagnóstica”, enquanto Luhmann, “parte da consideração da relação entre o sistema social global e os diferentes subsistemas autônomos que nele estão englobados” (TESTA, 1992, p. 102).

Ao mesmo tempo, Testa descreve variações do planejamento racional sistêmico sob o olhar de outros autores, Stafford Beer e George Chadwick. A proposta de Stafford Beer está fundamentada na dificuldade de explicação de como funciona o sistema social, “donde decorre que uma estratégia de maximização do sistema complexo, que terá – diz ele - melhores oportunidades de sobrevivência e adaptação inteligente, com metas conflitivas”. Testa explica a visão de George Chadwick sobre o planejamento que deve buscar o impedimento de “trajetórias ruins e ampliar a matriz de escolha, o que é uma tarefa de pequena variedade, que pode ser realizada no nível do planejamento global [...]” (TESTA, 1992, p.102).

Com o aprimoramento do planejamento normativo através de críticas realizadas por diversos autores nos deparamos com o planejamento estratégico, concebido por Testa, que difere do anterior em todos os aspectos citados, cuja propriedade principal é a análise e construção do poder político como parte do planejamento. Para o autor o planejamento estratégico:

[...] não procura estabelecer normas, mas desencadear um processo permanente de discussão e análise dos problemas sociais, que leva a propor metas necessariamente conflitivas, porque se referem a interesses de grupos em luta, cada qual com planos próprios, de modo que o planejador faz parte de uma força social para a qual o objetivo do

planejamento está inscrito no marco da luta pelo poder (TESTA, 1992, p. 91).

Testa enfatiza os trabalhos realizados pela Escola de Frankfurt por parte de Jürgen Habermas, que expõe “um governo racional só pode ser constituído sobre a base de um processo realmente emancipador, que acumule motivações e vontade política, no nível da consciência do povo” (TESTA, 1992, p. 103).

Ainda em relação a essa corrente, o autor ressalta a proposta de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, cuja noção de situação é definida como sendo o lugar social onde está situado o ator e a ação e “as formas como estes se relacionam permite entender a maneira pela qual cada ator define e delimita a situação ou, em outros termos, explica a realidade em função de seu propósito”. Explica ainda que o planejamento situacional é um “traçado de mudanças situacionais, em um contexto de forças sociais oponentes. O ponto de partida é a situação inicial e a meta, a situação objetiva, à qual se pode chegar por diferentes trajetórias que implicam situações intermediárias diversas” (TESTA, 1992, p. 106 – 107).

Durante exposição na Conferência da Venezuela, em 1985, Matus tece algumas considerações sobre o planejamento situacional, quais sejam: (i) planifica quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir; (ii) a planificação refere-se ao presente; (iii) a planificação exige um cálculo situacional complexo que precede e preside a ação concreta; (iv) a planificação se refere a oportunidades e a problemas reais; (v) a planificação é inseparável da gerência; (vi) a planificação situacional, por definição é necessariamente política; (vii) a planificação nunca está referida à adivinhação do futuro; (viii) o plano é ‘modular’; (ix) a planificação não é monopólio nosso; (x) a planificação não domina o tempo e nem deixa se enrijecer por ele (MATUS, 1992, p. 110 – 121).

Não obstante, Testa tece comentários e críticas a sistematização do trabalho de Matus, afirmando que o que reduz a eficácia da sua proposta é que ele substitui a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política. Testa fala sobre a “necessidade de uma interpretação do momento que se está vivendo, anterior ao traçado do método de planejamento, donde resulta que o primeiro objeto de trabalho de um método histórico de planejamento é o método de planejamento” (TESTA, 1992, p. 108 – 109).

A proposta de Testa segue a linha do planejamento estratégico, sendo desenvolvida com base no momento histórico, postulado de coerência (relação existente entre propósitos, métodos e organização das instituições) e poder dos atores envolvidos objetivando concretizar uma mudança social. A sua proposta de planejamento integra “o cálculo tradicional (o diagnóstico e a proposta administrativa) com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e as repercussões sobre ela das ações propostas”. O autor busca uma aproximação com a abordagem de Habermas, segundo a qual: “criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação” (TESTA, 1992, p. 126).

Para o autor o plano adquire sentido “quando proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa, na qual o povo debate sua história e seu futuro”. Para ele “em especial a ciência social só é útil nas mãos do povo” (TESTA, 1992, p.104).

Em trabalho mais recente, elaborado durante o seu exílio, Testa faz uma crítica ao planejamento estratégico, evoluindo para um estudo sobre o pensamento estratégico, enfocando o poder (administrativo, técnico e político), a ideologia e a estratégia como aspectos fundamentais na análise do planejamento em saúde.

O poder prejudica o desenvolvimento da sociedade, diz ele, que “a sociedade progride quando elimina as relações de dominação, em todos os níveis onde esta forma de poder esteja localizada”. (TESTA, 1992, p. 28) Nesse sentido, Testa passa a pensar no planejamento em saúde enfatizando a viabilidade política na perspectiva de uma transformação na sociedade.

Testa não considera a estratégia como um modo de atingir um objetivo, “mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho.” Ele destaca a definição de Beaufre sobre a estratégia, que diz: “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação” (BEAUFRE, apud TESTA, 1995, p. 15).

O autor afirma que todo planejamento começa com a elaboração de um diagnóstico de situação no sentido de melhorar a situação inicial. Para ele o diagnóstico deve ser observado sob o âmbito administrativo, estratégico e ideológico, devendo cada diagnóstico corresponder “aos propósitos e aos âmbitos: o administrativo ao crescimento e às atividades de serviço, o estratégico à mudança e aos conflitos, o ideológico à legitimação e à sociedade” (TESTA, 1995, p. 210).

Segundo Giovanella, Testa avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensamento estratégico, que é um pensamento sobre o poder, em virtude de “pensar a relação de poder não apenas como repressão, mas também como ideologia”. Faz, ainda, uma crítica ao trabalho de Testa em relação à ausência de um método para instrumentalizar o planejamento estratégico (GIOVANELLA, 1990, p. 135 – 136).

Em suma, a figura a seguir apresenta a evolução das várias abordagens do planejamento comentadas anteriormente.



FIGURA 1 – Evolução do Planejamento.
Fonte: Elaborado pelas autoras.

O próximo texto apresenta a situação do planejamento no Brasil a partir de 2006, com o processo de implantação do Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), sua fundamentação legal e conceitual além de orientar sobre os instrumentos básicos para a sua concretização.

3 O PLANEJASUS – SITUAÇÃO ATUAL DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

**3 O PLANEJASUS - SITUAÇÃO ATUAL DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO
BRASIL**

No Brasil encontra-se em processo de implantação o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PLANEJASUS), que começou a ser construído em meados de 2004 e a implantação ocorreu em 2006, com a instalação do Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria Nº. 251/2006, com a finalidade de planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde.

De acordo com a Portaria nº 3.085/2006 do Ministério da Saúde, o PLANEJASUS é um “sistema de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento, nas três esferas de governo, tendo em conta as diversidades existentes, visando contribuir com a resolubilidade e qualidade da gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

Este assunto faz referência às bases legais e conceituais do PLANEJASUS, menciona e tece orientações essenciais sobre os seus instrumentos básicos de planejamento.

3.1 FUNDAMENTAÇÃO DO PLANEJASUS

O PLANEJASUS tem como base as Leis Orgânicas da Saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. O inciso XVIII, do Art. 16, da Lei nº 8.080/90, determina que é de competência da esfera nacional “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990).

A citada Lei consagra, ainda, o Capítulo III, do Título V, ao planejamento e orçamento. O Art. 36 desse Capítulo ressalta o princípio de unicidade do SUS, segundo o qual será ascendente o processo de planejamento e orçamento do SUS, sendo elaborado do “nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990).

O § 1º, do Art. 36, da Lei nº 8.080/90, determina que os planos “serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento será previsto na respectiva proposta

orçamentária”. E, no § 2º proíbe, salvo em situações emergenciais e de calamidade pública na saúde, “a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde” (BRASIL, 1990).

O Art. 37, da mesma lei, estabelece que seja de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde (CNS) determinar “as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990).

Em relação à Lei nº 8.142/90, os incisos III e IV, do seu Art. 4º, vinculam o recebimento dos recursos à obrigatoriedade da elaboração pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, do plano de saúde e relatórios de gestão (BRASIL, 1990).

Também os artigos 3º, 6º e 9º discorrem sobre planos, programações e relatórios de gestão estabelecidos no Decreto nº. 1.651/95, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (BRASIL, 1995).

Igualmente a Portaria nº. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e a Portaria nº. 699/2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, editadas pelo Ministério da Saúde, tratam também do planejamento em saúde.

Segundo a Portaria nº 399 do Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, quais sejam: (i) “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”; (ii) “integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo”; (iii) “institucionalização e o fortalecimento do PLANEJASUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”; (iv) “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes”; e (v) “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS” (BRASIL, 2006).

Ainda no Pacto pela Saúde, no item 3 do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, destacam-se os compromissos em relação ao planejamento referente aos entes federados: (i) “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base

local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”; (ii) “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”; (iii) “elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente” (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS e a Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, aprova orientações para elaboração e aplicação de instrumentos básicos de planejamento desse sistema, ficando revogada a Portaria nº. 548/2001, que aprovava orientações sobre esse assunto.

Ainda em relação ao arcabouço legal, citamos as seguintes Portarias: Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007 que institui incentivo financeiro para o PLANEJASUS; Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG) das três esferas de gestão; e Portaria nº 1.510, de 25 de julho de 2007, que desvincula o repasse do incentivo financeiro para o PLANEJASUS da adesão do Pacto pela Saúde.

Faz-se necessário citar os quatro volumes da série cadernos de planejamento do Sistema de Planejamento do SUS, uma construção coletiva, elaborado com a participação das três esferas de governo, resultado das Oficinas Macrorregionais realizadas em 2005 e promovidas pelo Ministério da Saúde, têm o objetivo de servir como guia para a implementação do PLANEJASUS, orientando sobre a organização e funcionamento do planejamento, incluindo o monitoramento e a avaliação: volume 1 – Organização e funcionamento; volume 2 – Instrumentos básicos; volume 3 – Estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da Saúde; volume 4 – Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde 2004-2007. Um pacto pela saúde no Brasil.

Examina-se a seguir a construção do Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumentos de gestão que dão concretude ao PLANEJASUS.

3.2 INSTRUMENTOS BÁSICOS DE GESTÃO

O Ministério da Saúde afirma em sua Portaria nº 3.332 que a concretização do PLANEJASUS “está baseado, inicialmente, na formulação e ou revisão periódica dos instrumentos: Plano de Saúde (PS) e a sua respectiva Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG)”. Esclarece que esses instrumentos devem ser claros e precisos, para que possam facilitar o entendimento dos gestores, trabalhadores, usuários e toda a sociedade, uma vez que diz respeito à população. Ressalta ainda, que “esses instrumentos devem ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2006).

Estabelece ainda que os instrumentos básicos devem ser compatíveis com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), observando-se os períodos estabelecidos para a sua elaboração (BRASIL, 2006).

Desse modo, até o dia 30 de agosto do primeiro ano de governo, o Poder Executivo deve elaborar o PPA, cabendo ao Poder Legislativo a sua aprovação até o dia 15 de dezembro do mesmo ano. A LDO, por sua vez, deve ser apresentada anualmente pelo Governo até o dia 30 de abril e a LOA deve ser apresentada anualmente pelo Executivo Federal ao Legislativo até o dia 30 de agosto; Estados e Municípios devem fazê-lo até 30 de setembro. Salienta-se que os prazos e decisões das Conferências e Conselhos de Saúde também devem ser compatíveis com os prazos determinados acima (BRASIL, 2007).

Observa-se que, considerando dispositivos constitucionais e legais o prazo estabelecido para a elaboração e apresentação do Plano ao Conselho Estadual de Saúde é até o mês de junho no primeiro ano de mandato do gestor e suas revisões anuais também. Assim, o processo de formulação deve iniciar logo no começo desse governo (BRASIL, 2007).

A Portaria nº 3.332/2006 determina que o Plano de Saúde, bem como as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem “possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira” (BRASIL, 2006).

Como o Plano de Saúde é o objeto deste estudo, esse tema será mais aprofundado do que a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

No que se refere à gestão, a organização do planejamento é um desafio para o PLANEJASUS, segundo Estimativa Populacional 2003/IBGE “[...] cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que, 48%, menos de 10 mil, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda precária [...]” (BRASIL, 2007, v. 1, p.19).

O Plano de Saúde, além de ser um instrumento estratégico para o funcionamento efetivo do PLANEJASUS, serve de base para outros instrumentos de planejamento. “Por isso, deve ser formulado mediante processo cuidadosamente organizado e que possibilite a maior participação social possível” (BRASIL, 2007, v. 1, p. 51).

O Ministério da Saúde ainda destaca alguns aspectos que devem ser observados durante a construção dos planos, em virtude de não ser possível um modelo pré-definido, uma vez que cada município tem sua realidade: o processo “ascendente de formulação do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS, assim como a participação social e direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 8).

Ainda sobre essas orientações, o Ministério da Saúde explica que a estrutura mínima do plano compreende dois momentos e três eixos orientadores: primeiro momento, a análise situacional e o segundo, a formulação dos objetivos, diretrizes e metas, e que ambos os momentos deverão ter três eixos orientadores, a saber, “condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 20).

O Ministério da Saúde define 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, expressos em objetivos, diretrizes e metas”. Em suma, o plano apresenta as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde, além de servir de guia para a “execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde”. Diz ainda que, “além de ser uma exigência legal é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, meio importante de se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 16).

Quanto à definição da análise situacional o Ministério da Saúde explica que “consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade” e conclui que o seu objetivo “é permitir a

identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades”. Ainda, esclarece que considera como problema de saúde “uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 20).

Em relação ao segundo momento do Plano de Saúde, já citado anteriormente, ou seja, a formulação dos objetivos, diretrizes e metas, o Ministério da Saúde relata algumas considerações. Os objetivos “expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados”. Ainda reforça dizendo que os objetivos “têm a ver também com os resultados do processo de análise de sua viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e realização da análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo”. Conclui dizendo que, “se bem formulado, o objetivo descreverá a situação a ser alcançada” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 24).

As diretrizes “são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas” e são expressas “sob a forma de um enunciado-síntese que visa delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 25-26).

As metas, por sua vez, “concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”. “Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 25-26).

É de suma importância esclarecer que “as ações e outros elementos que dão conseqüência prática ao Plano, não são objeto de definição no Plano, devem ser explicitados na Programação Anual de Saúde”, conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, v. 1, p. 51).

Segundo a Portaria nº 3.332/2006, a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que “operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

A Programação coincide com o ano orçamentário, isto é, um ano calendário, e deve ser compatível com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, observando-se os prazos determinados para a elaboração desses instrumentos. E ainda, conforme orienta o Ministério da Saúde, é de responsabilidade da equipe de planejamento acompanhar todo o

processo e consolidar a Programação Anual de Saúde. Ressalta-se que a cada programação anual deve corresponder o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2007).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) “é o documento que serve para avaliar o Plano anterior e subsidiar a elaboração do novo Plano”. Também deverá ser construído na “conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde, além de ser um instrumento das ações de auditoria e de controle (BRASIL, 2007, v. 2, p. 30).

A Portaria nº 3.332/2006 afirma que o RAG deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente (BRASIL, 2006).

A avaliação do Plano, além de ser de grande importância para a implementação e consolidação do SUS, trata-se de um mecanismo estratégico para o aperfeiçoamento da gestão e para a resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população. Entende-se por avaliação o processo permanente, essencial e indispensável da gestão, uma vez que tem o objetivo de manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção as metas propostas. Findo o prazo de vigência do Plano, procede-se a sua avaliação através de documento específico. Os Relatórios de Gestão são importantes subsídios para a realização da avaliação, que após a sua conclusão deve ser apresentada e discutida no Conselho de Saúde correspondente (BRASIL, 2007, v.2, p.37).

No intuito de facilitar o entendimento das informações anteriores, o Quadro 2 propõe uma sistematização dos instrumentos de planejamento em relação à construção e aos prazos estabelecidos para a sua elaboração.

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	ESTRUTURA MÍNIMA	PRAZOS
------------------------------	------------------	--------

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	ESTRUTURA MÍNIMA	PRAZOS
Plano de Saúde (PS) – Para um quadriênio	<ul style="list-style-type: none"> • Análise situacional; • Objetivos, diretrizes e metas. <p>Os eixos norteadores para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condições de saúde da população; • Determinantes e condicionantes de saúde; e • Gestão em saúde. 	Apresentar ao CES/PE até o mês de junho, no primeiro ano de mandato do gestor.
Programação Anual de Saúde (PAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das ações anuais e as respectivas metas; • Identificação dos indicadores; • Definição dos responsáveis e das parcerias; • Definição dos recursos orçamentários; 	Adequar a PAS (último ano do PS) aos seus compromissos, refletindo a sua 1ª PAS. Mesmo prazo do PS.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado da apuração dos indicadores; • Análise da execução da programação (física e orçamentária / financeira); • Recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação). 	Até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.
Avaliação do PS	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese do processo de construção do Plano; • Avaliação do cumprimento das metas do PS; • Avaliação do impacto da implementação do Plano; • Apresentação de recomendações; 	Início de Governo. A avaliação é realizada pelo gestor que está assumindo.

QUADRO 2 – Estrutura mínima dos instrumentos de planejamento e os prazos para a sua construção.
 Fonte: Elaborado pelas autoras.

O próximo tópico refere-se à metodologia adotada, incluindo a caracterização e definição do ambiente de estudo. Também são explicitadas as fontes e instrumentos de coletas de dados, critérios para definição dos sujeitos da pesquisa e as considerações éticas.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE

O Estado de Pernambuco está localizado na Região Nordeste do Brasil, possui 184 municípios e o território de Fernando de Noronha, possuindo uma área de 98.938 km², uma população de 8.590.845 habitantes (Datusus-2007), sendo 4.151.276 do sexo masculino e 4.439.569 do sexo feminino. Dessa população 47% concentra-se em 10 municípios acima de 100.000 habitantes. Apresenta diferentes formas de divisão territorial dentre as quais se destaca a político-administrativa, que corresponde às onze Gerências Regionais de Saúde (GERES), e a divisão regional adotada pelo IBGE, que divide o estado em cinco mesorregiões geográficas: Metropolitana, Mata, Agreste, Sertão e Sertão do São Francisco.

O litoral pernambucano é banhado pelo Oceano Atlântico e possui uma extensão de 187 quilômetros, desde a barra do Rio Goiana, ao norte, até a foz do Rio Persinunga, ao sul.

O povo pernambucano foi formado, basicamente, por três grupos étnicos: branco, negro e o índio.

As principais atividades produtivas de Pernambuco são serviços, agricultura, pecuária, indústria e mineração, que representam reais potencialidades de desenvolvimento regionais tendo sido adotadas pelo Governo do Estado de Pernambuco como estratégia de inclusão social.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Segundo Minayo (1994, p.21), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, preocupa-se “com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.”

Minayo (1994, p.25) explica ainda, sua preferência pela abordagem qualitativa influenciada pela corrente da Dialética que:

[...] considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam.

O trabalho é uma realização de um estudo de caso, com proposta de metodologia qualitativa uma vez que responde as questões colocadas, por ser a que se adapta ao trabalho pretendido.

4.3 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Para a análise e compreensão do objeto de estudo do referido trabalho foram empregadas na investigação as técnicas mencionadas abaixo:

(i) Revisão da literatura - A pesquisa bibliográfica é de fundamental importância para qualquer investigação, pois é fonte de conhecimento e embasamento para o desenvolvimento do trabalho. De acordo com Minayo (1994, p.53), “ela visa criar novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que já se encontra produzido”. Nesse sentido, foram examinados livros, textos, manuais operacionais e técnicos das políticas de saúde, instrumentos normativos, acesso à internet, uso de sistemas como BIREME e suas bases de dados (LILACS e MEDLINE). Essa forma de investigação foi utilizada durante todo o percurso do presente trabalho com o intuito de desenvolver e aperfeiçoar o assunto em pauta.

(ii) Análise documental – No decorrer do trabalho foram consultadas normas, leis e documentos institucionais como Planos de Saúde Federal, Estadual e Municipal, Relatórios de Gestão, Relatórios de Conferências Estaduais e Atas de Reuniões.

(iii) Entrevista – Segundo Minayo, (1994, p. 58), essa técnica é de suma importância para pesquisa qualitativa uma vez que está relacionada aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. Nesse estudo foi utilizada a entrevista *semi-estruturada*, na qual o “informante aborda livremente o tema proposto”, bem como

“pressupõe perguntas previamente formuladas” (MINAYO, 1994, p. 58). Diante disso, foram utilizados um Questionário (APÊNDICE A) e um Roteiro de Entrevista (APÊNDICE B). Inicialmente, para alcançar o maior número de respostas, as pesquisadoras explicaram os objetivos e a importância do estudo antes da aplicação do questionário, bem como, apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura do entrevistado. O questionário está composto de duas perguntas objetivas de múltiplas escolhas. O questionário foi preenchido pelas pesquisadoras de acordo com a resposta do entrevistado, que participou voluntariamente da pesquisa.

O Roteiro da Entrevista contém cinco abordagens que guiaram as discussões sobre o tema proposto com o intuito de levar o entrevistado a um processo de reflexão sobre o assunto. As entrevistas foram gravadas e transcritas, exclusivamente, após o consentimento dos sujeitos da pesquisa.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram distribuídos em quatro grupos, classificados por cargo/função/representação. Foram entrevistadas 15 pessoas, distribuídas da seguinte maneira:

- Grupo A (03 gestores);
- Grupo B (06 gerentes);
- Grupo C (03 técnicos);
- Grupo D (03 Membros do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE), sendo um do segmento do usuário, um do segmento dos trabalhadores de saúde e um do segmento dos prestadores de serviço).

(i) Critérios de Exclusão

Não foram considerados como sujeitos da pesquisa os indivíduos que faltaram a mais de três encontros agendados com as pesquisadoras, sendo substituídos automaticamente.

(ii) Critérios de Inclusão

Os sujeitos que estavam participando direta ou indiretamente da elaboração do Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi autorizado pelo Exmo. Senhor Secretário Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, através da Carta de Anuência, datada de 18 de junho de 2008 (APÊNDICE - C), tendo sido entregue cópia ao participante. Esse estudo está de acordo com o artigo 2º, capítulo IX da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CEP/CPqAM/FIOCRUZ sob o registro nº 47/08 para apreciação sendo aprovado em 03 de julho de 2008. Foi garantido aos entrevistados sigilo absoluto da sua identidade, além do direito de ausentar-se da pesquisa, conforme sua vontade, a qualquer tempo, sem nenhuma penalização, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE - D), emitido em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra permanecerá com as pesquisadoras.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Nessa fase a nomenclatura '*análise*' aqui utilizada será considerada como "o de olhar atentamente para os dados da pesquisa" que compreende a análise dos dados incluindo também a sua interpretação (MINAYO, 1994, p. 68).

Inicialmente, foi realizada a ordenação dos dados que foram coletados durante o trabalho de campo. Em seguida procedeu-se à classificação dos elementos por categoria e elaborando-se, por fim análise final, que compreendeu uma relação entre os dados e o saber teórico no sentido de responder as

formulações contidas nesse trabalho através dos objetivos propostos (MINAYO, 1994).

Para a análise, os dados colhidos foram organizados e apresentados em forma de figuras, quadros e tabelas, utilizando como ferramenta o programa Excel.

No assunto seguinte apresentam-se os resultados da análise documental e da entrevista. Em relação à análise documental descreve-se o estadiamento do processo de implantação do PLANEJASUS no estado de Pernambuco, bem como, a construção e estruturação do PES 2008/2011.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Este texto inclui dois momentos. No primeiro momento registra-se o resultado da análise documental referente ao processo de implantação do PLANEJASUS em Pernambuco, bem como a construção e conformação do PES 2008/2011. No outro momento, procede-se a sistematização resultante da análise das entrevistas.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

5.1.1 Estadiamento do PLANEJASUS em Pernambuco

O processo de adesão ao Pacto pela Saúde do Estado de Pernambuco encontra-se em andamento, sendo aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), através da Resolução CES/PE 402/2008, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme a Resolução CIB/PE 1.229/2008, e encaminhado ao Ministério da Saúde para homologação. O Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria 399/2006, no item 4 do Anexo II da referida Portaria, apresenta os pontos essenciais de pactuação e diretrizes operacionais do PLANEJASUS.

O Estado de Pernambuco, através de dois representantes da Superintendência de Planejamento (SUPLAN) vem participando, desde 2005, das oficinas macrorregionais, que tem como objetivo a construção, revisão e atualização do documento do PLANEJASUS.

O PLANEJASUS encontra-se em fase de implantação na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Não está formalmente institucionalizado e não foram estabelecidos mecanismos básicos de sua organização e funcionamento, como também, não está provido de estrutura e infraestrutura para o desenvolvimento da atividade do planejamento. Atualmente, os

profissionais designados para compor a equipe de construção do PES são técnicos lotados em outros setores do planejamento.

5.1.2 Processo de construção do PES 2008/2011

Foi instituída pela SUPLAN uma Comissão de Elaboração do PES 2008/2011 composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), como também foi designado um Grupo de Apoio Operacional formado por técnicos da SUPLAN, com o objetivo de implementar a construção do referido Plano.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011 está em processo de construção, tendo início durante o mês de novembro de 2007, após a conclusão do Plano Plurianual (PPA) 2008/2011. A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), através da equipe técnica da Superintendência de Planejamento (SUPLAN), articuladora do processo do referido documento, elaborou uma proposta de roteiro para construção do PES 2008-2011.

Em dezembro de 2007 foram apresentadas e discutidas as diretrizes do Plano e a proposta de roteiro acima mencionada. Também, foi apresentado e orientado o preenchimento de um modelo de matriz para a elaboração do Plano. Esses documentos foram aprovados pelo CES e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Cada área da Secretaria preenche uma matriz composta dos seguintes campos: eixo prioritário, linha de ação, objetivo, diretrizes e metas.

Em síntese, destacamos abaixo o fluxo de construção do PES 2008/2011.

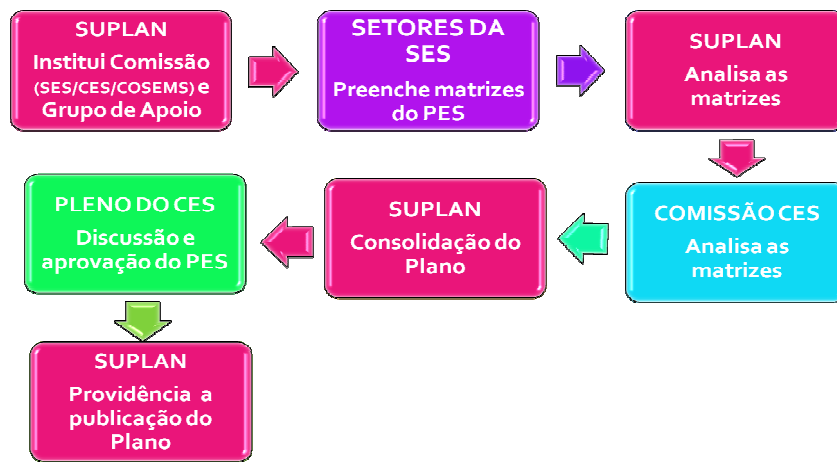


FIGURA 2 – Síntese do Fluxo de Construção do PES/PE 2008/2011.
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observa-se que, durante a análise das matrizes as contribuições indicadas são compatibilizadas com o PPA 2008/2011, PES 2005/2007, PNS 2004/2007, Pacto de Indicadores 2008, Propostas da VI Conferência Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (VI CES) e Relatório Anual de Gestão/2007.

Ressalta-se que, na maioria das vezes, as matrizes recebidas chegam com uma formatação muito diferente do que foi orientado. Assim, a Equipe de Análise Documental, além da compatibilização com documentos inerentes a construção de planos, realiza a adequação do documento em relação ao que preconiza o PLANEJASUS.

A partir de fevereiro de 2008 foi iniciada a realização de reuniões sistemáticas semanais da Equipe de Análise Documental, com o objetivo de discutir as matrizes do Plano, além de propor estratégias para implementar os trabalhos referentes ao PES 2008/2011.

No sentido de implementar a construção do Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2008/2011, o Estado de Pernambuco em parceria com o Ministério da Saúde, promoveram em 2008 dois encontros de planejamento a fim de apresentar e discutir estratégias de construção de Planos de Saúde, à luz do Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), bem como apresentar o roteiro de construção do Plano Nacional de Saúde 2008/2011.

Salienta-se que foi realizada reunião com a participação da Comissão Técnica do PES e a Comissão de Acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde com o objetivo de definir um cronograma de trabalho durante essa fase de

análise das matrizes pela Comissão do CES, além de propor estratégia e cronograma de aprovação do PES 2008/2011 pelo Pleno do Conselho.

Quanto à dinâmica do trabalho, o Quadro 3 detalha a rotina utilizada para a análise das matrizes do PES 2008/2011.

ROTINA	EQUIPE SUPLAN	SETOR SES	COMISSÃO CES	CES
1. Orienta setor da SES e entrega a matriz PES para preenchimento				
2. Recebe matriz que após o seu preenchimento devolve para equipe SUPLAN				
3. Realiza análise minuciosa na matriz				
4. Discute a matriz já analisada com o setor responsável				
5. Recebe matriz e leva para discutir as sugestões com a sua equipe				
6. Recebe a matriz do setor, faz uma revisão, podendo concluir o trabalho de análise ou não*				
7. Se não concluído o trabalho de análise devolve para o setor da SES para os ajustes necessários				
8. Se sim envia matriz para a comissão do CES				
9. Analisa a matriz e devolve para a equipe SUPLAN				
10. Consolida o documento e agenda reunião com o CES				
11. Aprecia e aprova o PES 2008/2011				

QUADRO 3 – Dinâmica de trabalho para a construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011. Pernambuco 2008. Fonte: Elaborado pelas autoras.

*Nota: Em alguns casos, dada à complexidade do tema e a legislação pertinente são necessários dois ou três encontros com os técnicos ou gestores.

5.1.3 Estruturação do PES 2008/2011

O desenho do Plano define os objetivos, diretrizes e metas a serem buscados no período de 2008/2011, que atendessem às necessidades da população, baseados na análise situacional e que servissem de guia para os gestores, técnicos e controle social. Vale salientar, como já foi dito anteriormente, que o plano está em processo de construção.

O Plano Estadual de Saúde 2008/2011 está estruturado em quatro partes:

(i) princípios que orientam o PES; (ii) síntese da análise situacional da saúde em

Pernambuco; (iii) objetivos, diretrizes e metas para o período de 2008/2011; e (iv) gestão, monitoramento e avaliação do PES.

Os objetivos, diretrizes e metas são apresentados segundo os seguintes eixos prioritários: (i) Atenção à Saúde, (ii) Gestão em Saúde, (iii) Investimento em Saúde, (iv) Gestão do Trabalho, (v) Vigilância em Saúde e (vi) Controle Social.

5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A segunda parte deste capítulo compreende a apuração dos resultados decorrentes das entrevistas e questionários aplicados durante o trabalho de campo. Assim, após a coleta e tabulação das informações, foi realizada a sistematização dos dados.

Os resultados da pesquisa foram distribuídos em três momentos: caracterização dos sujeitos da pesquisa, análise das dificuldades e bases legais e conceituais.

No primeiro momento, apesar de não configurar objeto do trabalho, os dados colhidos permitiram realizar uma caracterização dos sujeitos, no sentido de vislumbrar o perfil do entrevistado. Eles foram dispostos de acordo com sexo, faixa etária, formação acadêmica, categoria funcional e tempo de experiência no serviço (APÊNDICE E: Tabela 1 - Caracterização do Sujeito da Pesquisa).

Analisando os sujeitos da pesquisa, verificou-se que em sua maioria (87%) representam o sexo feminino, ficando os 13% restantes destinados ao sexo masculino.

Quanto à faixa etária, 80% dos entrevistados têm idade entre 40 e 59 anos, destes, 53% se concentram na faixa etária dos 40 a 49 anos e os 27% restantes estão dentre 50 a 59 anos.

Quanto ao nível de escolarização, em sua maioria (87%) possuem formação superior, sendo que apenas 27% têm pós-graduação.

Em relação à categoria funcional, os sujeitos da pesquisa foram distribuídos em 04 grupos, sendo 40% representantes de gerentes gerais e de unidades e os outros três grupos, cada qual com 20%, que se referem aos gestores, técnicos e controle social.

Em se tratando do tempo de experiência no serviço, nota-se que existe uma maior parte (40%) relativa ao período de 1 a 5 anos, que tem um tempo de serviço na Secretaria Estadual relativamente menor em relação aos 33% dos profissionais que já trabalham na Secretaria há mais de 10 anos. Saliencia-se que essa análise não é significativa em relação ao universo de funcionários da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, lotados no Nível Central, uma vez que a referida pesquisa se restringiu a apenas 15 pessoas com o objetivo de representar as áreas da Secretaria (ANEXO A – Estrutura Organizacional da SES - Decreto nº. 27.592 de 31 de janeiro de 2005).

No segundo momento foi realizada a análise das dificuldades, identificando-se a quantidade de dificuldades por sujeito, a classificação por dificuldade mais citada e o grau de superação, indicando as dificuldades superadas, superadas em parte ou não superadas, (APÊNDICE F: Tabela 2 - Análise das dificuldades do Plano Estadual de Saúde 2008-2011).

Quanto à pergunta que questiona se “foram encontradas dificuldades na elaboração do Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco 2008/2011 e se essas dificuldades foram superadas, não foram superadas ou foram superadas em parte”, verifica-se o que segue abaixo:

- (i) Registra-se que apenas uma minoria não soube responder a essa pergunta, uma vez que não participaram diretamente da equipe de construção do Plano, no entanto eles puderam opinar sobre as outras questões;
- (ii) Apenas um entrevistado não encontrou dificuldade no processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde, que, segundo ele, tal fato deve-se a sua equipe que “tem um perfil na área de gestão e planejamento. A gente já tem uma experiência nos planos estaduais, na elaboração, na participação”.

De maneira geral os entrevistados confirmaram as dificuldades que estavam relacionadas no questionário, apontando como problemas que dificultam a construção do Plano Estadual de Pernambuco 2008/2011: (i) Insuficiência de pessoal com preparo técnico na Secretaria Estadual de Saúde; (ii) Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos; (iii) Dificuldade para definir as ações a serem executadas; (iv) Dificuldades para definir objetivos e metas a serem atingidos; (v) Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano. Verifica-se também que uma parte significativa dos participantes citou entre quatro a seis dessas dificuldades.

Abaixo, se faz uma análise comparativa em relação ao grau de superação das dificuldades referidas pelos sujeitos da pesquisa:

- (i) Diante da análise, percebe-se que os entrevistados apontaram como fator que mais dificulta na elaboração dos planos de saúde é a “definição dos objetivos e metas a serem atingidos”. E ainda, verifica-se que uma maior parte opinou no sentido dessa dificuldade ter sido superada em parte;
- (ii) A segunda mais aludida foi a “Dificuldade para definir as ações a serem executadas”, uma menor parte a considerou como dificuldade não superada; do restante, metade julgou a dificuldade superada e a outra metade superada em parte;
- (iii) Quanto à “Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos” foi mencionada por um pouco mais da metade dos entrevistados. A opinião ficou dividida entre dificuldade superada e dificuldade superada em parte;
- (iv) A dificuldade “Insuficiência de pessoal com preparo técnico na Secretaria Estadual de Saúde” foi citada por quase metade dos entrevistados; destes, uma parte significativa considerou como uma dificuldade não superada;
- (v) A dificuldade menos mencionada pelos entrevistados foi a “Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano”, citada por menos da metade; destes, a metade considerou como uma dificuldade superada em parte.

Além das dificuldades já analisadas, a maior parte dos entrevistados sentiu a necessidade de colocar outros problemas que não estavam relacionados no questionário. São apreciações construtivas com a visão do coletivo que tem o objetivo de colaborar na tentativa de sanar essas dificuldades, no sentido de aprimorar o entendimento em relação aos instrumentos de planejamento, indiscutivelmente fundamentais para toda gestão.

Essas opiniões foram classificadas pela maioria dos entrevistados como dificuldades ainda não superadas, mas que dificultam na construção do Plano Estadual de Saúde. São elas: prazos estreitos para a sua elaboração; carência de pessoal na Secretaria Estadual de Saúde; entendimento que o Plano é um documento meramente cartorial, informações contraditórias na orientação dos planos; participação insuficiente do grupo decisório na construção do plano; atraso na elaboração do PES 2008-2011; e, falta de compatibilidade entre o plano e outros documentos que são construídos à luz dele.

Diante da análise efetuada após as entrevistas, foram examinadas as respostas referentes ao processo de construção, como também o entendimento sobre as bases legais e conceituais que fundamentam o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, principal objetivo deste trabalho (APÊNDICE - G: Tabela 3 - Entendimento das bases legais e conceituais).

No que se refere à pergunta “Em sua opinião, para que serve o Plano Estadual de Saúde?”, nota-se que todos os profissionais envolvidos nessa pesquisa já tinham se apropriado desse conhecimento com bastante segurança. Observa-se que de um modo geral havia um entendimento dos profissionais em relação à importância e necessidade de um plano para o gestor, técnico, controle social e a sociedade como um todo, uma vez que o Plano é um instrumento norteador da política de saúde, define as intenções do governo, orienta a elaboração das ações e sua execução e definem objetivos e metas a serem alcançados.

Sobre esse tema, foi muito bem colocado por este entrevistado o seu entendimento do que vem a ser um plano:

O Plano Estadual de Saúde é um documento de formulação de intenções políticas de saúde do estado que tem como função primordial orientar a gestão nas diretrizes, na aplicação dos recursos, na execução de uma política de acordo com o perfil de morbimortalidade da população. É um documento inclusive de supervisão, fiscalização e controle social (Entrevistado 08, informação verbal).

Na pergunta seguinte “De acordo com a sua experiência no serviço quais são as bases que fundamentam o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011?”, nenhum entrevistado respondeu de maneira clara e completa a essa pergunta. Percebe-se que a maioria dos entrevistados se detinha mais em colocar a forma que construíam seus planos de acordo com uma fundamentação técnica ou política e quando falavam sobre as bases legais direcionavam de uma maneira geral para as diretrizes e princípios do SUS. Um entrevistado disse que preferia não responder.

Quanto à questão “Em sua opinião o grupo de trabalho que elaborou o plano recebeu algum tipo de orientação?”, um pouco mais da metade respondeu que sim. No entanto, sentiram que poderia haver um maior aprofundamento dessas orientações, enquanto que uma parte menor disse que não teve orientação. Uma pequena minoria dos entrevistados não soube responder por não terem participado diretamente do processo de construção do plano.

Nesta pergunta, “No seu entendimento, como ocorreu o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011?”, a maior parte dos sujeitos da pesquisa julgou que, apesar das dificuldades, o processo de construção do Plano Estadual de Saúde vem ocorrendo de forma participativa, incluindo todas as áreas técnicas da SES e o controle social em todas as etapas, desde a criação da estrutura do Plano até o seu desenvolvimento, com o diagnóstico, as ações, os objetivos e as metas. Apenas um entrevistado disse que não sabia informar e uma menor parte mencionou que o processo foi um pouco atropelado.

A propósito da última pergunta que compõe o Roteiro de Entrevista, “Além dos elementos citados o que você gostaria de registrar a respeito da elaboração do Plano Estadual de Saúde?”, apesar de ser uma questão onde o entrevistado tinha a opção de não registrar, todos tiveram vontade de opinar; alguns reforçaram as suas colocações, enquanto outros puseram suas expectativas.

Mais de um entrevistado realçou a participação do controle social como um avanço importante durante a construção do PES 2008/2011:

[...] eu acho que o pano de fundo disso, para mim, é a riqueza da construção, é ele ter sido construído por vários olhares, diversas formas, a diversidade desse conjunto que foi formado para a construção do plano (Entrevistado 08, informação verbal).

Este entrevistado fez uma analogia entre os planos anteriores que adotavam o modelo de planejamento normativo e o plano atual, que segue a linha do planejamento estratégico:

Eu acho que esse plano, da forma como ele está construído, de forma colegiada, ele permite, ele deixa de ser, repito mais uma vez, uma mera formalização, um mero documento normativo cumprindo uma definição arbitrária, muitas vezes verticalizada do Ministério da Saúde, para passar a ser um instrumento que tenha a cara de Pernambuco [...] (Entrevistado 01, informação verbal).

Outro entrevistado destacou o trabalho realizado por uma assessoria em relação ao diagnóstico de saúde “[...] a gente tem um plano baseado em informações consistentes e aí a possibilidade de êxito aumenta” (Entrevistado 02, informação verbal).

Aproveitando o momento, este entrevistado enfatizou o compromisso, a discussão técnica e entrosamento da atual equipe do PES e como sugestão propôs capacitação para os técnicos em planejamento:

Então, eu acho que houve esse aumento de compromisso, de entendimento, de participação, uma discussão mais técnica entre a equipe que elaborou mesmo, que no ano passado não foi tanto como este ano, foi

uma melhora muito grande e a gente precisa que, quando terminar o plano, o técnico de planejamento continue sendo treinado para que no próximo já as falhas de agora não sejam repetidas e esse treinamento infelizmente a gente ainda não tem muito fácil (Entrevistado 04, informação verbal).

O entrevistado seguinte coloca o entendimento por parte dos profissionais de saúde em relação ao plano:

Eu acho que se a gente tivesse mais capacidade de trabalhar ele (Plano) enquanto um instrumento que nos ajudasse e não um instrumento que nos atrapalhasse, que nos dá mais trabalho, não, ele era um instrumento para facilitar nosso trabalho, então eu acho que a gente não tem essa cultura de vê-lo dessa forma, como uma coisa que vai nos ajustar [...] (Entrevistado 05, informação verbal).

Enquanto este entrevistado resolveu depositar as suas esperanças em relação ao plano:

Meu registro seria, em termos de expectativas, que a gente pudesse avançar na gestão do SUS, de forma que o Plano Estadual de Saúde fosse realmente um instrumento orientador das ações de saúde e que houvesse um maior interesse na participação da gestão na elaboração desse importante instrumento de planejamento (Entrevistado 06, informação verbal).

A fala deste entrevistado sugere que seja estipulado um prazo maior para a construção do plano:

Esse plano, a partir de um planejamento que ele seja mais antecipado, eu acho que é uma coisa muito em cima da hora e que realmente tenha a participação do conjunto dos trabalhadores, tenha representações das áreas das secretarias, maior articulação (Entrevistado 07, informação verbal).

O entrevistado seguinte aborda a importância da construção do plano de forma ascendente, observando as informações municipais e regionais:

Eu acho até que deveria ter alguma coisa de plano regional porque a regional tem suas singularidades e eu entendo que cada regional deveria elaborar sua própria proposta de trabalho e com base nessas informações municipais e regionais aí seria formatado uma proposta estadual e essa proposta teria que agregar todas as propostas anteriores para ter legitimidade [...] (Entrevistado 11, informação verbal).

O relato deste entrevistado baseia-se na perspectiva do grupo decisório ter uma participação mais ativa na construção do Plano “Em suma seria uma discussão dessas minhas ações por uma instância bem maior do que a minha gerência imediata” (Entrevistado 12, informação verbal).

O entrevistado abaixo expõe seu sentimento referindo-se à prevenção da saúde e aos atores sociais:

O plano deveria estar muito mais pautado na prevenção do que na parte da cura, porque quando a gente previne a gente evita, economiza, salva vidas. Quando uma gestão está perto do povo, olha para o povo, entende esse povo com certeza ela dá certa (Entrevistado 14, informação verbal).

O próximo momento destina-se à discussão que abrange a compatibilização das discussões dos entrevistados com a fundamentação teórica, legal e conceitual, abordada em seções anteriores.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

No sentido de atingir os objetivos propostos neste trabalho, após o processamento e exame dos dados, foi realizada a análise final estabelecendo a relação entre os dados e o saber teórico.

Os entrevistados colocaram sua preocupação em relação ao Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2008-2011, no sentido de que ele não seja apenas mais um plano meramente cartorial, construído com a finalidade de cumprir uma norma como já é historicamente do conhecimento de todos, conforme cita o entrevistado “A visão do gestor sobre planos de saúde ainda continua sendo cartorial” (Entrevistado 06, informação verbal).

Ainda sobre o mesmo tema outro entrevistado coloca:

A gente ainda, infelizmente, no país, não é só em Pernambuco, ainda trabalha na perspectiva de planos cartoriais, onde eles são elaborados para a conclusão de plano e não mais para a execução dele, de forma acompanhada, monitorada, avaliada, analisada, fazendo aquele processo de verificação de que se aquilo é importante, se aquilo surtiu efeito se não surtiu efeito, vamos reavaliar (Entrevistado10, informação verbal).

A preocupação dos entrevistados tem fundamento nas críticas realizadas pelos autores pesquisados. Nesse contexto, Testa conceitua o planejamento normativo com particular propriedade, como:

[...] um procedimento que tende a fixar normas de conteúdo racional, consistentes entre si, referentes a um momento futuro em que as metas quantificadas e situadas temporal e espacialmente são confrontadas com nenhuma opinião (de peso) contra elas, que o plano, em seu conjunto, não tem oponentes e que o planejador é um técnico a serviço do político, que trabalha em um escritório de planejamento que faz parte do governo para o qual o objeto do planejamento é o sistema sócio-econômico (TESTA, 1992, p. 91).

Testa destaca as críticas realizadas por Matus ao planejamento normativo, o qual afirma que nessa forma de planejamento “não existem categorias básicas de qualquer análise da sociedade. O que há é um governo que planifica suas decisões, com base nos conceitos econômicos da contabilidade nacional” (TESTA, 1992, p. 104).

Além disso, Testa destaca outra crítica de Matus em relação ao planejamento ortodoxo, na qual a construção do diagnóstico realizado no planejamento normativo “só existe o governo como ator e que os verdadeiros atores sociais adotam as propostas do governo sem serem considerados anteriormente” (TESTA, 1992, p. 105).

Em relação a esse assunto Giovanna concorda que no planejamento normativo os planos “tornam-se, apenas, livros-planos adormecidos no interior das gavetas”. A autora afirma ainda que o método adota a abordagem tecnocrática, uma vez que “a partir de um conhecimento técnico e da avaliação que é feita, também pelo técnico, da importância de um determinado grupo social, são definidas prioridades” (GIOVANELLA, 1991, p. 34).

No que diz respeito à participação do controle social na construção do Plano de Saúde, verifica-se do ponto de vista dos entrevistados que é requisito indispensável para o planejamento estratégico, conforme o relato seguinte “[...] o Plano de Saúde tem que ser apresentado no Conselho, não só apresentado, mas construído com a participação social, a participação do Conselho, os três segmentos, trabalhador, gestor e usuário [...]” (Entrevistado 13, informação verbal).

Ainda sobre a participação social, outro entrevistado cita que:

O CES já entrou no processo no momento que a gente submeteu o roteiro a sua aprovação e aí as suas alterações como achassem que fossem pertinentes. No segundo momento foi formada uma comissão do CES, Comissão de Acompanhamento da Elaboração do PES em PE, aonde essa Comissão vai sistematicamente estar trabalhando com a Comissão Técnica, a equipe técnica de construção (Entrevistado10, informação verbal).

Nesse contexto, a opinião dos entrevistados veio corroborar as propostas de Testa ao dizer que o plano adquire sentido “quando proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa, na qual o povo debate sua história e seu futuro”. Para ele, “em especial a ciência social só é útil nas mãos do povo” (TESTA, 1992, p.104).

Para o autor o planejamento estratégico:

[...] não procura estabelecer normas, mas desencadear um processo permanente de discussão e análise dos problemas sociais, que leva a propor metas necessariamente conflitivas, porque se referem a interesses de grupos em luta, cada qual com planos próprios, de modo que o planejador faz parte de uma força social para a qual o objetivo do planejamento está inscrito no marco da luta pelo poder (TESTA, 1992, p. 91).

Também, Testa destaca a posição de Habermas em relação ao planejamento estratégico: “criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação” (TESTA, 1992, p. 126).

O inciso XVIII, do Art. 16, da Lei Nº 8.080/90, determina que seja de competência da esfera nacional “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal”. Essa lei reza ainda que seja de responsabilidade do Conselho Nacional de

Saúde (CNS), de acordo com o Art. 37, determinar “as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990).

Durante a análise constata-se também, que os entrevistados se ressentem da participação insuficiente do grupo decisório de maior escalão nas reuniões para a construção do Plano Estadual de Saúde, conforme profere um entrevistado “Participação insuficiente do grupo gestor de maior escalão, grupo decisório, ou seja, Secretário de Saúde, Secretários Executivos, Assessores” (Entrevistado 06, informação verbal).

Diante disso, verifica-se que o Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, conforme determina a Portaria n.º 3.332/2006, em seu Art. 1º, § 3º, explicita que esses instrumentos “devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira”. Também, o Art. 2º da mesma Portaria afirma que o Plano de Saúde “é o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS” (BRASIL, 2006). E ainda, de acordo com as diretrizes do PLANEJASUS, uma das responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde é a “sensibilização dos gestores para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS”.

No que tange à forma ascendente de construção do Plano, diz o entrevistado que o Plano Estadual de Saúde, “deve vir de forma ascendente de uma programação municipal, então os municípios deveriam primeiramente fazer os seus planos com base nas propostas municipais aí o gestor estadual faria o seu plano” (Entrevistado 11, informação verbal).

Sobre esse assunto, a Lei nº 8.080, no Art. 36, ressalta o princípio de unicidade do SUS, o qual diz que será ascendente o processo de planejamento e orçamento do SUS, sendo elaborado do “nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990).

Um ponto que dificulta os trabalhos do planejamento é a prática de construção do PPA anterior ao Plano Estadual de Saúde, muito bem lembrado pelo entrevistado que relatou:

E aí, em Pernambuco acontece uma inversão e hoje a gente trabalha construindo o PPA e para depois construir o Plano e na verdade a idéia é que os planos de saúde é que orientem a construção do PPA, porque a intenção do governo deve vir antes no Plano com embasamentos de diagnóstico, para em seguida, a gente elaborar o PPA (Entrevistado 10, informação verbal).

Em relação ao assunto citado observa-se o que determina a Portaria n.º 3.332/2006 do Ministério da Saúde, em seu Art. 1º, § 2º, sobre os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS que afirma que devem ser “compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão” (BRASIL, 2006).

Ainda sobre planos de saúde, a Lei 8.080/90 em seu parágrafo 1º, do Art. 36 determina que os planos “serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990).

Outro ponto comentado durante as entrevistas foi o entendimento sobre os diagnósticos, que devem retratar a realidade de acordo com a necessidade da população levando em consideração as especificidades de cada local, conforme relata o entrevistado:

[...] a orientação foi que a gente tivesse com a definição clara dos principais problemas de saúde do Estado de Pernambuco e que pudesse elaborar um conjunto de ações exequíveis, dentro das possibilidades de execução do Estado de Pernambuco [...] (Entrevistado 02, informação verbal).

Testa afirma que todo planejamento começa com a elaboração de um diagnóstico no sentido de melhorar a situação inicial. Para o autor o diagnóstico deve ser observado sob o âmbito administrativo, estratégico e ideológico, diz ele que cada diagnóstico correspondem “aos propósitos e aos âmbitos: o administrativo ao crescimento e às atividades de serviço, o estratégico à mudança e aos conflitos, o ideológico à legitimação e à sociedade” (TESTA, 1995, p. 210).

Quanto à definição de análise situacional o Ministério da Saúde explica que “consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade” e conclui que o seu objetivo “é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades”. Ainda, esclarece

que considera como problema de saúde “uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado” (BRASIL, 2007, p. 20).

Ainda sobre o mesmo assunto, o Pacto pela Saúde estabelece a “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”, como um dos pontos prioritários de pactuação para o planejamento (BRASIL, 2006).

Um grande desafio na elaboração dos planos é a falta de registros fidedignos de doenças e causas de mortes efetuadas nos sistemas de informação, dificultando a análise do diagnóstico de saúde. Em relação ao tema diz o entrevistado seguinte:

[...] foi inédito aqui em Pernambuco, reunir informações bem consistentes de todas as regionais de saúde do Estado [...]. Nós temos, assim, informações consistentes em relação aos principais grupos de doenças por região, por segmento da população [...] (Entrevistado 02, informação verbal).

Testa reforça esse tema quando faz uma autocrítica ao método CENDES/OPAS, julgando que um dos erros cometidos na análise da situação de saúde no terreno sanitário foi que os dados não expressavam a realidade, diz o autor:

Ainda que os números fossem corretos, a ausência de consideração da morbidade, junto com a pequena confiabilidade dos registros de mortalidade, o grande volume de sub-registro e as causas desconhecidas ou mal definidas – com freqüência as mais numerosas em muitos países ou regiões – faziam do difícil exercício um esforço estéril e ridículo (TESTA, 1992, p. 24).

O Ministério da Saúde também profere sobre essa matéria, reforçando a importância na qualidade dos registros dos sistemas nas diversas regiões e estados brasileiros. Afirma ainda que as metas “podem ser influenciadas pelos problemas existentes na captação de óbitos e pelo elevado percentual de mortes por causas mal definidas em algumas regiões, especialmente no Norte e Nordeste” (BRASIL, 2007, v. 4, p.16).

Ficou claro em capítulo anterior que existe uma dificuldade na definição das ações que fazem parte do Plano. O entrevistado seguinte aborda esse assunto ao dizer:

[...] a gente tem dificuldade de convencer a área que a rotina não faz parte do plano, que ações burocráticas não faz parte do plano, e que nem todas as ações, mini ações para se conseguir uma meta maior faz parte do plano e a dificuldade é o povo entender o que é mesmo que é pertencente ao plano (Entrevistado 04, informação verbal).

É de suma importância esclarecer que “as ações e outros elementos que dão conseqüência prática ao Plano não são objeto de definição no Plano, devem ser explicitados na Programação Anual de Saúde”, conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, v. 1, p. 51).

Historicamente, não são elaboradas as Programações Anuais de Saúde, provocando dificuldade na construção do PES, uma vez que, além das diretrizes, também são consideradas no plano as ações concretas que deveriam ser detalhadas na programação. Sobre o assunto profere o entrevistado:

Outra coisa que dificultava muito dentro do Conselho, a aprovação do documento é que o Conselho não via em qual instrumento apareciam às ações detalhadas. E a programação Anual vai dar essa visão para o Conselho, então, na última reunião isso já foi colocado e o Conselho já apresentou essa ansiedade e a Secretaria já deixou claro toda a estratégia, que as ações detalhadas vão estar na programação, que essa gestão tem o compromisso de fazer anualmente, que é o que deve ser feito (Entrevistado 10, informação verbal).

O Pacto pela Saúde estabelece como um dos cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, a revisão e a adoção de planos, relatórios e programações a serem adotados pelas três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Também, com respeito a esse assunto a Portaria nº 3.332/2006 afirma que a concretização do PLANEJASUS “está baseado, inicialmente, na formulação e ou revisão periódica dos instrumentos: Plano de Saúde (PS) e a sua respectiva Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG)”. Esclarece que esses instrumentos devem ser claros e precisos, para que possam facilitar o entendimento dos gestores, trabalhadores, usuários e toda a sociedade, uma vez que diz respeito à população. Ressalta ainda, que “esses instrumentos devem ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2006).

A mesma Portaria diz que a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que “operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

Outra questão importante a se esclarecer diz respeito à priorização das ações, no sentido de evitar carregar o Plano de metas que historicamente não são alcançadas, conforme relata o entrevistado: “[...] na hora de planejar deveria ter esse cuidado com as ações que realmente são de prioridade da Secretaria [...]” (Entrevistado 04, informação verbal).

Quanto à definição da análise situacional, o Ministério da Saúde explica que “consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade” e conclui que o seu objetivo “é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades”. Ainda, esclarece que considera como problema de saúde “uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado” (BRASIL, 2007, v.2, p.20).

Este outro entrevistado destaca a importância de serem contempladas no plano as ações de intersetorialidade, determinante e condicionante fundamental para a política de saúde:

[...] cada vez mais as coisas estão se modificando e como outras políticas não suprem, por exemplo, a política de educação, a política de infraestrutura das cidades, e se estas políticas não estiverem agregadas, intersetorializar com a política de saúde a gente vai ter cada vez mais novas patologias e o aumento das patologias já existentes. A intersetorialidade é fundamental na construção da política de saúde (Entrevistado 13, informação verbal).

No que se refere a intersetorialidade, o Pacto pela Saúde, no item 3 do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, estabelece como responsabilidade do planejamento, comum às três esferas de governo: “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006).

Outro ponto que merece destaque foi o fato de que, a definição das metas a serem atingidas foi a dificuldade mais aludida e considerada por uma maior parte dos entrevistados como um problema superado em parte. A realização desse momento é essencial, uma vez que um plano com metas mal definidas ou sem metas torna-se apenas uma relação de problemas de saúde sem condições de se efetuar o monitoramento e avaliação da gestão. A esse respeito diz o entrevistado:

A gente tem metas difíceis de serem quantificadas. Sempre essa dúvida que gera em qualquer pessoa que está fazendo um Plano é da adequabilidade de metas e ações, então você sempre tem dúvida se aquilo é realmente o melhor a ser feito, mas se você faz um diagnóstico bem realizado, você tem mais chance de acertar, mas inevitavelmente precisa de ajustes (Entrevistado 05, informação verbal).

Conforme estabelece o PLANEJASUS, as metas “concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, e “quando”. Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 25-26).

Sendo assim, os objetivos “expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Ainda reforça dizendo que os objetivos “tem a ver também com os resultados do processo de análise de sua viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e realização da análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo”. Conclui dizendo que, “se bem formulado, o objetivo descreverá a situação a ser alcançada” (BRASIL, 2007, v. 2, p. 24).

Outro fato abordado foi o monitoramento e avaliação do plano, considerada uma atividade fundamental para o controle da execução dos objetivos propostos, como relatou o entrevistado seguinte:

Eu acho que não dá mais para a gente construir instrumento que não chegue e não leve a gente a lugar nenhum ou construir instrumento que ao final de cada ano eu não possa justificar o porquê eu não executei o que estava previsto, é fundamental que essa base, ela se fundamente na democracia, na avaliação, no monitoramento, na pro-atividade, na discussão e na inclusão dos atores. (Entrevistado 01, informação verbal)

A avaliação do plano, além de ser de grande importância para a implementação e consolidação do SUS, trata-se de um mecanismo estratégico para o aperfeiçoamento da gestão e para a resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população. Entende-se por avaliação o processo permanente, essencial e indispensável da gestão, uma vez que tem o objetivo de manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção as metas propostas. Findo o prazo de vigência do Plano, procede-se a sua avaliação através de documento específico. Os Relatórios de Gestão são importantes subsídios para a realização da avaliação, que, após a sua conclusão, deve ser apresentada e discutida no Conselho de Saúde correspondente (BRASIL, 2007, v.2, p.37).

Quanto ao espaço temporal de formulação do Plano Estadual de Saúde, o entrevistado diz: “[...] o pessoal deve ter o compromisso, o entendimento de que o documento é importante, que a primeira fase do gestor é ter seu plano estruturado e nós já estamos no fim de 2008 e não se tem o plano terminado” (Entrevistado 04, informação verbal).

Considerando os dispositivos constitucionais e legais, o prazo estabelecido para apresentação do plano ao Conselho Estadual de Saúde é até o mês de junho no primeiro ano de mandato do gestor (BRASIL, 2007, v. 3, p. 79).

Uma questão igualmente abordada pelos entrevistados relaciona-se às urgências das atividades de planejamento, nas quais os prazos são sempre estreitos para a realização dos trabalhos, conforme o seguinte relato:

[...] urgência dos prazos, eles sempre são estreitos, por mais que exista uma preparação anterior, mas o cotidiano, o dia a dia, nos tira desse objetivo, termina você fazendo uso dos prazos correndo e que ele nem pela gestão e nem pelo controle social, ele é utilizado na potencialidade que ele tem [...] (Entrevistado 05, informação verbal).

O Plano Estadual de Saúde deve ser elaborado no início do primeiro ano de governo, uma vez que o plano deve guardar compatibilidade com o PPA (até o dia 30 de agosto do primeiro ano de seu exercício (BRASIL, 2007, v. 3, p. 79).

Em relação à organização do processo de construção do plano, segundo este entrevistado:

Então, foi uma coisa assim meio desorganizada, desplanejada e que no meio do processo teve de se dar uma parada para poder se retomar isso. Então, foi uma falha realmente, que não existiu definição de papéis, não existiu unificação de metodologia e isso dificultou o processo (Entrevistado 04, informação verbal).

Sobre o mesmo assunto, também foi colocado por outro entrevistado como uma dificuldade, “o choque de informações do setor responsável que é o planejamento” (Entrevistado 05, informação verbal).

No que se refere à gestão, a organização do planejamento é um desafio para o PLANEJASUS, segundo Estimativa Populacional 2003/IBGE “[...] cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que, 48%, menos de 10 mil, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda precária [...]” (BRASIL, 2007, v. 1, p.19).

O plano de saúde, além de ser um instrumento estratégico para o funcionamento efetivo do PLANEJASUS, serve de base para outros instrumentos de planejamento. “Por isso, deve ser formulado mediante processo cuidadosamente organizado e que possibilite a maior participação social possível” (BRASIL, 2006, v. 1, p. 51).

Outra questão que foi exposta por um entrevistado diz respeito à adoção da prática de institucionalização do planejamento:

Eu acho que se a gente tivesse mais capacidade de trabalhar ele (Plano) enquanto um instrumento que nos ajudasse e não um instrumento que nos atrapalhasse, que nos dá mais trabalho, não, ele era um instrumento para facilitar nosso trabalho, então eu acho que a gente não tem essa cultura de vê-lo dessa forma como uma coisa que vai nos ajudar [...] (Entrevistado 05, informação verbal).

A Portaria nº 3.332, nas suas considerações explicita a importância de divulgar o planejamento implementando e difundindo “uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo e que subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores” (BRASIL, 2006).

Ainda, o Pacto pela Saúde, determina a “institucionalização e o fortalecimento do PLANEJASUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

Verificou-se, ainda, durante o trabalho, que a carência de recursos humanos foi uma questão muito comentada. O entrevistado seguinte diz que “a gente não teve uma dificuldade em organizar, a gente tem uma dificuldade importante de recursos humanos [...] então era mais uma dificuldade do ponto de vista, eu diria mais do ponto de vista quantitativo do que qualitativo” (Entrevistado 01, informação verbal).

Esse fato é uma premissa do Ministério da Saúde em relação à área de planejamento do SUS que ainda necessita, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade (BRASIL, 2006, v. 2, p. 11).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política na área de saúde é um grande desafio, na medida em que abrange questões complexas, de interesses conflitantes envolvendo diversos atores com papéis diferenciados: população, gestores, dirigentes políticos, trabalhadores, corporações e empresários.

A área de planejamento é um mecanismo fundamental de gestão do SUS, uma vez que direciona a tomada de decisão dos gestores, tornando-se essencial para a efetivação do sistema.

Em relação à construção do Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2008/2011, a sua proposta de construção vem sendo elaborada através de uma mobilização dos setores da Secretaria de Saúde do Estado e Conselho Estadual de Saúde, transformando o modelo ortodoxo de planejamento em um espaço de discussão e análise dos problemas de saúde.

Durante esse estudo, no que se refere ao planejamento, foi apresentada uma organização ainda incipiente, reflexo de dificuldades de várias ordens, como carência de pessoal, escassez de recursos financeiros, capacitações insuficientes que refletem diretamente na eficácia, eficiência e efetividade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Entre outras questões que também dificultam na planificação, destacam-se a falta de processo ascendente de planejamento, deficiência na integração do planejamento e orçamento, e a inexistência de monitoramento e avaliação do plano.

Nesse sentido, torna-se necessário promover a implantação do PLANEJASUS dentro dos moldes da legislação pertinente, compreendendo estrutura organizacional, infra-estrutura e pessoal em quantidade suficiente e de qualidade, garantindo capacitação permanente para a qualificação do trabalhador.

Também é essencial iniciar um processo contínuo de sensibilização para os gestores, técnicos, controle social e trabalhadores da saúde, no sentido de institucionalizar e divulgar a importância do planejamento na execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e observar o tempo exato para iniciar a construção do plano, tendo em vista o prazo estabelecido para os outros documentos que são balizados pelo plano de acordo com a legislação vigente.

Apesar das dificuldades encontradas, o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 tem a intencionalidade de ser fundamentado sob as bases do Planejamento Estratégico Situacional e as normas que disciplinam o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS).

No âmbito do planejamento, a nossa perspectiva em relação a esse plano é que seja um avanço para a gestão do SUS e que se torne de fato um instrumento de orientação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no Estado de Pernambuco, como foi muito bem colocado pelo entrevistado:

[...] tudo que a gente fez tem que estar batendo com o plano, que ele seja um plano vivo, que esteja na mente das pessoas, que esteja na mesa de todos nós, para que a gente possa ir norteando todas as nossas ações, todas as nossas atividades em cima daquilo que foi planejado para aquele quadriênio (Entrevistado 08, informação verbal).

Diante do exposto, ao final desse estudo, além das conclusões mencionadas, novas reflexões foram surgindo e abrem espaço para outras inquietações e perguntas, como por exemplo: **É possível modificar as situações indesejáveis apontadas nesse trabalho? Como será monitorado e avaliado o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 para que se torne de fato um instrumento de gestão? Como será implantado e implementado o Sistema de Planejamento do SUS para que seja um mecanismo de efetivação do SUS?**

A partir deste trabalho a expectativa das autoras é que os questionamentos aqui postos possam ser aprofundados como objeto de futuras pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 jul.2008.

_____. **Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 jul.2008.

_____. **Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 jul.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações para elaboração e aplicação de instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 251, de 06 de fevereiro de 2006**. Cria o Comitê de Operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF, 2006. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995. <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 set.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – organização e funcionamento.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v.1).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 2).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento em saúde.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 3).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. Um pacto pela saúde no Brasil.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 4).

CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197 – 207, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Brasília, DF, 1996. Disponível em: < www.conselho.saude.gov.br >. Acesso em: 2 jun. 2008.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 135-136, abr.jun. 1990.

_____. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p. 26-44, jan.mar. 1991.

MATUS, Carlos. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. p. 107 – 149.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

TESTA, Mário. Tendências em Planejamento. In: TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 89-125.

_____. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO

Nº. :

Data:

Identificação do Entrevistado	
Formação:	
Idade:	Sexo: F () M ()
Cargo/Função/Representação:	
Tempo de experiência:	

1. Quais foram, em sua opinião, as causas das dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde? (se necessário, escolha mais de uma opção).

- () 1. Não encontrou dificuldades;
- () 2. Insuficiência de pessoal com preparo técnico na Secretaria Estadual de Saúde;
- () 3. Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos;
- () 4. Dificuldade para definir as ações a serem executadas;
- () 5. Dificuldades para definir objetivos e metas a serem atingidos;
- () 6. Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano;
- () 7. Outra (especifique):

2. Se forem encontradas dificuldades, foi possível superá-las?

- () Sim () Não () Em parte

2.1 Se a resposta foi **Sim**, quais foram as maiores dificuldades a serem superadas?

(escreva o número correspondente às dificuldades que aparecem na questão 1):

2.2 Se a resposta foi **Não**, quais foram às dificuldades que não puderam ser

superadas? (escreva o número correspondente às dificuldades que aparecem na questão 1):

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Nº.****Data:**

1. **Pesquisadora:** Em sua opinião, para que serve o Plano Estadual de Saúde?

Sujeito da Pesquisa:

2. **Pesquisadora:** De acordo com a sua experiência no serviço quais são as bases que fundamentam o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde?

Sujeito da Pesquisa:

3. **Pesquisadora:** Em sua opinião o grupo de trabalho que elaborou o Plano recebeu algum tipo de orientação? Qual?

Sujeito da Pesquisa:

4. **Pesquisadora:** No seu entendimento como ocorreu o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde?

Sujeito da Pesquisa:

5. **Pesquisadora:** Além dos elementos citados o que você gostaria de registrar a respeito da elaboração do Plano Estadual de Saúde?

Sujeito da Pesquisa:

APÊNDICE C – Carta de Anuência**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES****GABINETE DO SECRETÁRIO**

Carta de Anuência

Recife, 18 de junho de 2008.

Declaro, para os devidos fins, que autorizo a aplicação de questionários, para análise que será realizada no projeto intitulado “PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO PARA A GESTÃO DO SUS. O CASO DE PERNAMBUCO” a ser executado na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. Esse estudo faz parte do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do CPqAM/FIOCRUZ/MS, e será realizado pelas alunas Fabianni Menezes Costa e Zuleide Maria Carvalho Guimarães, sob orientação da Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.

Atenciosamente,

Karina Tenório

Chefe de Gabinete da SES/PE

APÊNDICE D – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Plano Estadual de Saúde: Instrumento de Planejamento para a Gestão do SUS. O Caso de Pernambuco.**”, cujo objetivo principal é avaliar as bases que fundamentam o Plano Estadual de Saúde 2008/2011 de Pernambuco como instrumento de planejamento para a gestão do SUS. A Pesquisa será realizada pelas alunas Zuleide Maria Carvalho Guimarães e Fabianni Meneses Costa, do curso de especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/FIOCRUZ, sob a orientação da Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a participação em responder ao questionário que aborda alguns aspectos sobre o processo de organização e construção do Plano Estadual de Pernambuco, com a garantia de sigilo das informações prestadas. Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas no estudo. Os benefícios relacionados a sua participação deverá contribuir para uma análise em relação a melhoria da oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população do Estado de Pernambuco.

O conhecimento dos resultados da sua participação neste estudo poderá ser obtido através do contato pessoal com a pesquisadora responsável pela pesquisa, como também através da publicação destes sob a forma de artigos científicos. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, haja vista que uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora Responsável: Zuleide Maria Carvalho Guimarães

Endereço: Praça Oswaldo Cruz, s/n – Boa Vista (Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco)

E-mail: zuguimaraes@hotmail.com

Telefone: (81) 3181-6232 / 8884.8516

APÊNDICE E - Tabela 1 - Caracterização do sujeito da pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização do Sujeito da Pesquisa.

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	%
Sexo		
Feminino	13	87
Masculino	02	13
Faixa Etária		
30 a 39	03	20
40 a 49	08	53
50 a 59	04	27
Formação		
Médio	02	13
Superior (04 profissionais (27%) com Pós-graduação)	13	87
• Administração de Empresas	01	7
• Assistente Social	05	33
• Cirurgião Dentista	02	13
• Economista	01	7
• Enfermeira	03	20
• Médico	01	7
Categoria Funcional por Grupos		
Grupo A (superintendentes e assessores)	03	20
Grupo B (gerentes gerais e de unidades)	06	40
Grupo C (técnicos)	03	20
Grupo D (conselheiros de saúde)	03	20
Tempo de Experiência no Serviço		
< 1 ano	02	13
1 a 5 anos	06	40
6 a 10 anos	02	13
> 10 anos	05	33

APÊNDICE F - Tabela 2 - Análise das dificuldades encontradas no processo de construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.

Tabela 2 - Análise das dificuldades encontradas no processo de construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	%
Quantidade de Dificuldades por sujeito da pesquisa		
Nenhuma dificuldade	01	7
1 a 3 dificuldades	01	7
4 a 6 dificuldades	11	73
> 6 dificuldades	0	0
Dificuldade mais citada		
1. Nenhuma dificuldade	01	7
2. Insuficiência de pessoal com preparo técnico na Secretaria Estadual de Saúde	07	47
3. Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos	08	53
4. Dificuldade para definir as ações a serem executadas	10	67
5. Dificuldades para definir objetivos e metas a serem atingidos	11	73
6. Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano	06	40
7. Outras dificuldades	11	73

APÊNDICE G - Tabela 3 – Entendimento das bases legais e conceituais que fundamentam o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.

Tabela 3 – Entendimento das bases legais e conceituais que fundamentam o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011. Pernambuco 2008.

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	%
Entendimento do que é um Plano Estadual de Saúde		
Sim	15	100
Não	0	0
Conhecimento das bases legais que fundamentam o PES		
Sim	0	0
Não	11	73
Em parte	03	20
Não sabe	01	7
O grupo de trabalho que elaborou o Plano recebeu algum tipo de orientação		
Sim	08	53
Não	05	33
Não sabe	02	13
O processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde ocorreu de forma participativa		
Sim	09	60
Não	05	33
Não sabe	01	7

ANEXOS

ANEXO A – Estrutura Organizacional da SES - Decreto Nº. 27.592 de 31 de janeiro de 2005

Pernambuco

