

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

LUCIA MARIA MOTTIN

**ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:
DESAFIO PARA O MUNICÍPIO**
UM ESTUDO NO RIO GRANDE DO SUL

Rio de Janeiro

1999

**ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:
DESAFIO PARA O MUNICÍPIO
UM ESTUDO NO RIO GRANDE DO SUL**

LUCIA MARIA MOTTIN

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

**Área de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de
Saúde**

*Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública, Departamento de Administração
e Planejamento em Saúde, para a obtenção do
Título de Mestre em Saúde Pública.*

Orientador: Prof^o. Dr^o. Francisco Javier Uribe Rivera

Co-Orientadora: Prof^a. Marilene de Castilho Sá

Rio de Janeiro

1999

Dedico este trabalho a Roberto Umberto, meu pai, primeiro cidadão que conheci e que, apesar de ausente, trago presente. À minha mãe Alzira, que acompanha minha jornada com coragem e carinho. A Alexandre, Roberta, Guilherme, Olívia e Osvaldo, Josefina e Aldo, afetos especiais.

A eles e aos muitos cidadãos que me estimulam constantemente a buscar caminhos mais amplos de caminhar.

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Francisco Javier Uribe Rivera, meu orientador e referência intelectual, pelo apoio estratégico e permanente incentivo.
- À Prof. Marilene de Castilho Sá, minha co-orientadora, pela competência, estímulo, dedicação sistemática e peculiar sensibilidade.
- Aos principais personagens deste estudo, os Secretários Municipais de Saúde que aceitaram o desafio de expor-se e, mediante sua participação, permitiram a realização desta pesquisa.
- Aos funcionários da ASSTEPLAN/SSMA-RS – em especial, Ana Cecília – que contribuíram de diferentes formas para o desenvolvimento deste trabalho.
- Aos queridos colegas e amigos de minha instituição de origem, que, com especial solidariedade, socorreram-me em muitos momentos, estando sempre próximos, apesar da distância.
- Às colegas Frances, Márcia, Renata e Vanja, pela estimulante convivência.
- Aos queridos amigos Liliana e sua família, a Israel, Glória, Maria Mercedes e Mauro, pelas contribuições ao trabalho, mas, acima de tudo, pela amizade atenta e carinhosa com que teceram meu ninho no Rio.
- A Else, pela acolhida, e a Hayne, pelo apoio no percurso, bem como aos amigos que tenho no Rio de Janeiro e que, de alguma forma, contribuíram para a concretização de meu sonho.
- A todos os professores e funcionários da ENSP, que me atenderam em diferentes momentos e de diversas formas, possibilitando-me desenvolver o estudo.
- Aos professores convidados para a banca de defesa, por terem aceito meu convite e pelas valiosas contribuições que permitiram o aprimoramento deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo avalia a elaboração do Plano Municipal de Saúde quanto ao seu processo, às dificuldades que se apresentam, à coerência e consistência internas de seu conteúdo propositivo e a sua importância para a gestão em 35 municípios do Rio Grande do Sul que solicitaram habilitação à gestão da saúde em 1998.

O referencial teórico fundamenta-se, em especial, nos princípios que orientam o processo de descentralização, bem como no enfoque do planejamento estratégico, com destaque para o Planejamento Estratégico Situacional - PES.

Trata-se de pesquisa qualitativa, com base no estudo de casos em que se utilizou questionário, entrevistas e análise documental. Os dados obtidos foram analisados a partir dos elementos teóricos advindos da revisão bibliográfica efetuada, empregando particularmente as variáveis Capacidade de Governo, Governabilidade do Sistema e Projeto de Governo, as quais conformam o Triângulo de Governo do PES.

Os resultados sugerem que a elaboração dos Planos Municipais de Saúde foi efetuada em processo de baixa governabilidade, como consequência da restrita capacidade de governo e da pouca ambição quanto a esses projetos de governo. Tal fato originou planos genéricos e pouco potentes, com pequena probabilidade de conduzirem a ação, provavelmente decorrentes, entre outros fatores, dos roteiros veiculados pelos níveis de gestão estadual e federal.

PALAVRAS-CHAVE : Descentralização, Municipalização, Planejamento, Plano Municipal de Saúde.

ABSTRACT

This study evaluates the elaboration process of Municipal Health Plans in 35 cities of Rio Grande do Sul, regarding the following aspects: 1) the difficulties observed; 2) the internal coherence and consistency of their contents; 3) the role they play in Health Systems management processes.

The theoretical background underlines the principles that guide the Brazilian Health System management decentralization, as well as, the Strategic Planning approach, with emphasis on the Situational Strategic Planning (PES).

It's a qualitative study in which three data sources were used: self-administered questionnaires, personal interviews and documental analysis. Analysis was performed focusing on three variables classes, according to the Government Triangle model proposed by PES: Government Capacity, Health System Political Control; Government Political Project.

Results suggest that Municipal Health Plans were elaborated under conditions of low political control as a consequence of low Government Capacity and little municipal health managers ambition concerning their Government Political Project. Generic and powerless plans were produced, with little capacity to guide municipal government decision making. This outcome may be attributed, among other factors, to characteristics of Federal and State guide-lines for Health Plans.

KEY WORDS: Decentralization, Municipalization, Planning, Municipal Health Plans.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
ASSEDISA	Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
ASSTEPLAN	Assessoria Técnica e de Planejamento
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CPPS	Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde
DAS	Departamento de Assistência à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRS	Delegacia Regional de Saúde
EMATER	Escritório Municipal da Associação Rio-Grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
ILPES	Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MP	Matriz Programática
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NTO	Normas Técnicas e Operacionais
OPAS / OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SPT/2000	Saúde Para Todos no ano 2000
SSMA	Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	142
Questionário	
ANEXO II	148
Quadros 1 - Relação dos municípios orientados, ordenados por número de dificuldades encontradas, superação das dificuldades, dificuldades de difícil superação e dificuldades não superadas.	
Quadro 2 - Relação dos municípios não orientados, ordenados por número de dificuldades encontradas, superação das dificuldades, dificuldades de difícil superação e dificuldades não superadas.	
ANEXO III	150
Roteiro das Entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde	
ANEXO IV	151
Gráfico do Quadro Atual da Municipalização da Saúde no Rio Grande do Sul	
ANEXO V	152
Mapa da Municipalização da Saúde no Rio Grande do Sul	
ANEXO VI	153
Mapa das Delegacias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul	
ANEXO VII	154
Gráfico dos Municípios Municipalizados Distribuídos por Delegacia Regional de Saúde	
ANEXO VIII	155
Quadro 3 - Rede Hospitalar e Rede Básica dos Municípios Estudados por Número de Habitantes	
ANEXO IX	156
Considerações dos Secretários Municipais de Saúde sobre o Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde	

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO1 – Critérios para a seleção dos municípios a participar da entrevista e fornecimento dos Planos Municipais de Saúde.....	60
TABELA 1. Distribuição dos municípios segundo a percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes. Rio Grande do Sul, 1998	69
TABELA 2. Distribuição dos municípios que se consideraram orientados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, segundo responsável pela orientação, por número de habitantes. Rio Grande do Sul, 1998.....	69
TABELA 3. Distribuição dos municípios segundo fonte de auxílio externo utilizado para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação. Rio Grande do Sul, 1998	72
TABELA 4. Distribuição dos municípios segundo momento de utilização do auxílio externo para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação. Rio Grande do Sul, 1998	73
TABELA 5. Distribuição dos municípios segundo a existência de profissionais com Especialização em Planejamento, Curso ou Experiência em Planejamento e Setor de Planejamento, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	75
TABELA 6. Distribuição dos municípios segundo fonte de informação para o diagnóstico de saúde local, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	76
TABELA 7. Distribuição dos municípios segundo categorias de informações em saúde consideradas de difícil obtenção, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	78
TABELA 8. Distribuição dos municípios segundo a realização de Conferência Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	79
TABELA 9. Distribuição dos municípios que não realizaram a Conferência Municipal de Saúde segundo os motivos explicitados e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	79
TABELA 10. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde segundo o exercício anterior de função de direção, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998	80
TABELA 11. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde segundo o exercício anterior de função de direção na área da saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998.....	80
TABELA 12. Distribuição dos municípios segundo o número de dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998	81
TABELA 13. Distribuição dos municípios segundo as dificuldades encontradas durante o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998	87

TABELA 14. Distribuição dos municípios segundo o grau de superação das dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998.....	89
TABELA 15. Distribuição dos municípios segundo o número de dificuldades referidas como de difícil superação no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998.....	90
TABELA 16. Distribuição dos municípios segundo dificuldades referidas como não superadas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998	91
TABELA 17. Distribuição dos municípios segundo o envolvimento da Secretaria de Saúde com outras Secretarias / Repartições da Prefeitura, para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998	92
TABELA 18. Distribuição dos municípios segundo autores do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998	118
TABELA 19. Distribuição dos municípios segundo a participação do Secretário Municipal de Saúde nos diferentes momentos de elaboração do Plano Municipal de Saúde, quando esta ocorreu em equipe, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998.....	124

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS.....	v
LISTA DE ANEXOS.....	vi
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	vii
INTRODUÇÃO.....	11
I. O Processo de Investigação: Referenciais Teóricos e Metodológicos.....	16
1.1 Referenciais Teóricos.....	16
1.2 Procedimentos Metodológicos.....	53
II. Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde.....	64
2.1 Elementos Prévios à Análise.....	64
2.2 Subsídios para a Elaboração do Plano Municipal de Saúde.....	68
2.3 A Elaboração do Plano Municipal de Saúde.....	81
2.4 Principais Observações.....	93
III. Análise do Plano Municipal de Saúde.....	94
3.1 Roteiro de Plano Municipal de Saúde da SSMA-RS.....	94
3.2 Proposta do Ministério da Saúde para Plano Municipal de Saúde e Programação Anual.....	100
3.3 Análise dos Planos dos Municípios Selecionados.....	109
3.4 Principais observações.....	114
IV. Importância do Plano Municipal de Saúde para a Gestão.....	117
4.1 Aspectos da Adesão dos Gestores ao Plano Municipal de Saúde.....	117
4.2 Principais observações.....	128
CONCLUSÕES.....	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
ANEXOS.....	142

INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidos na Carta Constitucional para a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS no País.

Preconizada pelo novo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução das ações de saúde, por entendê-lo como espaço onde pode ser maior a proximidade entre o gestor de saúde e a população, logo, com melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua implementação, de modo a aumentar a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades que aí se apresentem.

No entanto, a descentralização constitui um processo complexo, interativo e dinâmico, implicando mudanças e envolvendo vários atores com diferenciadas expectativas e possibilidades, o que exige flexibilidade e progressividade, assim como a consideração da necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se.

Esse movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais foram avaliadas, de alguma forma, por diversos segmentos envolvidos neste processo. Acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde.

Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

Para tanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pela bibliografia, ao

planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

Muitos esforços têm sido feitos para o desenvolvimento de métodos que possam ser empregados na prática da gestão do sistema. Na América Latina, o desenvolvimento do planejamento inicia-se com um enfoque normativo – inspirado no planejamento econômico – e evolui para um enfoque estratégico, que vai incorporar a racionalidade política, retomando a problemática da planificação social.

Entre as elaborações existentes para o enfoque estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional - PES – desenvolvido por Carlos Matus – tem balizado no Brasil, experiências de planejamento, em virtude de conter um corpo teórico e de apresentar um método que, apesar de complexo, é bem articulado e potente. O núcleo principal deste é constituído por problemas e pelas operações realizadas para seu enfrentamento, cuja explicitação é feita mediante uma estrutura modular de plano.

Estendendo-se a descentralização da atenção à saúde ao Município, este passa a responder pela saúde de sua população, o que lhe exige dispor de habilidades para planejar e administrar a rede de serviços de saúde em seu território. Como uma de suas funções, o município deve elaborar um Plano Municipal de Saúde, porém nem sempre as tecnologias de planejamento são suficientemente difundidas, disponibilizadas e até mesmo valorizadas. Assim, para que tal elaboração ocorra de forma coerente com a realidade e consistente com as necessidades a serem supridas, é preciso ter clareza, em primeiro lugar, dos objetivos da elaboração de um plano para a gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

Sabemos, contudo, que os municípios apresentam diferentes condições políticas, sociais, econômicas, organizacionais e gerenciais, o que lhes possibilita diversas capacidades de resposta às demandas que surgem.

Diante disso e visualizando o planejamento das ações de saúde como um dos elementos fundamentais para o aprimoramento da gestão local do sistema, surge a necessidade de desenvolver um estudo que permita aproximação à realidade desse tipo de

planejamento nos municípios, com base no instrumento denominado Plano Municipal de Saúde, para que seja possível avaliar em que condições semelhante processo ocorre.

Partindo deste entendimento e frente à carência de trabalhos acerca de como os municípios elaboram seus planos, bem como de quais dificuldades enfrentam, é que desenvolvemos o presente estudo.

Tomamos **o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, em sua realidade concreta, como objeto de pesquisa**. Optamos por estudar a elaboração desse instrumento, em virtude de ser este projeto de governo que deve expressar a proposta de atenção à saúde que o município se propõe a desencadear e que depende de avaliações e aprovações de diversas instâncias para a habilitação do mesmo à gestão da saúde em seu território, bem como à viabilização do repasse de recursos a ele destinados. Este procedimento – ainda que recente – comporta experiências que provavelmente possibilitaram, às diferentes instâncias de gestão, os aprimoramentos necessários ao instrumento que orienta as ações no sistema.

Pela legislação, o Plano Municipal é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional e serve de base à elaboração da Programação Anual e do Relatório de Gestão do Município que conformará o Relatório Estadual e Nacional. Este encadeamento visa à construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, para possibilitar a efetivação da gestão em cada nível e a avaliação de desempenho do Sistema, em busca de unificação.

Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema dos municípios, porém, igualmente, no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no País e se tem condições de avaliar a gestão nos diferentes níveis, possibilitando atender aos objetivos de criação do SUS como compromisso nacional dos diversos atores envolvidos neste processo.

Elegemos o Estado do Rio Grande do Sul para a realização do estudo em razão de ser nele que a pesquisadora desenvolve atividade profissional na área de formação de recursos humanos em saúde. Este fato insere o pesquisador no objeto a ser estudado e, ao adquirir consciência mais clara de seu papel, compromete-o com as práticas de outros profissionais na construção do sistema de saúde.

Como objetivos do estudo, definimos a necessidade de analisar a sistemática de elaboração dos Planos Municipais de Saúde, procurando delimitar e discutir as dificuldades aí encontradas, tentando examinar cuidadosamente a concretização do

processo de elaboração do Plano segundo a coerência e consistência internas de seu conteúdo propositivo, bem como apreender se este requisito para a municipalização é tido como instrumento de gestão por Secretários Municipais de Saúde.

Para tanto, optamos por uma pesquisa qualitativa, em que utilizamos o método do estudo de caso. Agrupamos 35 municípios do Rio Grande do Sul que solicitaram habilitação à gestão no primeiro semestre de 1998, os quais foram abordados por meio de seus Secretários Municipais de Saúde, com o emprego de questionário, de entrevistas e da análise de seus Planos Municipais de Saúde.

Elaboramos este trabalho com a clareza de que, sendo um estudo de caso, seus resultados estão delimitados no espaço abordado; no entanto, consideramos que podem contribuir para a busca de alternativas de superação dos entraves ainda existentes ao efetivo cumprimento do estabelecido na Constituição no que se refere à saúde.

A apresentação da pesquisa está dividida em cinco capítulos.

No Capítulo I abordamos o referencial teórico e metodológico que orientou o estudo. No referencial teórico fazemos alusão, inicialmente, à institucionalização do SUS, para então nos determos um pouco mais nas interpretações dadas ao termo descentralização e nos critérios a serem considerados em seu processo. A seguir, estabelecendo aproximação ao objeto de estudo, examinamos os preceitos legais concernentes ao Plano Municipal de Saúde, para focarmos, a seguir, o Planejamento e seu curso na América Latina, aprofundando os elementos teórico-metodológicos do Planejamento Estratégico Situacional, que julgamos necessário ao estudo. Na continuidade do Capítulo, descrevemos a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo.

O Capítulo II apresenta uma breve descrição do processo de descentralização do SUS no Rio Grande do Sul. A seguir, fazemos a descrição e a discussão da primeira parte dos resultados obtidos por intermédio das respostas aos questionários e entrevistas no que se referem ao processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde dos municípios estudados. Este Capítulo apresenta duas divisões principais. A primeira delas diz respeito aos subsídios para a elaboração dos Planos e a segunda, ao processo de elaboração propriamente dito.

No Capítulo III realizamos a análise dos Planos Municipais de Saúde de cinco dos municípios do estudo, que é antecedida pelo estudo dos roteiros de Planos utilizados pelos municípios e veiculados nos níveis de gestão estadual e federal.

O Capítulo IV descreve os resultados obtidos a respeito da importância do Plano para os Secretários Municipais de Saúde, com base nas questões apresentadas no questionário e nas entrevistas.

Finalmente, no Capítulo V buscamos apontar os resultados mais relevantes para os objetivos da pesquisa, as conclusões a que chegamos, as considerações que pudemos formular e, principalmente, os questionamentos levantados após a conclusão do estudo.

I. O Processo de Investigação

I. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O governo refere-se à ação prática, e se ela pretende ser eficaz, o processo de governo e o processo de planejamento devem coincidir, no presente, como um cálculo que precede e preside a ação.

CARLOS MATUS

1.1. Referenciais Teóricos

Julgamos necessário contar uma vez mais um pouco da história do Sistema Único de Saúde - SUS para irmos atingindo gradativamente nosso objeto de estudo, de modo a podermos situá-lo nela e apresentar posteriormente a fundamentação teórica na qual nos embasamos para desenvolver a análise.

1.1.1 A Institucionalização do SUS

O Sistema Único de Saúde vigente hoje no Brasil decorre, segundo LUCCHESI (1996), de processo mais amplo e complexo, que se inicia, no final dos anos 60, em movimentos dos profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas, em decorrência de seu descontentamento com o sistema de saúde então existente. Com isso, acabam por construir as bases da Reforma Sanitária mesmo em contexto político repressivo. No começo da década de 80, este movimento influencia o debate acerca da redefinição do Estado democrático e suas funções públicas, reivindicando a saúde como direito de todos devida pelo Estado.

A seguir vem os momentos de implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS, que adota os princípios da universalização, equidade e integração dos serviços de saúde, buscando superar a duplicidade dos serviços e a dicotomia prevenção-cura, tal como descentralizar as ações a nível local.

É determinante a influência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que une esforços para assegurar, na Constituição, o texto da saúde no Capítulo referente à Ordem Social, recomendando estratégias para a reforma do setor. A VIII Conferência, em seu relatório final, “... consagrou o princípio do direito à saúde como um

direito de cidadania universal, garantida pelo Estado...” (CORDEIRO, 1991:83). Em 1987, surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, aprofundando os princípios das AIS e preparando a etapa da unificação.

No ano seguinte, 1988, é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que fundamenta os princípios e diretrizes do novo Sistema, o Sistema Único de Saúde - SUS. A Constituição estabelece, como princípios, a universalização da cobertura e do atendimento e a equidade no acesso às ações e serviços. As diretrizes são o atendimento integral, a participação da comunidade para o controle social, a descentralização das ações e serviços e a direção única em cada esfera de governo.

Na verdade, conforme asseveram CARVALHO & SANTOS (1995), a Constituição de 1998, além de determinar, como princípio da República, a promoção do bem de todos os cidadãos sem qualquer discriminação, afirma que a saúde é direito social e dever do Estado não mais significando tão somente a assistência, mas também o resultado de políticas públicas advindas do Governo.

Segue-se, a partir da promulgação da Carta Magna, um processo normativo que diz respeito à legislação infraconstitucional. Em 19 de setembro de 1990 surge a Lei 8.080, que regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vem complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, estabelecendo, agora legalmente, o controle social através da criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, além de normatizar o repasse de recursos desde o Governo Federal até os Estados, Distrito Federal e Municípios.

Procurando orientar a operacionalização do SUS, surgem as Normas Operacionais Básicas - NOB's a partir de 1991. A primeira delas, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, cria a unidade da cobertura ambulatorial, os critérios para transferir recursos federais a estados e municípios e os critérios para acompanhamento, controle e avaliação (MENDES, 1998). Posteriormente, destaca-se a edição, pelo Ministério da Saúde, das NOB's-SUS 01/93 e 01/96, que instituem instrumentos operacionais, normas para o financiamento das ações e serviços de saúde e os requisitos para a habilitação dos Estados e municípios às condições de gestão da saúde (MS, 1993; 1996).

A NOB-SUS 01/93 vem dar maior amplitude à questão da descentralização e estabelece dois novos organismos colegiados, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na

esfera estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, na Federal. Além disso, apresenta formas de gestão para estados e municípios e possibilita repasses financeiros fundo a fundo. Com a implementação desta Norma, novas avaliações são feitas e, na tentativa de superar os problemas que se manifestam, publica-se a NOB-SUS 01/96, alterando os níveis de gestão para estados e municípios presentes na NOB-SUS anterior, regulando a transferência de recursos com a utilização de critérios populacionais e oferta de serviços, bem como redefinindo a prática do acompanhamento, controle e avaliação do SUS. A isso se acrescenta a tentativa de reorganização do modelo assistencial mediante o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF (MS, 1996).

Assim, a descentralização preconizada pelo SUS vem ocorrendo com amparo normativo, embora, segundo LIMA (1996):

... a realidade está muito distante do preconizado nas formulações legais e oficiais. Entre a definição de valores e regras gerais de funcionamento da rede de serviços de saúde e sua real operacionalização, residem certamente grandes conflitos de interesses que só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação. (LIMA, 1996:101)

Para fazer face a dificuldades que podem gerar práticas contrárias aos princípios e diretrizes norteadores do SUS, continuam surgindo alternativas, mesmo que sufocadas em meio às pressões para o desmonte do Sistema. Estas ainda sustentam a necessidade de avançar no processo descentralizante, considerando e ampliando a importância do acompanhamento de seu desenvolvimento.

1.1.2 A Descentralização do Sistema de Saúde

Discutiremos primeiramente as diferentes interpretações conferidas ao termo descentralização e, posteriormente, os critérios que devem ser tomados em conta no seu planejamento e implementação, em uma tentativa de visualização do modo pelo qual o processo de descentralização vem ocorrendo em relação ao nosso objeto de estudo. É nosso interesse captar se o processo de descentralização vem sendo acompanhado da necessária atribuição de capacidade administrativa dos níveis federal e estaduais aos municipais, tendo-se em conta os critérios para a descentralização, o que está, em parte, ao nosso ver, refletido no processo de planejamento das ações de saúde nos municípios.

A descentralização tem sido tema presente em inúmeros estudos elaborados por diversos autores, os quais chamam a atenção para os diferentes sentidos e interpretações atribuídos ao termo.

Muitas vezes, o termo descentralização é empregado como sinônimo de desconcentração. LOBO (1990) ressalta que é indevido “... *confundir-se os conceitos e aceitar-se a desconcentração como descentralização...* [pois] ... *está-se encobrendo as dificuldades do encaminhamento concreto desta última*” (LOBO, 1990:484). A autora adverte para o fato de que a descentralização modifica profundamente a estrutura de poder, porque irá distribuí-lo, ao passo que a desconcentração, apesar de ser instrumento eficaz de ação do governo, não vai interferir com o poder centralizado, visto que distribuirá tão somente competências.

UGÁ (1991) entende que a descentralização implica “... *uma redistribuição dos espaços – ou objetos – de decisão (isto é, encargos) e de meios para executá-la (isto é, recursos físicos, financeiros e humanos) e nesse sentido inclui a desconcentração*” (UGÁ, 1991:96).

Também RIVERO (1990) refere que, apesar de descentralização e desconcentração serem processos diferentes, existe entre ambos condicionamento mútuo – em que a primeira facilita a segunda –, sendo a desconcentração indispensável à descentralização. Conseqüentemente, a desconcentração pode ocorrer sem a descentralização, mas nunca o contrário.

Nessa mesma linha, TEIXEIRA, S.M.F. (1990) salienta que “*A problemática da descentralização trata fundamentalmente da distribuição do poder e da atribuição de competências às diferentes esferas de governo*” (TEIXEIRA S.M.F., 1990:83). Quando só ocorre a distribuição de competências, está-se frente a uma desconcentração; quando se distribui poder, concede-se poder decisório, ou seja, aumenta-se a autonomia em seus aspectos políticos, administrativos e financeiros e, por conseguinte, há descentralização.

No que diz respeito às competências, TEIXEIRA, S.M.F. (1990) demarca-as em três situações: *competências exclusivas*, que são relativas a um só nível de governo; *competências concorrentes*, em que mais de um nível as exerce; e *competências subjetivas*, nas quais os níveis se complementam. Atentando para isto, a autora ressalta que a distribuição do poder e das competências entre as esferas de governo evidencia o quanto este está centralizado ou descentralizado, não havendo “... *concepção de descentralização político-administrativa como um conceito puro ...*” (TEIXEIRA, S.M.F., 1990:83) e existindo sempre a combinação de aspectos de uma e de outra. Mesmo em uma Federação é preciso que haja algum grau de centralização. A autora assinala que um dos riscos da descentralização é a:

... autonomia anárquica das instâncias governamentais. Mesmo nos sistemas federados, o que se espera é não só a autodeterminação no processo decisório, mas também a cooperação e o equilíbrio entre os níveis governamentais. (TEIXEIRA, S.M.F., 1990:86)

Para OSLACK ET AL (1990), isto se evidencia na medida em que:

... la existencia de 'un sistema descentralizado de salud' supone una trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de políticas de salud. Como sistema, implica interdependencia entre sus unidades componentes. Un sistema se estructura y funciona como tal, solo en la medida en que sus componentes mantengan entre sí relaciones de dependencia mutua. De algún modo, el comportamiento de cada unidad se supedita al comportamiento de las restantes. (OSLACK ET AL, 1990:65)

Contudo, o autor avalia que essas relações nem sempre se estabelecem de acordo com as normas formais, a legislação e os organogramas. Na verdade, configuram o resultado dos fins perseguidos por cada indivíduo, unidade e organização frente às restrições que o sistema normativo lhes impõe. Diante disto e das diferentes formas de interdependência citadas acima, o processo de descentralização envolve a adoção de decisões políticas e técnicas em cada uma das dimensões operativas (central, regional e local). O modelo institucional resultante destas decisões refletirá o compromisso entre critérios político-institucionais e técnico-organizativos (OSLACK ET AL., 1990).

Sendo assim, a composição de um sistema nacional de saúde na busca de perspectiva integradora depende também da orientação estratégica das partes que o compõem.

LOBO (1990) reconhece a descentralização como um dos instrumentos de ação governamental que devem buscar dois objetivos: democratizar o Estado e ampliar a justiça social. Todavia, não poderá fazê-lo sozinha, já que se impõem outras reformas no aparelho do Estado (fiscal, administrativa, econômica, financeira). Ao especificar os objetivos citados, a autora ressalta que a descentralização precisa aprimorar o relacionamento intergovernamental, melhorar a capacitação dos governos das esferas subnacionais para a execução da intervenção em seu meio e dar oportunidade ao controle da população organizada sobre os governos.

Nesta perspectiva, TOBAR (1991) assinala que:

Ao existir uma transferência de capacidade decisória, é a totalidade do sistema de poder quem está sendo redefinida. E essa redefinição atravessa tanto o Estado quanto a Sociedade. Ainda quando o processo

descentralizador se focaliza num setor específico, este só é viável (legal e legítimo) quando se consegue articulá-lo e integrá-lo no contexto de um projeto maior. (TOBAR, 1991:36)

Tanto LOBO (1990) quanto TOBAR (1991) concordam quanto à necessidade de reforma para além de um setor específico e estimam que é possível e necessário aproximar Estado e sociedade civil através da descentralização. BADINO (1993), da mesma forma, ressalta que:

La descentralización (DC) es entendida como un proceso de desplazamiento de poder del centro a la periferia del sistema, que aproxima la toma de decisiones a la población. Esta aproximación otorgaría mayor permeabilidad al aparato estatal que, sujeto al control social, permitirá viabilizar objetivos de democratización, legitimación del ejercicio del poder y justicia distributiva. (BADINO, 1993:17)

Nesse mesmo contexto, LOBO (1990) e TEIXEIRA, S.M.F. (1990) afirmam que a descentralização, para exercer seu papel e ser efetiva, deve atentar para alguns critérios em seu projeto: ser flexível, gradual, progressiva e transparente na tomada de decisão, além de acompanhado e avaliado por meio de mecanismos de controle social.

É fundamental que a descentralização seja flexível no que se refere à diferenciação de procedimentos a serem aplicados. Seu planejamento deve ter em conta a existência de desigualdades entre as regiões e dentro delas no tocante aos aspectos políticos, culturais, econômicos e financeiros, técnicos, administrativos e de desenvolvimento social. VIANNA & PIOLA (1991) ressaltam igualmente que tais aspectos inviabilizam a implementação da municipalização de maneira simultânea e uniforme. Deve ser gradual, porém progressivo, pelas razões mencionadas anteriormente quanto à flexibilidade, demandando diferentes compassos de tempo e espaço para a descentralização e respeitando a impossibilidade de implantação abrupta – mas sem estagnar seu ritmo –, evitando assim o seu descrédito em decorrência da não concretização dos resultados esperados.

Abdicar destes princípios pode significar a não obtenção de resultados concretos, uma vez que, para reverter a histórica centralização do Estado, requer-se responsabilidade na condução da descentralização. Conforme diz TOBAR (1991), *“O problema da descentralização é de caráter político. A implementação eficaz e eficiente deste processo é de caráter administrativo”* (TOBAR, 1991:35).

Cabe aqui salientar também que a flexibilidade, a gradualidade e a progressividade na descentralização pressupõem a exigência de *“... atribuir capacidade administrativa ao nível local”*. (TEIXEIRA, S.M.F., 1990:93). Isto só será possível se for reconhecido e

admitido como necessário pelos níveis governamentais envolvidos no processo. Para MULLER NETO (1992), uma dificuldade importante está no quadro de profissionais de municípios de pequeno e médio portes, onde dificilmente são encontrados recursos humanos com capacitação para as funções requeridas pelos novos encargos ligados à municipalização da saúde. A respeito dessa situação, OSLACK ET AL (1990) destacam, contudo, que ela não pode ser tomada como argumento que obstaculize o processo de descentralização, mas que:

Es aquí donde la asesoría, la capacitación, la supervisión y la asistencia técnica del nivel central, acompañadas de un alto grado de motivación y preparación de los recursos humanos en los niveles ejecutivos locales, se vuelven fundamentales para apoyar el proceso y colaborar en la solución de problemas y en la corrección de fallas. (OSLACK ET AL, 1990:74)

LOBO (1990), referindo-se a outro dos princípios da descentralização, menciona a necessidade da transparência no processo decisório, o que vai envolver a participação dos governos estaduais e municipais e de representantes da sociedade civil junto ao governo central, a fim de que se possa contar com compromissos partilhados e adesões conscientes.

No que concerne ao controle social, MULLER NETO (1992) destaca que ele não é garantido apenas pelo processo de descentralização, pois está na dependência da organização da sociedade civil e do contexto político-social em âmbito nacional, estadual e municipal. Quanto a isso, CAMPOS (1990) observa:

... Não existe uma concomitância automática entre estes dois processos, ou seja descentralização é um componente essencial do processo de democratização mas absolutamente a implementação do primeiro estaria assegurando automaticamente o sucesso do segundo. (CAMPOS, 1990:26)

A criação e a utilização de mecanismos de controle social demonstram efetivamente se o processo de descentralização busca aproximar o Estado da sociedade civil desde o nível central até o local. Se assim não for, estará intocado o poder absoluto e autoritário do Estado que impede a participação da população organizada (LOBO, 1990). A esse respeito, MOTTA (1994) alerta:

... participação e descentralização não se introduzem por simples organização administrativa; é necessário que se realizem alterações nas estruturas políticas, sociais e econômicas. Em outras palavras, é preciso que ocorram mudanças nas relações Estado / sociedade que se reflitam em novas ligações entre a administração e seu público.

Quando não ocorrem mudanças fundamentais nas estruturas políticas, a participação e a descentralização constituem-se em meros escapismos às estruturas existentes para acomodar interesses emergentes ou marginalizados. (MOTTA, 1994:193)

O mesmo autor salienta que, em um país como o Brasil, onde a consciência política e democrática tem aumentado com rapidez, já não é com facilidade que se exerce o controle sobre grupos políticos emergentes, porque estes não mais concordam em submeter-se aos líderes tradicionais que utilizam instrumentos paternalistas e de domínio político. O administrador deverá ter nova perspectiva:

A definição de uma nova relação do governo com seu público e entre órgãos governamentais e poderes políticos implica aceitar que poderá emergir na administração pública uma nova prática de responsabilidade administrativa. (MOTTA, 1994:192)

Para MOTTA (1994), os dirigentes públicos defrontam-se com a necessidade de buscar novas formas de gestão da coisa pública, o que envolve adotar novos papéis e inovadora filosofia de administrar. Isso decorre de a participação da comunidade demandar novos objetivos e funções, os quais diferem e entram em conflito com aqueles dos órgãos públicos tradicionais, exigindo aprendizado, por parte dos governantes, acerca desses objetivos e funções, tal como da maneira para atingi-los.

Conforme assevera RODRIGUES FILHO (1992), a descentralização e a participação da comunidade:

... dependem, sobretudo, da vontade política, reorientação da burocracia governamental, desenvolvimento de uma capacidade gerencial mínima, no nível local, programas educativos tanto para a comunidade como para os trabalhadores de saúde e um mínimo de infra-estrutura de serviços de saúde. (RODRIGUES FILHO, 1992:127)

Para este autor, a manutenção do *status quo* fica evidente quando os defensores da participação comunitária e da descentralização dos serviços de saúde não aprofundam a discussão em torno da atual estrutura de produção dos serviços.

SATO (1993) também alerta para a necessidade da participação dos beneficiários, pois, se assim não for feito, “... a intervenção do Estado permanecerá sempre como um exercício de dominação, e as obras e serviços oferecidos não serão internalizados como realização coletiva, tampouco valorizados como de interesse local” (SATO, 1993:20).

Ainda segundo RODRIGUES FILHO (1992), “... a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem defendido a descentralização como um processo destinado a promover não só

a alocação de recursos mais eficiente, como o controle desses recursos pela comunidade” (RODRIGUES FILHO, 1992:123).

Mais recentemente, vários autores (JUNQUEIRA, 1997; ARRETCHÉ, 1997, MENDES, 1998) estabelecem um olhar mais questionador e quase unânime sobre o consenso inicial do que poderia ser viabilizado pela descentralização.

JUNQUEIRA (1997) também sinaliza para o fato de que, embora exista uma relação importante entre descentralização e democracia e participação, a mudança não é imediata, pois o processo, apesar de já iniciado, “... *não será capaz de mobilizar igualmente toda a sociedade, pois nem todos os segmentos que a compõem estão no mesmo tempo e espaço.*” (JUNQUEIRA, 1997:183).

ARRETCHÉ (1997) problematiza o consenso ocorrido nos anos 80, em vários países, a respeito da associação positiva entre descentralização com ampliação da democracia, controle social mais efetivo e a decorrente diminuição do clientelismo, tudo levando conseqüentemente à redução das funções do governo central. A autora busca demonstrar que tais expectativas não resultam, necessária e automaticamente, da descentralização, salientando que a realização do ideal democrático não é necessariamente decorrente da tomada de decisão política em um ou em outro nível de governo. A transferência de recursos, competências, poder de decisão, do nível central do Sistema para outros níveis do governo, não garante que a dominação não ocorra nestes últimos.

Segundo a autora, os valores e princípios que sustentam a proposta democrática necessitam estar incorporados nas instituições políticas dos diferentes níveis de governo, uma vez que, decisões de nível mais geral em nível central continuarão a ser tomadas apesar da descentralização. Sendo assim, o que melhor direcionaria a busca do caráter democrático do processo de decisão seria o desenvolvimento de instituições que funcionassem a partir dos princípios escolhidos que balizassem os resultados almejados. Além disso, não se poderia perder de vista que o contexto histórico-social de formação dos Estados Nacionais e a cultura política de dada sociedade devem ser considerados como facilitadores ou obstaculizadores do processo democrático.

Outra questão levantada por Arretche diz respeito à expectativa de que a descentralização daria conta da utilização clientelística dos recursos públicos pela maior proximidade entre quem presta serviços e quem os recebe. Para a autora, o clientelismo associa-se ao tipo de relacionamento existente entre as burocracias públicas e os partidos políticos, parecendo menos dependente do nível de prestação dos serviços do que da

instituição que o faz. Desta forma, a proximidade não é condição suficiente para uma distribuição mais imparcial de recursos, sendo que “*Na verdade, a redução do clientelismo supõe a construção de instituições que garantam a capacidade de **enforcement** do governo e a capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações deste último*” (ARRETCHÉ, 1992:149).

Por fim, no que concerne ao argumento de que a descentralização levaria à redução das funções do governo central, a autora comenta que, especificamente no caso do Brasil, pela existência de diferenças regionais, faz-se necessário condução e regulação do processo de descentralização a partir do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais e na “... *expansão seletiva das funções do governo central...*” (ARRETCHÉ, 1997:148).

Para MENDES (1998), a exaltação da descentralização, como se ela fosse boa por si mesma, prejudica seu processo na medida em que tal processo apresenta fortalezas e debilidades. É importante implantar sistema de monitoria e avaliação que permitam corrigir a trajetória de acordo com a necessidade para a obtenção de melhores resultados.

Não podemos esquecer que, no Brasil, a descentralização do sistema de saúde é um componente do processo da Reforma Sanitária e, conforme afirma TOBAR (1991), busca encaminhar outros fins:

... no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a descentralização é um princípio organizativo formulado para atingir princípios anteriores e superiores a ela: universalidade e integralidade e, equidade dos serviços de saúde. (TOBAR, 1991:42)

Assim, o acompanhamento e a avaliação constantes do processo são indispensáveis, considerando-se o fato de não haver experiência anterior a esta na área da saúde que, em tamanha escala, proponha-se a ocorrer em área tão vulnerável a estratégias inadequadas. Desse modo, os resultados do processo de descentralização necessitam ser analisados estratégica, periódica e sistematicamente, permitindo os imprescindíveis reajustes nas diferentes realidades, pois a ausência de acompanhamento e avaliação da descentralização pode gerar a distorção dos próprios princípios do SUS.

Embora a Constituição e a legislação infraconstitucional regulamentem a descentralização das ações e serviços de saúde, é na prática cotidiana que se percebe que os instrumentos formais devem funcionar como parâmetros de adequação às situações, permitindo a negociação para o planejamento, sem perder de vista os objetivos almejados

pela unidade do sistema. Esses fins precisam ser firmes, sem mudanças, porém adaptáveis às estratégias que permitam sua viabilização (TEIXEIRA, S.M.F., 1990).

Referindo-se à dimensão normativa e estratégica, TEIXEIRA, S.M.F. (1990) afirma que o planejamento é fundamental tanto na formulação das estratégias do processo de descentralização como em sua implantação, contribuindo para isso por meio de condições técnicas e políticas:

A dimensão normativa inclui o conjunto de conhecimentos técnicos acumulados sobre a estruturação e o funcionamento de um sistema descentralizado de saúde. Na medida em que tal sistema supõe um conjunto de unidades vinculadas por relações de dependência mútua e coordenadas por um eixo técnico-político, as normas devem incluir tanto a estrutura deste sistema, como as relações funcionais que lhe asseguram a organização. (TEIXEIRA, S.M.F., 1990:91)

No que se diz respeito à dimensão estratégica, a autora ressalta que, para mudar a centralização existente, a descentralização precisa fundar suas estratégias na contínua evolução da correlação de forças, conhecendo os diversos atores que podem facilitar ou dificultar o processo conforme sua ação ou inação.

A autora salienta ainda que a descentralização não é fim em si mesma, mas um meio e, por isso, deverá definir quais são seus objetivos e metas, ou seja, para que e com que finalidade descentralizar. Feito isto, será possível conhecer o caráter da descentralização, isto é, se é somente reforma administrativa ou se visa modificar a situação sanitária existente (TEIXEIRA, S.M.F., 1990). Porém, é imperativo que a descentralização seja visualizada como processo de médio e longo prazo, a ser cumprido por etapas, uma vez que a visão imediatista pode comprometer o processo (LOBO, 1990; TEIXEIRA, S.M.F., 1990).

1.1.3 A Municipalização e o Plano Municipal de Saúde

A descentralização das ações e serviços de saúde vem ocorrendo por intermédio do chamado processo de municipalização. Objetivando transferir o poder do nível central para o nível periférico, o texto constitucional atribui ao município a condição de ente federado (Art. 1º e 18º), reconhecendo os governos municipais em seu papel de provedores dos serviços públicos essenciais. Quanto à área da saúde, o município recebe, pela Constituição (Art. 30, VII), a incumbência de atender à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados.

No Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde (1992), cujo tema era “Municipalização é o caminho”, está registrado:

A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos, implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização, garantindo-se o controle social do processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização. (UNB, 1992:20)

CARVALHO & SANTOS (1995) afirmam que:

... a descentralização é uma decorrência do conceito de federalismo como modelo de organização política do Estado e uma exigência da prática desse mesmo federalismo para efetivação da democracia e da justiça social.

Poder-se-ia afirmar, sem nenhuma conotação retórica e com todo o potencial significativo da frase, que nada será autenticamente nacional se não passar pelo meridiano do município. (CARVALHO & SANTOS, 1995:289)

JOVCHELOVITCH (1993) ressalta:

O município é, de fato, a entidade político-administrativa que oferece melhores condições para a prática da participação popular na gestão da vida pública. (...) A essência do governo local reside em ser a autoridade que está mais perto das necessidades e reivindicações da população. (JOVCHELOVITCH, 1993:35)

Contudo, como a própria autora sugere, é importante mencionar que a municipalização deve envolver tanto a prefeitura como as organizações representativas da sociedade civil em articulação conjunta, na busca do melhor equacionamento da prestação de serviços. Assim, esta tarefa não é exclusiva da administração do município, quando então se configuraria como prefeiturização (LOBO, 1990).

É fundamental, portanto, que o município esteja articulado com a sociedade civil e, também, com as outras esferas governamentais em relacionamento de auxílio mútuo, objetivando maior fortalecimento do papel de cada nível de governo.

Sem dúvida, o SUS ampliou as responsabilidades do nível local, atribuindo, ao município a gestão e a execução das atividades relacionadas à saúde em seu território. Diante das novas atribuições, os municípios vivenciam situações que lhes exigem o desempenho de funções até então atribuídas a outros níveis. Frente a isso, implantar um

Sistema de Saúde que objetiva descentralizar o atendimento, atribuindo maior responsabilidade aos municípios, implica reverter um quadro existente até então, em que as esferas municipais eram apenas executoras. Cabe-lhes doravante pensar como deverá ser administrada a saúde no nível local e conduzir sua implementação. Na verdade, o Estado centralizador no Brasil ao excluir os municípios da gestão desencentivou sua capacidade técnica e gerencial. Além disso, muitos municípios, em particular, os recém-emancipados, não dispõem de infra-estrutura administrativa condizente com as novas atribuições (BARROS ET AL., 1996).

A descentralização, ao colocar o Município como o ente federado responsável pela saúde de seus cidadãos, traz implícita a questão da capacidade municipal para conduzir-se nesta tarefa que subentende gerenciar uma rede de serviços de saúde de composição pluriinstitucional, com visão de integralidade. GERSCHMAN (1995) assinala que, além das dificuldades relativas ao nível central do sistema, existem aquelas ligadas ao nível local no que diz respeito à “... falta de clareza e de definição quanto ao projeto de saúde e sua operacionalização pelas prefeituras locais” (GERSCHMAN, 1995:174).

JUNQUEIRA (1997) salienta que, transferindo-se poder e competências aos municípios, provocar-se-á diferentes impactos na organização, que dependerão do grau de complexidade das novas competências, seus fins e relações a serem estabelecidas com a sociedade.

Amplia-se, com a nova Constituição, a população a ser atendida em suas necessidades de saúde, pois não mais deverá prevalecer a lógica do mercado, mas, sim, a lógica da cidadania. Assim, o município deve atender seus cidadãos, desenvolvendo ações e serviços norteados por princípios e diretrizes do SUS. Assim, operacionalizar ações para o atendimento das demandas no campo da saúde, requer que os municípios estejam equipados em termos de sua instrumentalização, possibilitando mudanças gerenciais e assistenciais que gerem produtos eficazes, eficientes e a serem distribuídos de forma equitativa, prevendo também as ações intersetoriais que se fizerem necessárias à superação dos problemas.

Para o desempenho dessas funções, segundo explicita a Lei 8.080, o município poderá contar com o auxílio do poder público estadual (Art. 17, III), ao qual cabe harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, devendo o governo federal (Art. 16, III) exercer o mesmo papel para com as unidades da Federação, conforme diz o Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde (1992):

O planejamento das ações de Saúde no âmbito municipal deve ser feito com base em critérios epidemiológicos, deve ser participativo e contar com a cooperação técnica das instâncias estadual e federal, criando condições para capacitar recursos humanos do próprio Município: este processo deverá obedecer às diretrizes dos conselhos de saúde em todas as instâncias de governo. (UNB, 1992:21)

Para BARROS ET AL. (1996), cabe à esfera federal:

... – desenho e disseminação de metodologias para implementação de processo de planejamento, desenho do perfil de necessidades, e parâmetros e critérios para o estabelecimento de prioridades, que orientem processos de cooperação técnica às instâncias subnacionais. (BARROS ET AL., 1996:49)

Por conseguinte, ao gestor municipal cabe “... *dirigir um sistema de saúde (...) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria*” (MS, 1996:8).

No processo da descentralização, os municípios passam a assumir seu papel de gestores em uma das duas modalidades de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Tanto para uma como para a outra, o município deve responder a determinados requisitos.

Em meio a tais requisitos está a apresentação do Plano Municipal de Saúde. A Lei 8.142 tornou explícito que, nesse Plano, devem constar as propostas de atenção à saúde que estarão baseadas nas diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município advindas da Conferência Municipal de Saúde “... *a ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde*” (BRASIL, 1990b:25.694). Cabe salientar que tanto a Conferência como o Conselho de Saúde devem ser instrumentos viabilizadores da prática da democracia participativa.

As referências ao Plano Municipal de Saúde podem ser encontradas na Lei 8.080/90, Cap. IV, Art.15, incisos VIII e XVIII, onde se estabelece, como funções da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a elaboração do Plano de saúde articulado com a política de saúde e sua atualização periódica (BRASIL, 1990a).

Outra referência ao Plano Municipal de Saúde encontra-se na mesma Lei, no Cap. III, Art. 36, § 1º e 2º, que fixa o planejamento ascendente – desde o nível local ao federal –, determinando que os planos de saúde sejam o ponto de partida das atividades e programações em saúde, cujo financiamento deve constar na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142/90, no Art. 4, incisos III e IV, diz que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde para o recebimento dos recursos (BRASIL, 1990b).

A Portaria 2.290 do Ministério da Saúde, de 13 de dezembro de 1991, esclarece no item dois que:

Os Planos de Saúde serão aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e homologados pelo Chefe do Poder legalmente constituído em cada esfera de governo ou por quem receber, por delegação, essa competência. (MS, 1991:29.044)

Finalmente, a NOB-SUS 01/96 acentua a necessidade de que o planejamento seja ascendente, subsidiando a instância gestora hierarquicamente superior. No âmbito dos estados, deve conter estratégias, prioridades e metas de ações e serviços, integrando nele os Planos e as Programações Municipais. A gestão nacional, da mesma forma, deve integrar em seu bojo os Planos Estaduais e as Programações Pactuadas e Integradas - PPI. Esta mesma NOB salienta que:

O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a aprovação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação de recursos. (MS, 1996:20)

A NOB-SUS 01/96 aborda ainda a questão da necessidade de aperfeiçoar e disseminar instrumentos e técnicas de avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde sobre a população. Como parte do processo de planejamento, o acompanhamento e a avaliação dos resultados deverá ser feito permanentemente pelos gestores e, periodicamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde. A avaliação dos resultados comporá o Relatório de Gestão Anual, que irá mostrar as realizações e seus produtos a partir dos compromissos explicitados no Plano Municipal de Saúde e das metas quantitativas na Programação Anual. Portanto, Plano, Programação e Relatório de Gestão conformam instrumentos que permitem o controle, a avaliação e a auditoria do SUS (MS, 1996).

Portanto, a partir do que dizem as Leis, o desencadeamento das ações e serviços de saúde no município necessita ter como base o Plano Municipal de Saúde, o qual deve explicitar a política de saúde local e, para tanto, deve ser elaborado de forma a especificar

as necessidades em saúde e como atendê-las. Este fato dá oportunidade ao município não só de engajar-se no processo da descentralização e cumprir a Lei – que exige um plano para o repasse de recursos –, mas, principal e fundamentalmente, de visualizar sua realidade e, diante dela, propor estratégias de ação para a gestão do sistema.

No entanto, de acordo com BARROS ET AL. (1996), é importante assinalar que: *“Exigir das unidades federadas planos de saúde em nada assegura a institucionalização do processo de planejamento”* BARROS ET AL. (1996:33).

Apesar de haver exigência legal, esta obrigação, na verdade, vem devolver ao município um direito seu, o de planejar as ações conforme suas necessidades e dentro de um contexto de integração regional, estadual e nacional. Diante disto, cabe ao município ultrapassar as barreiras, buscando beneficiar-se com elas, tomando em conta que a Lei – que lhe impõe / devolve o planejamento de sua política de saúde – propõe-se a respaldá-lo com o oferecimento do apoio técnico necessário à ação.

De todo modo, é preciso agora optar por um modo de planejar que nos leve a considerar o planejamento como aliado, como instrumento preferido de governo.

1.1.4 O Planejamento como Ferramenta de Gestão

Muitos esforços têm sido feitos para o desenvolvimento de métodos de planejamento que possam ser utilizados na prática de gestão do sistema. Segundo PAIM (1983), observam-se quatro momentos no desenvolvimento do Planejamento. TEIXEIRA, C.F. (1993) assinala-os como sendo:

... o primeiro de elaboração, marcado pelo surgimento do método CENDES-OPS, o segundo de difusão e autocrítica, que tem como ponto de inflexão os seminários realizados no Chile em 1968, o terceiro de revisão, já nos anos 70, tendo como marco a III Reunião de Ministros das Américas e o quarto de reatualização, com o aparecimento do documento “Formulación de Políticas de Salud” elaborado por técnicos do CPPS sob os auspícios da OPAS. (TEIXEIRA, C.F., 1993:238)

RIVERA (1992) explica que a evolução histórico-conceitual pela qual passa o planejamento da saúde na América Latina, progride de um enfoque normativo para um enfoque estratégico. O enfoque normativo funda-se nos princípios do planejamento econômico, salientando a eficiência na utilização dos recursos. O método desenvolvido pelo Centro Nacional de Desenvolvimento - CENDES, da Universidade Central da Venezuela, por solicitação da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, conhecido

como método CENDES-OPAS, representa este enfoque. Segundo este autor, a intenção do método:

... é operacionalizar alguma forma de cálculo da eficiência (enquanto análise de custo-benefício) que possa auxiliar o processo de definição de prioridades (entre danos e grupos da população) quanto o processo de escolha das técnicas programáticas (combinação de recursos). (RIVERA, 1992:25)

MATUS (1996) destaca que, nesta concepção, os elementos centrais são a postura que um planejador assume ao considerar-se fora e acima da realidade, planejando um objeto – a realidade econômico-social – e podendo controlá-la. Esse planejador julga que há apenas uma explicação da realidade – a sua –, que teria fundamento em uma verdade científica. O objeto do planejamento não contém outros atores sociais¹ com capacidade de planejar e produzir ações estratégicas, mas apenas sujeitos econômicos, cujo comportamento segue leis e, sendo assim, suas condutas são rotineiras, predizíveis. Em razão disso, o ator que planeja detém todo o poder, e a única escassez existente diz respeito aos recursos econômicos, permitindo que o critério de eficácia se restrinja ao econômico, o que também direciona seu cálculo. Não há certezas mal definidas; as incertezas podem ser demarcadas por uma racionalidade matemática, técnica, na busca da solução ótima para os problemas, a fim de alcançar os objetivos de uma solução final conhecida de antemão e revelada no plano. Cumprindo-se o plano, alcançam-se os objetivos.

Este mesmo autor, analisando a prática específica do Planejamento Normativo, reconhece que ela nem sempre é encontrada na forma pura e a define como “...*uma prática economicista e tecnocrática, que se isola do planejamento político e do processo de governo ...*” (MATUS, 1996:76), atribuindo-lhe a impotência do método normativo por expressar apenas parcialmente a ação humana. Na avaliação feita por RIVERA (1992) há concordância com Matus quando diz que o fracasso relativo deste método deve-se principalmente à “... *falta de maior problematização dos aspectos políticos e macroinstitucionais, envolvidos na tomada de decisão e na execução de diretrizes racionalizadas ...*” (RIVERA, 1992:30).

A crítica ao enfoque normativo é impulsionada, segundo RIVERA (1992), com a criação do Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde - CPPS, em 1965, cuja finalidade é investigar e analisar áreas críticas do planejamento e promover cursos

¹ Pela definição de Matus, ator social “*É uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação*” (MATUS, 1996:570).

internacionais, difundindo conhecimentos. O CPPS é criado no momento em que uma série de críticas são feitas ao método CENDES-OPAS e vai atuar juntamente com o Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social - ILPES.

O enfoque estratégico surge a partir do questionamento à prática do Planejamento Normativo, destacando-se três elaborações na América Latina: a estratégia da Organização Pan-Americana de Saúde, sob o lema Saúde Para Todos no Ano 2000 - SPT/2000, que conforma a vertente do enfoque estratégico da programação em saúde, inspirada na Escola de Medellín; a teorização elaborada pelo médico argentino Mário Testa, a qual se traduz no Pensamento Estratégico; e a proposta teórico-metodológica, denominada Planejamento Estratégico Situacional - PES, desenvolvida por Carlos Matus, economista chileno (RIVERA, 1992).

Retomando a problemática da planificação social, o enfoque estratégico vai incorporar a racionalidade política à econômica. Este enfoque diferencia-se do normativo por considerar que: a normatividade econômica não é única; o sujeito que planeja está inserido na realidade que também abriga outros sujeitos planejando; a realidade tem diferentes explicações de acordo com o olhar e a posição de cada sujeito, devendo-se examiná-la também como processo dinâmico.

Fazendo agora maior aproximação ao nosso objeto de estudo, cabe uma primeira reflexão sobre o processo de descentralização até o município. Este processo exigirá do município a capacidade para articular uma política de atenção à saúde que contenha um projeto claro de atendimento às necessidades da população. Surge também uma série de questões políticas e gerenciais, as quais irão incorporar a necessidade de negociação com outros gestores municipais, com outros níveis de governo (estadual e federal), com prestadores (públicos e privados) e com os usuários. Tais fatos demandam um olhar estratégico da instância municipal.

No entanto, este olhar estratégico não advém simplesmente da mudança da lei e de seus novos conteúdos, nem da criação de técnicas e práticas administrativas formalizadas normativa e tecnocraticamente. Este olhar requer mais. Exige mudança cultural no sistema, nos atores que o compõem e constróem, devendo ser avaliadas as heterogeneidades dos municípios relacionadas às condições financeiras, econômicas, sociais, culturais, administrativas e técnicas, bem como ao quadro epidemiológico, levando-os a “... *distintas capacidades de resposta às demandas que se lhes apresentam*” (LOBO, 1990:489), o que vai determinar o desenvolvimento de diferentes experiências.

Estas vão depender também de como cada comunidade exerce seu controle social na política de governo do município.

Por conseqüência, no nível local, o gestor – Secretário Municipal de Saúde – tem o papel de gerenciar por meio da vinculação entre necessidades e recursos, da articulação de interesses na tentativa de resolver ou minimizar os problemas que se apresentem, tendo em mente os princípios básicos que norteiam o SUS.

O desafio que se coloca ao gestor municipal da saúde está em buscar instrumentos que o auxiliem na tarefa de gerir em uma realidade complexa. Um destes instrumentos é o planejamento, que pode, dependendo do enfoque, alterar ou melhorar a capacidade de governo, expressa como a capacidade de dirigir, gerenciar, administrar e controlar, segundo MATUS (1996). Acrescentamos a esta, a afirmação de TESTA (1992), quando diz que o planejamento tem, entre outras funções “... *a de estimular o crescimento e criar possibilidades de mudanças ...*” (TESTA, 1992:101).

Assim, optamos neste estudo pelo enfoque dado pelo método Planejamento Estratégico Situacional - PES, visto que ele é constituído de um corpo teórico-metodológico bem articulado e potente, além de ter orientado a maioria das experiências de planejamento democrático e alternativo no país, mediante as quais podemos referenciar nossa análise. As formulações teóricas desenvolvidas por Carlos Matus para o PES são, sem dúvida, coerentes e úteis, sendo elas que proporcionam sustentação a sua proposta metodológica. Conforme afirma Rivera:

Não fugiríamos da verdade se disséssemos que este enfoque (e sua base teórica) representa um dos mais aprimorados trabalhos que surgiram recentemente no âmbito da planificação social no continente. (RIVERA, 1995:190)

Atualmente, segundo MERHY (1995), existem no Brasil quatro caminhos básicos do planejamento: a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento comunicativo e a gestão estratégica em saúde. Tais caminhos têm por objetivo superar as dificuldades de organização do setor saúde e reformular suas práticas e, em sua maioria, apoiam-se no PES para a elaboração de suas abordagens.

No que diz respeito ao nosso estudo, é preciso esclarecer que não tomamos por objeto uma discussão teórico-metodológica mais aprofundada do PES. Até porque a preocupação de Matus em formalizar o processo de planejamento gera um método bastante complexo (RIVERA, 1995), em que a utilização de todos os formatos que compõem sua metodologia estaria mais voltada ao nível gerencial de organismos maiores e dotados de

maior número de recursos (SÁ & ARTMANN, 1994). Assim sendo, interessa-nos abordar apenas os elementos teóricos do enfoque do PES que podem servir de guia à descrição analítica que nos propusemos em virtude de nossos questionamentos e da predominância, nesta pesquisa, de municípios de pequeno porte, cujas Secretarias Municipais de Saúde carecem de recursos para a elaboração de Planos Municipais de Saúde mais formalizados.

1.1.4.1 O Planejamento Estratégico Situacional - PES

O PES é um método de planejamento desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus para o planejamento econômico-social, o qual passou a ser utilizado pela OPAS, que o adaptou ao campo da saúde.

Carlos Matus dirigiu a Divisão de Assessoria do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social - ILPES em seu país. Posteriormente, foi Ministro da Economia durante o governo Allende e presidiu o Banco Central do Chile. Com o advento da ditadura militar foi preso e exilado, exercendo ulteriormente a função de presidente da Fundação ALTADIR - Alta Direção, na Venezuela (RIVERA, 1992; HUERTAS, 1993).

A proposta teórico-metodológica de Carlos Matus começou a ser esboçada no início dos anos 70, período em que iniciou o questionamento quanto à planificação normativa do planejamento econômico-social (RIVERA, 1992). Assim, Matus passou à reflexão acerca de como viabilizar um projeto de governo, muito embora refira que o planejamento pode ser utilizado por todos os atores sociais (KON, 1997).

MATUS (1996) afirma que a necessidade de planejar traz em si, em primeiro lugar, o reconhecimento de que queremos governar nosso futuro em direção satisfatória, ou seja, queremos mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória.

É fato que nem todos planejam sempre em prol de mudança. Existem igualmente aqueles que se propõem planejar para manter situações que os favoreçam. Porém, como diz esse autor “... *este não é o caso mais comum nem o principal para justificar o planejamento*” (MATUS, 1996:10). No entanto, isto nos dá a clareza de que é possível encontrarmos planejadores que planejam a manutenção de situações, deixando evidente que não planejamos sozinhos.

Portanto, cada indivíduo – com seus objetivos, valores e recursos – vai desenvolver ações no cotidiano que se refletirão na realidade, modificando-a e interferindo nas ações de outros indivíduos, os quais, por sua vez, reagem, desenvolvendo ações e provocando impacto na realidade. Sendo esta o fruto do processo de produção de fatos dos indivíduos

e de forças sociais, está sempre em movimento. Refletindo desta forma, MATUS (1996) salienta que:

Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for. (MATUS, 1996:14)

No entanto, não se optando pelo planejamento, está-se buscando a alternativa oposta ao plano que é a “... a improvisação ou a resignação ...” (MATUS, 1996:16). O autor diz que o planejamento “... é o cálculo que precede e preside a ação” (MATUS, 1996:17). Para isto deve existir um momento de reflexão, que pode ser imediatista, assistemática, tão somente técnica, intuitiva ou sistemática. Para o autor, o conteúdo da palavra planejamento pode ser melhor definido como:

... o cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. A reflexão imediatista, tecnocrática e parcial não é planejamento, e tampouco é planejamento a reflexão que se isola da ação e torna-se uma mera pesquisa sobre o futuro. (MATUS, 1996:19)

Para sustentar que o planejamento como cálculo situacional sistemático é preferível a outros tipos de cálculos, MATUS (1996) aponta seis argumentos que sintetizam seu entendimento sobre o significado do planejamento:

“PRIMEIRO ARGUMENTO: É NECESSÁRIA UMA MEDIAÇÃO ENTRE O FUTURO E O PRESENTE.”

Este argumento fundamenta-se no fato de que os indivíduos produzem fatos, os quais, por sua vez, geram efeitos não só em quem os produziu, mas também em outros indivíduos com igual capacidade de produção. Os efeitos destes fatos conformam o futuro, e este incidirá tanto em quem os produziu quanto no outro, ora como oportunidades ora como problemas. Logo, ao planejar seus atos, os indivíduos devem refletir acerca do que será melhor para eles no futuro, ou seja, tentando visualizar o futuro para compor as ações de hoje. O autor exemplifica dizendo: *“Quando um presidente da República entrega a faixa presidencial ao vencedor do partido da oposição já não lhe é possível refazer seu governo. O tempo social é irreversível”* (MATUS, 1996:20).

“SEGUNDO ARGUMENTO: É NECESSÁRIO PREVER QUANDO A PREDIÇÃO É IMPOSSÍVEL.”

O futuro é incerto, pois depende de variáveis desconhecidas, o que poderá alterar o resultado das ações atuais, uma vez que vários fatos podem determiná-lo. Fazer uma

predição quanto ao que virá é impossível, porém podemos tentar desvendá-lo, prevenindo possíveis situações a ocorrer para antecipar ações que possibilitem eficácia.

“TERCEIRO ARGUMENTO: REAÇÃO VELOZ E PLANEJADA ANTE AS SURPRESAS.”

Muitas vezes, apesar de termos tentado desvendar o futuro, delimitando possibilidades e alternativas de ação, podemos errar. Deparamo-nos então com surpresas. Assim, quando as reconhecemos, caberá reagirmos com velocidade de novo planejamento, sabendo quais as alternativas que não são mais eficazes.

“QUARTO ARGUMENTO: É NECESSÁRIA UMA MEDIAÇÃO ENTRE PASSADO E FUTURO.”

Este argumento diz respeito ao aprendizado que se deve obter no caso de não conseguirmos agir de forma rápida e eficaz. Devemos então, ponderando o passado recente, desenvolver um sistema de cálculo que detecte o erro, assim que se manifeste, para que possamos corrigi-lo rápida e eficazmente.

“QUINTO ARGUMENTO: É NECESSÁRIO MEDIAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO E AÇÃO.”

Sendo o planejamento o cálculo que precede e preside a ação, ele exige reflexão antes da ação para melhor definir o alvo e como fazer para atingi-lo. No entanto, pode haver distintas visões do mesmo alvo, como também de como atingi-lo. Estas visões não se restringem às dos especialistas, mas advêm de outros atores sociais que interferem em dado problema. Esses atores podem ser: um governante que está atuando em função de compromissos, as associações de moradores, os sindicatos, os cientistas e tantos outros.

A reflexão a respeito das distintas visões da realidade – e conseqüentemente, dos distintos modos de abordá-la, que para cada ator social é a mais relevante – vai exigir cálculo político, técnico e social. Só assim o planejamento não será considerado supérfluo:

O governo refere-se à ação prática, e se ela pretende ser eficaz, o processo de governo e o processo de planejamento devem coincidir, no presente, como um cálculo que precede e preside a ação. (MATUS, 1996:27).

“SEXTO ARGUMENTO: É NECESSÁRIO COERÊNCIA GLOBAL ANTE AS AÇÕES PARCIAIS DOS ATORES SOCIAIS.”

Cada ator social produz fatos conforme a sua visão da realidade e seus objetivos. Os fatos assim produzidos podem determinar um resultado da ação global nem sempre coerente. A coerência requer racionalidade central, portanto é preciso a ação central para atingir a coerência global que resultará das ações empreendidas por vários atores “... se é

que queremos conduzir o sistema social a objetivos decididos democraticamente pelos homens” (MATUS, 1996:27). Dizendo melhor, há de existir condução central que direcione as partes para o todo, não devendo cada parte ir no sentido oposto da outra, se não for com o objetivo de complementá-la ao final.

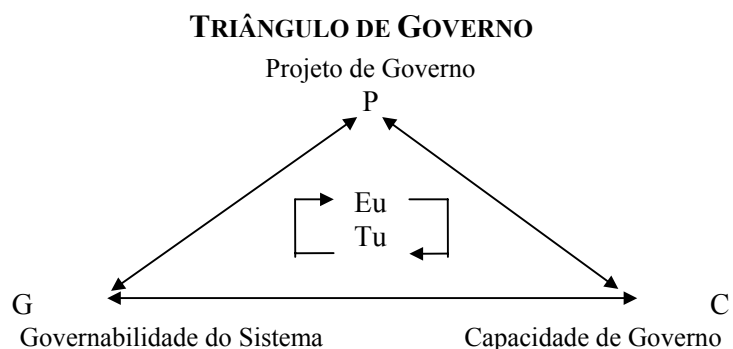
Os argumentos apresentados por Matus têm por meta colocar o planejamento societário como ferramenta a ser utilizada para conduzir a produção de fatos pelos atores sociais. Assim, a Planificação Situacional refere-se à arte de governar em situações em que o poder está compartilhado (RIVERA, 1992).

Segundo MATUS (1996), governar é bastante complexo, pois exige do governante a habilidade de conduzir um processo a partir da definição de objetivos a serem atingidos, os quais podem ser modificados de acordo com o andamento do processo, ou seja, o **projeto de governo**, buscando ativamente vencer as dificuldades, o que significa ter a **governabilidade do sistema**, demonstrando assim **capacidade de governo**. Essas três variáveis podem ser melhor especificadas como:

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

experiência, métodos e técnicas que o governante e sua equipe possuem. Em resumo, o seu capital intelectual.

Essas três variáveis, embora de naturezas distintas, condicionam-se mutuamente, aludindo à complexidade do processo de governar. Conformam os vértices de um triângulo denominado, por Matus, Triângulo de Governo, um dos elementos centrais de análise neste estudo.



Fonte: MATUS (1996).

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

Nesse Triângulo, as variáveis Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema entrelaçam-se e condicionam-se mutuamente, determinando demandas entre si no complexo processo de governar. Isso significa a existência de interdependência entre essas variáveis onde o Projeto de Governo não é produto tão somente das circunstâncias, mas também da Capacidade de Governo de quem governa, aí incluída a capacidade de explicar a realidade, gerando ações eficazes. Ampliar a Capacidade de Governo conduz não só ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação, mas, também, ao aumento da Governabilidade do Sistema, traduzida como possibilidade de agir e controlar os efeitos da ação, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do Projeto de Governo, o qual, quanto mais ambicioso, maior Governabilidade exige; todavia, se for um projeto de qualidade, favorece a adesão e pode ser aceito mais facilmente, sendo então um projeto mais fácil de governar.

Interessa-nos aqui, em especial, a variável que se refere à Capacidade de Governo, a qual pode afetar o Projeto de Governo e a Governabilidade do sistema. Referindo-se a este ponto, o autor considera que:

A principal deficiência da capacidade de governo tem origem, geralmente, na pobreza e rigidez do cálculo que precede e preside a ação do governante, ou seja, de seus métodos de planejamento. (MATUS, 1996:71)

O planejamento, para o governo, deve ser uma ferramenta potente e de utilidade prática, auxiliando o governante a resolver problemas. Precisa constituir-se como processo interativo que envolve vários sujeitos, necessitando de um cálculo estratégico, de natureza política, segundo a proposta do PES. Nela, Matus desenvolve conceitos e noções centrais que propiciam a sustentação de seu método.

O conceito de **Situação**, termo que dá nome ao PES, é trabalhado por Matus a partir da fenomenologia da percepção, segundo a qual dentro do mesmo cenário pode-se ter várias percepções diferentes, conforme a apreciação de cada sujeito. Tal conceito consiste em recorte ou leitura da realidade feita por um ator social, sendo ela determinada por sua ação, interação e luta com outros atores sociais. Esse ator social que faz a leitura da realidade, nela está inserido; portanto, a leitura estará condicionada pela posição que ele ocupa, reconhecendo que esta realidade abriga outros atores, os quais também planejam. Não existe uma única leitura, pois a realidade constitui-se como espaço aberto a muitas possibilidades explicativas derivadas dos diversos atores. Cada sujeito ou ator social desenvolve uma explicação situacional decorrente de sua posição na realidade. Sendo assim, reconhece-se a impossibilidade de a explicação de um ator ser completa – uma vez que não é a única – e não ser objetiva, porque estará condicionada pelos interesses, visões de mundo, crenças e ideologias de cada ator social.

A situação é que dará significado à ação de um ator. Para que seja possível ao ator social formular projetos de ação, é preciso que explique a realidade em que vive, ou seja, que busque desenvolver sua explicação situacional de forma rigorosa e totalizante, incluindo a explicação de outros atores, já que, se não o fizer, estará cego para o fato de que outros atores têm seus propósitos, tornando-se imprescindível conhecê-los para que sua explicação possa representar um recorte mais real. Isto permitirá, ao ator social que planeja, conhecer as possibilidades e restrições tanto em relação a si mesmo como a outros atores (MATUS, 1996).

O outro ator age segundo os próprios referenciais, de acordo com aquilo que acredita e / ou na situação em que se encontra. Para Matus, entender a explicação do outro não significa aceitá-la. O entendimento é imprescindível, porque sem ele não é possível desenhar estratégias. O autor faz analogia com jogos em que os jogadores de ambos os lados procuram ganhar, mas nos quais as possibilidades de ambos dependem não só das próprias jogadas, mas também das jogadas dos outros. Os jogadores, então, buscam continuamente calcular as jogadas a serem feitas. A isto denomina **cálculo interativo**, que é próprio do planejamento estratégico.

Este cálculo reconhece que o sistema social apenas em parte segue leis, o que limita a predição e impossibilita um cálculo baseado em relações matemáticas. O planejamento de sistemas criativos – como o sistema social – obriga-nos a planejamento mais complexo. No cálculo interativo, produz-se a interdependência das decisões mais eficazes, assim como as incertezas são mutuamente condicionadas.

Sendo assim, o diagnóstico tradicional, pela sua redução a um único ator, não possibilita o êxito, pois, ao não reconhecer o outro, desperdiça o auxílio do cálculo interativo. Por sua vez, a explicação situacional não é colagem de várias explicações. Ela é policêntrica, porque considera a explicação de outros atores, mas é igualmente auto-referente, ou seja, é elaborada na perspectiva do ator que está explicando. As várias explicações dos atores são ponderadas e articuladas sob a óptica do ator que explica, do ator que assina e assume o compromisso de cumprir o plano.

Em virtude disso, MATUS (*apud* HUERTAS, 1993) pensa que há considerável diferença entre o diagnóstico tradicional e a explicação situacional. O primeiro configura-se como descrição da realidade feita por um único ator, enquanto que a explicação situacional depende de leitura da realidade por meio de distintas interpretações. O autor atribui a um diagnóstico técnico rigoroso o papel da matéria prima que possibilita ao ator social realizar a apreciação da situação, contudo não julga possível a formulação de um plano real a partir diretamente do diagnóstico, tornando-se necessário efetuar primeiro a análise da situação.

Em tal caso, é indispensável que se defina claramente quem está explicando, ou seja, quem é ou quem são os atores que se responsabilizam pelo planejamento, podendo-se ter clareza a respeito da governabilidade destes para o enfrentamento dos problemas. Matus define problema como “... a formalização para um ator de uma discrepância entre

a realidade constatada ou simulada e uma norma de referência que ele aceita ou cria” (MATUS, 1996:580).

O Planejamento Estratégico é realizado a partir de necessidades, entendidas como problemas declarados pelos atores. Diferentemente do planejamento tradicional – que se concentra em setores –, o planejamento estratégico tem seu centro de ação nos problemas. Matus explicita seu ponto de vista:

La realidad genera problemas, amenazas y oportunidades. El político trabaja con problemas y la población sufre problemas. Es un concepto muy práctico que aterriza la planificación y reclama la realidad misma. En cambio, el concepto de sector es una imposición analítica, es muy genérico, poco práctico y más propio del análisis macroeconómico. Los problemas reales cruzan los sectores y tienen actores que se benefician o perjudican con ellos. En torno a problemas es posible la participación ciudadana; en torno a sectores es imposible. Los actores del juego social lidian con problemas, no con sectores. (MATUS apud HUERTAS, 1993:31)

Utilizando a tipologia de Mitroff, Matus diferencia os tipos de problema, denominando-os estruturados e quase-estruturados. Os primeiros são aqueles que conseguimos reconhecer e para os quais podemos apresentar com precisão as alternativas de solução e, entre elas, escolher a melhor. Os quase-estruturados, ao contrário, são aqueles que não conseguimos nem definir nem explicar precisamente e, em decorrência disso, torna-se difícil o desenho das alternativas de solução, assim como o conhecimento de critérios para selecionar a melhor alternativa entre aquelas que formulamos. Os problemas quase-estruturados configuram-se como problemas sociais típicos, com os quais, em geral, o homem mais lida, contudo: *“A primeira dificuldade com tais problemas está em reconhecê-los”* (MATUS, 1996:580).

O autor salienta que os problemas são valorizados de formas distintas pelos atores sociais, de acordo com a posição que o problema ocupa em suas escalas de prioridades. Isto é o que leva a que a mesma realidade seja explicada de diversas formas. Matus estabelece diferentes tipos de problemas:

- *problemas atuais*: os que estão ocorrendo no momento e surgem quando um ator compara a realidade atual com uma norma que considera válida;
- *problemas potenciais*: representam ameaças prováveis no futuro. São reconhecidos quando o ator compara a realidade de um encontro desfavorável de tendências com uma norma de referência;

- *problemas terminais*: aqueles que aparecem, na prática cotidiana, na relação do ator social com os resultados do sistema em que está inserido. Surgem como necessidade insatisfeita ou como demanda da população;
- *problemas intermediários*: os que afetam os atores, mas com os quais estes atores não têm relação direta ou consciência de sua existência, só os reconhecendo quando se esforça a fim de situar-se no espaço de outros atores e sua prática social. São os que surgem no espaço das instituições do sistema e não entre as instituições e a população, mas que a afeta;
- *problemas em situação*: os que se relacionam ao nível situacional a ser modificado. São os problemas referenciais do debate entre as forças sociais, bem como na definição das operações que irão enfrentá-los.

Matus alerta para o fato de que um problema pode, também, ser uma oportunidade, à medida que pode desencadear soluções geradoras de novas políticas.

Assim, uma explicação situacional que considera tais aspectos, permite e facilita intervenção eficaz intra, intersetorial e com a população, no sentido de atacar as causas básicas dos problemas, uma vez que a planificação, para ser legítima, deve favorecer que todos opinem acerca dos problemas reais que os afetam e das soluções mais eficazes para eles (MATUS, 1996). Isso permite e propicia a co-responsabilidade quanto aos problemas e também às intervenções necessárias para enfrentá-los, de modo que consiste em: “...*construção de um conhecimento e de um projeto de intervenção efetivamente coletivos*” (SÁ & ARTMANN, 1994:33).

Porém, para o processamento de um problema, necessitamos de uma explicação totalizante, o que significa uma abordagem política, econômica, ideológica e cultural, não esquecendo de ser também rigorosa, buscando articular o plano dos fenômenos e o plano da essência. Referindo-se a isso, KON (1997) aponta para o fato de que:

O processamento de um problema, para permitir a operacionalização de intervenções efetivas, exige, no entanto, uma descrição suficiente e uma explicação minimamente adequada de suas causas e tendências, ainda que mantido um grau inevitável de indeterminação ou incerteza. (KON, 1997:62)

Em suma, a explicação situacional é aquela em que se constrói a rede causal dos problemas selecionados.

Para dar conta disso, MATUS (1996) elabora a **Teoria da Produção Social**, que vai apoiar o conceito de situação para a explicação situacional. Deste modo, o ator social, ao elaborar sua explicação situacional, deverá ler a realidade não apenas no plano dos fatos aparentes, mas também em outros planos. Com base nisto, o autor determina uma forma de explicar a realidade a partir de três níveis: o dos *fatos em si*, ao qual denomina de *fenoprodução*, e que, no caso da área da saúde, podem ser as consultas, as internações hospitalares etc., ou os aumentos na incidência de doenças; o das *estruturas com capacidade de produção dos fatos*, como são as organizações sociais, econômicas, ideológicas, ao qual chama de *fenoestruturas*, e que, para a área da saúde, podemos exemplificar como a capacidade física instalada, os recursos humanos, o sistema de financiamento etc.; e o das *leis básicas*, que estabelecem o regulamento de uma formação social que nomeia de *genoestrutura*, o qual tem maior influência sobre os outros dois.

Estes níveis firmam entre si um encadeamento de relações causais e hierarquicamente determinadas, em que o nível da genoestrutura estabelece maior determinação sobre os demais. Este processo de encadeamento pode ser visualizado no Fluxograma Situacional, onde é possível construir o inter-relacionamento causal do problema em um quadro esquemático, o que contribui para sua maior explicitação, podendo-se obter, a partir disto, uma atuação mais viável e efetiva (SÁ & ARTMANN, 1994).

A situação explicada desta forma permite, dentro do Fluxograma Situacional, a indicação de **nós críticos**, tidos como os pontos de maior sensibilidade para a mudança e que serão o alvo das ações para enfrentar o problema.

Matus utiliza a Teoria da Produção Social para elaborar uma leitura da forma de funcionamento das organizações, gerando a **Teoria das Macroorganizações**, chamando a atenção para o fato de que todas as organizações têm regras (normas), acumulações (isto é, possuem internamente capacidade de produção, como, por exemplo, o sistema de informações, os recursos humanos, os equipamentos) e, também, fluxos de produção (como as conversas, as ordens, os memorandos).

A proposta metodológica do PES, a partir dos conceitos e teorias que o fundamentam, concentra seu plano de ação nos problemas, nas oportunidades e nas ameaças. Matus, em entrevista a HUERTAS (1993), diz que o PES propõe-se a processar problemas, o que significa:

1) explicar como nace y se desarrolla el problema; 2) hacer planes para atacar las causas del problema mediante operaciones, 3) analizar la viabilidad política del plan o ver la manera de construirle viabilidad, y 4) atacar el problema en la práctica, realizando las operaciones planificadas. (MATUS apud HUERTAS, 1993:32)

O método desenvolvido por Matus para a formulação de um plano vai exigir que se esclareça o conceito de **Momento** que, segundo o autor, é “*A instância repetitiva pela qual passa um processo encadeado e contínuo que não tem princípio nem fim bem definido*” (MATUS, 1996:577). São quatro os momentos do método: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Em razão de uma questão didática, o autor inicia pelo momento explicativo, mas deixa claro que todos os momentos comportam os demais:

- **Momento Explicativo** – explicação de como a realidade é para os outros e para nós. Nesse momento listam-se os problemas, procede-se a sua seleção segundo o valor dos mesmos para o ator que planeja, para os atores sociais e para a população. Segue-se ao seu processamento, utilizando o Fluxograma Situacional para a explicação sistêmica dos problemas, com a compreensão de que uns são conseqüências de outros e, então, selecionam-se os nós críticos. Este momento nunca cessa, devendo ser permanentemente atualizado em função das mudanças que podem ocorrer na realidade.

Nesse momento do planejamento, Matus considera que as técnicas do diagnóstico tradicional são úteis, porém que é preciso ir além da usual e mera listagem de problemas que elas produzem. O que se espera é que estas técnicas auxiliem na identificação dos problemas para que se possa desenvolver uma explicação da situação e de suas relações causais, de forma a compreender a inter-relação entre os problemas, possibilitando uma visão mais sintética do sistema que os produz. Assim, explicar o processo de geração de um problema permite também definir o valor destes problemas, ou seja, sua importância para o projeto de cada ator.

Como nem todos os problemas listados podem ser enfrentados, há necessidade de selecioná-los. Matus estabelece três critérios para esta seleção: 1) o valor de problema para o ator que planeja (ou seja, a direção da organização); 2) segundo a eficiência, a eficácia ou efetividade com que pode enfrentar os problemas; e, 3) a oportunidade e a possibilidade de êxito no seu enfrentamento, estando na dependência do valor que estes problemas têm para os seus oponentes.

Os problemas a enfrentar são os que prosseguirão no plano, mas isso não significa que os não selecionados estejam descartados. Eles constituirão o Arquivo de Problemas, pois, conforme muda a realidade, podem passar a fazer parte do plano.

De todo modo, o plano deverá ter uma coerência global desde a apreciação da situação global, justificando a seleção dos problemas como áreas problemáticas que se inter-relacionam. Isto evidencia a intercausalidade dos problemas, conformando um macroproblema. Este é processado no Fluxograma Situacional, que nada mais é do que a inter-relação sistêmica do conjunto de problemas selecionados e que, após ser feita a eleição dos nós críticos (sobre os quais atuaremos), constituirá o conteúdo do plano.

- **Momento Normativo** – explicação dos fundamentos do desenho elaborado. Aqui se fará o delineamento das propostas de ações e operações que “devem ser” efetuadas para resolver cada problema, com base na definição de onde se quer chegar. A direcionalidade é dada então pela situação-objetivo formulada pelo ator que planeja, comparando esta norma com a realidade observada. Porém, como o plano se insere em um contexto de incertezas e surpresas em relação ao futuro, não é possível citar uma única possibilidade em que o plano ocorrerá, como faz o Planejamento Normativo. Assim, as normas existem, mas não podem conduzir cegamente o plano em uma única direção.

O Momento Normativo constitui-se como um cálculo aproximado dos resultados e é, portanto, uma grande aposta. Sendo assim, Matus alerta para a necessidade de fundamentar as apostas no cálculo de contextos possíveis em que o plano pode ocorrer, baseando-se o planejador mais nas técnicas de previsão do que nas de predição, tentando preparar-se para as incertezas e surpresas. Estes *contextos possíveis* são chamados cenários, os quais podem ser explicitados em um cenário otimista, um cenário central e um cenário pessimista, onde cada um demarca as condições e pressupostos de ocorrência do plano, visando sua explicitação e esclarecendo possibilidades e dificuldades a serem consideradas na sua implementação, bem como as necessárias acomodações do plano às circunstâncias. Definidos os prováveis cenários, devem ser estabelecidas as operações para os problemas dentro de cada um. Isso permite que, a partir da constante avaliação da situação, seja possível localizar-se em determinado cenário e optar pelas operações mais condizentes à busca da situação objetivo, ou seja, aquela que se quer alcançar (MATUS, 1991).

O Planejamento Situacional propõe um plano modular composto por operações ligadas à resolução de problemas – módulo operações-problemas –, podendo restringi-las ou ampliá-las em movimento rápido, que poupa tempo conforme a reação necessária frente às circunstâncias que possam ocorrer em cada cenário (MATUS, 1996). Estes planos de ação são constituídos por operações tidas como aplicação de recursos para a produção de um resultado que modifique a situação (MATUS, 1996). Segundo ARTMANN (1993), “...são os módulos básicos e práticos da planificação...” (ARTMANN, 1993:75).

O princípio básico no Planejamento Situacional é que o plano se expresse em operações ou módulos de ação, garantindo continuidade metodológica desde as linhas gerais até os requisitos práticos. Desta forma, refletirá com clareza os compromissos de ação que assume o ator que planeja e assina o plano. Além disso, o plano também possibilita visualizar os responsáveis pelas propostas nele contidas.

O Planejamento Situacional considera o plano como um conjunto de compromissos que devem ser claramente definidos em termos de Recursos, Produtos e Resultados, de Tempo e Responsabilidades diferente de um conjunto de diretrizes e recomendações genéricas. Matus salienta, em seu Decálogo para a Planificação, que “*A planificação é uma forma de organização para a ação*” (MATUS *apud* RIVERA, 1992:115) e isto é o que diferencia a planificação estratégica da normativa. A estratégica está fundada em idéias e recomendações, mas concretiza-se em operações, sendo o plano situacional um conjunto de operações para uma forma concreta de produção:

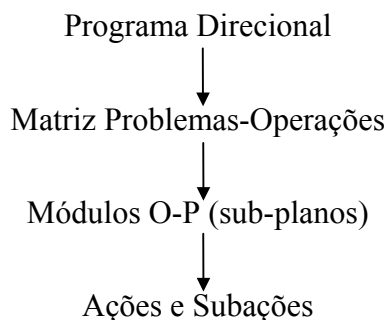
Neste sentido, o plano situacional parece-se mais à formalidade de um orçamento por objetivos do que à literatura imprecisa do plano normativo que se auto-recomenda ações e políticas que não assume como desenho operacional. (MATUS, 1996:116)

Um programa de governo no Planejamento Situacional é o compromisso do dirigente ou com sua base social ou com uma organização que quer dirigir e estabelece o ponto de partida de um processo que será sistematizado em discussões e cálculos para preceder e presidir as ações do governante. Sua função principal é estabelecer o marco de direção que irá orientar o processo de planejamento. Este, por sua vez, é o método de condução aos objetivos especificados no programa, tendo então o plano “... *um caráter de convocação, compromisso e guia para a ação prática*” (MATUS, 1996:337).

Matus assinala os diversos níveis de generalidade e especificidade existentes no desenho de um plano:

Programa de Base





Fonte: MATUS (1996).

O dirigente diz aonde quer chegar em seu programa de governo e o plano propõe um arco direcional, uma direção, para como fazê-lo. Esse arco direcional funciona como bússola, para não se perder em um desvio. O arco direcional é chamado de programa direcional, sendo bem mais preciso ao estabelecer, em diferentes contextos (os cenários), a cadeia dos **meios → produtos → resultados** (MATUS, 1996).

O programa direcional, então, é compromisso de ação e resultados que contém os planos de ação, nos quais estará explicitado o conjunto de operações para enfrentamento dos problemas (MATUS, 1996).

Cada operação deve estruturar-se como uma relação entre **recursos → produtos → resultados** a serem precisados quantitativa e qualitativamente, o que facilita a orçamentação do plano. No entanto, é preciso salientar que nem toda operação necessita apenas de recursos econômicos, pois os recursos exigidos, muitas vezes, também são outros, como os políticos, os organizacionais ou os de conhecimento. Deve-se considerar também que a seleção e o desenho de uma operação precisa ter em conta sua eficiência de produção (alcançar o máximo produto-meta, mantendo-se sua qualidade e quantidade com dado conjunto de recursos) e sua eficácia direcional (alcançar a mudança nas características do problema).

O desenho de uma operação implica, além disso e inevitavelmente, o desenho de um sistema para acompanhá-la, controlá-la e avaliá-la. Sendo assim, cada operação deverá preencher os seguintes requisitos: ter um responsável por ela, definir os meios necessários a serem utilizados e os resultados a que se propõe em relação ao problema a enfrentar, exigir a aplicação dos recursos previstos e, ainda, precisar o tempo necessário para o alcance dos resultados (ARTMANN, 1993). Portanto, “... *uma operação é a relação entre recursos e produtos (eficiência) e entre produtos e resultados (eficácia)*” (ARTMANN, 1993:76).

O plano dentro do PES, como diz Matus, é um plano de duas faces. Ele tem operações e tem demanda de operações. Esta ocorre quando o ator que planeja solicita a outro ator que realize certa operação para solucionar determinado problema. Isso acontece quando o ator que planeja não tem nenhuma governabilidade sobre aquele problema, ou seja, quando há um problema que tem causa importante a ser atacada, porém a ação não depende do setor saúde, surgindo então a demanda de operações a outro setor.

A noção de demanda de operações é central para a questão da intersectorialidade diante da atual questão da integralidade. Assim, quando o enfoque do PES abre-se para discutir o espaço de governabilidade – e não somente a governabilidade do ator, entendendo as causas do problema para além daquele domínio situacional específico do ator que planeja e abrindo a possibilidade de demanda de operações – ele abre concretamente uma forma de trabalhar a questão da intersectorialidade. A esse respeito, SÁ & ARTMANN (1994) salientam que:

É interessante explorar possibilidades de articulação que permitam que autores representativos de outros setores de governo deixem de ser considerados apenas na análise estratégica e enquanto destinatários de demandas de operações e passem a ser co-responsáveis pela explicação e intervenção nos problemas. (SÁ & ARTMANN, 1994:33)

- **Momento Estratégico** – explicação das dificuldades para a construção da viabilidade do desenho de plano. Neste momento analisar-se-á a viabilidade política do plano, considerando oponentes e aliados em relação às operações propostas no momento anterior, articulando o “deve ser” com o “pode ser” no propósito de formular estratégias que possibilitem incorporar viabilidade ao plano. Para Matus, o conceito de estratégia tem duas conotações: uma se refere ao que é importante fazer para chegar ao objetivo pretendido, e a outra, relaciona-se ao modo com que se deve agir para com o outro a fim de obter sua colaboração ou vencer sua resistência e atingir a situação objetivo. O poder não pertence a um único ator. Ele está compartilhado; por isso, o planejamento requer agora a sistematização do cálculo político, o que envolve conflito, concerto e consenso. Diante disso, Matus ressalta que *“Não se pode ignorar o problema político. Porque um dos recursos que restringem nossas capacidades de produção social de ações são as restrições de poder”* (MATUS *apud* RIVERA, 1992:116).

Este momento envolve a análise entre o necessário, o possível e a criação de possibilidades, originando-se quando o ator que planeja se dá conta de que existem restrições a alguma operação. Do reconhecimento destas restrições – que podem ser

restrições de poder político, econômico e institucional-organizativo – surge a necessidade da análise de viabilidade das operações que não são viáveis.

A análise de viabilidade de uma operação parte da análise de motivação dos atores que controlam certos recursos de poder exigidos para tornar realizável aquela operação. A motivação é a combinação dos interesses e valores daqueles atores, traduzindo-se na intensidade – alta, média ou baixa – com que eles apoiam ou rejeitam determinada operação. Além da análise da motivação, deverá ser feito também a análise da capacidade de ação do outro ator, denominada por Matus Vetor de Peso, isto é, o conjunto de elementos que enumeram e dão valor às capacidades de ação de um ator.

O ator que planeja saberá se a operação é consensual ou conflitiva a partir da análise da motivação. Se a operação for conflitiva, é necessário que a construção de sua viabilidade seja feita através da concepção de estratégias de cooperação (negociações para acordar vias de cooperação), cooptação (quando um ator ganha a adesão de outros atores para a sua própria posição) ou conflito (visa diminuir a força do ator com interesses contrários). Matus salienta que *“A viabilidade é construída em uma delicada relação do governante com a situação real, encarnada nas forças sociais e na população em geral”* (MATUS *apud* RIVERA, 1992:139).

Os três momentos descritos até aqui, servem, segundo o autor, para que a equipe de governo acumule conhecimentos que lhe dêem oportunidade de ação sobre a realidade, o que ocorrerá no quarto momento.

- **Momento Tático-Operacional** – explica como se dá a execução de nossas decisões. Nele ocorre a ação, tendo o plano como suporte, adaptado às circunstâncias do momento, em um processo contínuo, sem rupturas. Isso vai exigir um recálculo do plano que deverá perpassar os três momentos anteriores e a ação praticada, visando reavaliar o proposto em cada um deles e suas necessárias readaptações à realidade, que muda constantemente. Matus alerta para a necessidade da permanente revisão dos fundamentos do plano, pois ele pode ter fraquezas, uma vez que nossa cegueira parcial é a que explica a realidade e desta explicação é criado o desenho do plano.

Esse é o momento em que se verifica o domínio do plano sobre a improvisação ou dessa sobre o plano. *“A ação é sempre o produto final de um cálculo, mas não necessariamente o produto final do plano”* (MATUS, 1996:485). Por esta razão, o momento em que o plano começa a ser implementado é o momento da mediação entre o

conhecimento e a ação. Para prosseguir com o plano e poder atuar, é imprescindível que se avalie a situação na conjuntura:

A resolução de problemas e operações é a forma de correção mútua entre plano e realidade, ajustando-se um ao outro conforme as circunstâncias e mediante decisões e ações concretas. (MATUS, 1996:487)

Para esse autor, a constante avaliação da situação para efetuar possíveis correções é característica de organismos bem gerenciados, em que os recursos servem a objetivos precisos. Isso exige, portanto, um **Sistema de Direção Estratégica**, que se define como o planejamento no dia a dia, evidenciando as necessidades mais importantes em termos de decisão. Sendo assim, Matus propõe cinco subsistemas para o sistema de Direção Estratégica:

- *Subsistema de Planejamento na Conjuntura* – consiste na mediação entre o conhecimento e a ação, concentrando-se nos problemas e operações estratégicas, sendo este subsistema o centro da direção estratégica;
- *Subsistema de Gerência por Operações* – transforma o sistema de direção em um subsistema que se reproduz até os níveis operacionais da base, convertendo os módulos problemas-operações do plano, em módulos de gerência;
- *Subsistema de Petição e Prestação de Contas* – avalia a mudança da situação conforme as responsabilidades estabelecidas pela estrutura modular do plano;
- *Subsistema de Orçamento por Programas* – atribui os recursos econômico-orçamentários aos módulos de planejamento (operações, ações e subações), representando apoio fundamental ao Subsistema de Petição e Prestação de Contas;
- *Subsistema de Emergência em Sala de Situações* – encarrega-se de criar métodos para os outros subsistemas em situações de emergência.

O Sistema de Direção Estratégica ocorre como planejamento diário e, no cálculo presente, não há distinção entre planejamento e direção estratégica.

Segundo Matus, o funcionamento eficaz de um governo que pretende validar seus planos com fatos exige, como requisito organizacional prático, um sistema que atrele um **plano modular** com um **orçamento por programas** e uma **gerência por operações** que se constitui como um sistema triangular, chamado pelo autor de **Triângulo de Ferro**. Porém, “... nada disto é possível se o jogo institucional for de baixa responsabilidade, não

existir gerência criativa por operações e o dirigente não prestar contas nem souber exigirlas de seus executivos” (MATUS, 1991:42).

Para uma direção estratégica, o referido autor considera fundamental a implantação de um sistema de Petição e Prestação de contas, o qual só tem sentido quando existir gerência por objetivos e sobre problemas, pois estes são o objeto do Sistema. Para isso é que serve o sistema de informações, convertendo-se então em instrumento de gerência por operações, de prestação de contas e de suporte às decisões, pois: *“Assim, é limitada a improvisação pessoal, bem como o valor conjuntural inexplicável de algumas propostas de decisão mal preparadas”* (MATUS, 1996:550).

Matus salienta ainda que a essência do método PES reside na mediação entre o conhecimento e a ação, e que o plano elaborado por este método está constantemente em reelaboração, mas sempre em condições de dar suporte ao dirigente.

A partir desta explanação, resulta explícito que o ato de planejar é bastante complexo. No entanto, ao expor alguns dos embasamentos teóricos do PES, nossa intenção foi colocar em evidência que a construção de um plano não consiste em mera improvisação, nem em um cálculo assistemático, imediatista, mas sim em uma ação reflexiva e responsável frente ao objeto planejado, ou seja, a realidade social no Município, mais especificamente, a atenção à saúde.

BARRENECHEA ET AL. (1990), com base no pensamento matusiano, ressaltam que o plano:

En esencia constituye una formulación anticipada de propósitos, acciones y recursos con el fin de poder presidir y preceder a la práctica, orientándola hacia los resultados deseados (direccionalidad).

Por lo tanto, la extensión y profundidad del conjunto de normas y cálculos que implica su contenido, debe ser suficiente para constituirse en el marco de referéncia eficaz y en el instrumento de comunicación básico para la administración de su aplicación en la práctica.
(BARRENECHEA ET AL., 1990:107)

No entanto, para que sua elaboração seja coerente com a realidade, o município deve ter a devida clareza quanto aos objetivos do plano, inclusive no que diz respeito a sua contribuição para o cotidiano da gestão da saúde. Referindo-se ao aprendizado prático em planejamento, CECÍLIO (1997) afirma que uma das condições mais importantes para o sucesso de um plano é *“... a clareza e o rigor com que é elaborado e a competência de sua gestão”* (CECÍLIO, 1997:152). Segundo o mesmo autor:

A elaboração do 'projeto de ação' é um momento profundamente criativo para a equipe local, na medida em que ela se organiza para a ação, na perspectiva de alcançar uma determinada imagem objetivo.
(CECÍLIO, 1990:70)

Diante de tal papel é preciso que sua elaboração seja conduzida de forma a valorizar determinados elementos: a elaboração participativa, a adequada identificação de problemas existentes, o desenho das operações para enfrentá-los, os responsáveis pelas operações, a coerência nos objetivos e metas a serem atingidos, a definição dos recursos necessários, o cronograma de execução e o estabelecimento de um sistema de acompanhamento constante que possibilite reformulações, quando necessárias.

Com a descentralização e a institucionalização do SUS, muitos municípios já elaboraram seus Planos; é exigência da Lei. Porém, interessa-nos saber como o município vem desenvolvendo esta tarefa. Na verdade tal tarefa atrela-se à responsabilidade de um gestor, o Secretário Municipal de Saúde, que agora não mais exerce apenas uma atividade política, mas, além disso, a atividade técnica, porque esta é a exigência subjacente ao Plano Municipal de Saúde. Assim, esse Plano nada mais é do que o Projeto de Governo a que Matus se refere e, como tal, carrega consigo as demandas por Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema. Nos municípios, estarão os gestores da saúde e suas equipes preparados para tal tarefa?

1.2 Procedimentos Metodológicos

Do ponto de vista metodológico, esta pesquisa tomou como referência as análises feitas por Minayo, que abordam reflexões acerca da pesquisa qualitativa em saúde. Os balizadores para esse processo de investigação são os seguintes:

- O investigador, ao aproximar-se de seu objeto de estudo, não o faz com neutralidade, mas ideologicamente; no momento em que se inicia uma investigação social, tanto o pesquisador como os atores sociais da pesquisa, entrelaçam suas visões de mundo e assim seguem até o final do processo.
(MINAYO, 1993)

Podemos buscar aqui uma aproximação ao nosso referencial teórico no que diz respeito, em particular, ao entendimento da relação de interpenetração entre o sujeito e o objeto do conhecimento. No conceito de Situação – desenvolvido por Carlos Matus para o Planejamento Estratégico Situacional – evidencia-se a explicação situacional como a apreciação que um ator social faz da realidade em que está inserido. Sendo assim, a

explicação da realidade está na dependência do ator que explica e com que propósito o faz. Ela será sempre inegavelmente parcial, será sempre um recorte da realidade; todavia, esta parcialidade não significa menor rigorosidade. A rigorosidade da explicação situacional traduz-se na consciência da própria cegueira em relação a outras explicações, buscando reduzir tal cegueira, incorporando, na perspectiva policêntrica, a visão do outro. Ao ter consciência desta cegueira, a explicação situacional torna-se mais rigorosa se comparada ao diagnóstico tradicional, que se supõe único, absoluto, neutro e com a pretensão de esgotar a realidade.

- A pesquisa indaga e constrói a realidade, ou seja, advém de questionamento do pesquisador acerca de dada realidade, vivenciada por ele de alguma forma, buscando vinculá-la à teoria, na tentativa de desvendar / explicar / responder / criar (MINAYO, 1994).

O conhecimento assim produzido objetiva de alguma forma, intervir na realidade, contribuindo para sua modificação a partir das preocupações do pesquisador advindas de interrogações sobre os fatos desta realidade. Por conseguinte, a pesquisa social e a explicação situacional do PES são relativas aos propósitos de ação do pesquisador / ator que pesquisa / explica.

- A construção do conhecimento ocorre como um processo em que a redefinição do objeto é constante, gerando formatos que o vão reconstruindo até o produto final, que provavelmente irá desencadear novas indagações. Desta forma, reconhece-se que a tentativa de objetivar o conhecimento é busca inacabada que recomeça após a obtenção de um produto, o qual, pela própria historicidade do processo social, é provisório e deve ser utilizado para estimular outras reflexões (MINAYO, 1993).

Após essas reflexões e partindo do pressuposto enunciado na Introdução, a orientação para a análise toma como base o referencial teórico já exposto, relativo à Descentralização e ao Planejamento Estratégico Situacional - PES. Com referência ao PES empregaremos, em particular, a noção do Triângulo de Governo para analisar a relação entre a Capacidade de Governo – preparo técnico, habilidades, experiências acumuladas pelos gestores; Governabilidade do Sistema – grau de controle que os gestores têm sobre a situação; e, por fim, a qualidade dos Projetos de Governo, expressa nos Planos Municipais de Saúde.

No que concerne à Descentralização, buscaremos analisar a questão do apoio técnico aos municípios estudados, em virtude de ser elemento importante para a ampliação da Capacidade de Governo e incidir também nos outros dois vértices do Triângulo, ou seja, o Projeto de Governo e a Governabilidade do Sistema, uma vez que os três vértices se interpotencializam.

1.2.1 Delimitação do Estudo

Este é um estudo descritivo, cujo procedimento é o Estudo de Casos Múltiplos, devendo-se tal opção à possibilidade de analisar maior número de situações e suas especificidades, para que, no conjunto dos dados, fosse possível caracterizar a realidade estudada de acordo com os resultados da análise (CONTRADIOPOULOS ET AL., 1994). Em tal análise utilizamos dados quantitativos e qualitativos.

A pesquisa foi realizada no Estado do Rio Grande do Sul, por ser o local de origem da pesquisadora, portanto, área de seu interesse como profissional da saúde e como formadora de recursos humanos, o que propiciou maior facilidade nos contatos pessoais estabelecidos e necessários ao desenvolvimento do trabalho. Os municípios selecionados foram aqueles cujas Secretarias Municipais de Saúde apresentaram à Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul - SSMA-RS, os Planos Municipais de Saúde elaborados no período compreendido entre janeiro de 1997 (primeiro mês de mandato dos governos municipais eleitos no último pleito) a março de 1998 (prazo limite estabelecido pelo pesquisador para o início da coleta de dados). A relação dos municípios que atenderam a este critério foi obtida junto à Assessoria Técnica e de Planejamento - ASSTEPLAN da SSMA-RS; nela constavam 42 municípios, todos solicitando habilitação à gestão da saúde pela primeira vez.

1.2.2 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados que permitiram a análise direcionada aos objetivos utilizamos o instrumento questionário e a técnica de entrevista semi-estruturada. Os Secretários Municipais de Saúde foram a fonte primária de informação. Como fonte secundária empregamos a análise documental referente aos Planos Municipais de Saúde. Julgamos importante combinar o questionário com a entrevista, a fim de superar possíveis limitações do primeiro e obtermos, com a segunda, maior esclarecimento de determinadas questões para auxiliar a análise. Assim sendo, enviamos o questionário ao total dos 42 municípios constantes da relação fornecida pela ASSTEPLAN/SSMA-RS. Algumas das

respostas aos questionários orientaram a seleção dos municípios submetidos à entrevista e à análise documental, conforme será explicitado.

1.2.2.1 Questionário

A escolha do questionário apresentou a vantagem de possibilitar a realização da pesquisa com redução de recursos de tempo, econômicos e de pessoal, além de maior facilidade e rapidez para a tabulação dos dados, o que se fazia necessário para a seleção dos municípios cujos Secretários de Saúde seriam abordados na segunda e terceira etapas da coleta de dados, respectivamente, por meio das entrevistas e dos Planos Municipais de Saúde, permitindo o cumprimento dos prazos estabelecidos para o término da pesquisa.

Após a redação do questionário, realizamos o pré-teste com um ex-Secretário Municipal de Saúde e um Secretário ainda no cargo, ambos do Estado do Rio de Janeiro e com experiência na elaboração de Planos Municipais de Saúde. Após o pré-teste, efetuamos as modificações detectadas como necessárias. O roteiro de questionário encontra-se no **ANEXO 1** deste estudo.

Durante a elaboração e a testagem dos questionários fizemos os contatos telefônicos com os Secretários de Saúde dos 42 municípios. Nestas chamadas procedemos à apresentação do pesquisador e da pesquisa, relatando a maneira como seria realizada a coleta de dados, verificando também o interesse dos Secretários em participar do estudo. Os 42 gestores responderam afirmativamente.

Uma carta do pesquisador acompanhava cada questionário enviado, na qual reiterávamos a importância da participação dos Secretários Municipais de Saúde, bem como a delimitação do prazo – três semanas – para retorno do instrumento preenchido.

Decorrido o período estipulado, retornaram 29 questionários (69,04%). Buscamos aumentar este índice, alongando o prazo para mais uma semana e fazendo novos contatos telefônicos com os Secretários que ainda não haviam enviado seus questionários. Ao final deste novo prazo, o índice de retorno chegou a 83,33%, ou seja, 35 questionários. Julgamos expressivo este índice de retorno, pois “...em média os questionários expedidos pelo pesquisador alcançam 25% de devolução” (LAKATOS & MARCONI, 1990:195). GIL (1987) refere índices mais otimistas ao mencionar que, normalmente, a devolução dos questionários não ultrapassa 70%.

Ao efetuarmos a leitura preliminar das respostas fornecidas pelos Secretários Municipais de Saúde nos questionários, verificamos que não houve a mesma interpretação

para a pergunta de *número seis*, que era central aos objetivos do estudo. Nela indagamos se quem elaborou o Plano foi ou não orientado e, no caso de ter sido, quem forneceu a orientação. Porém, no enunciado da questão, ao invés de nos referirmos ao Secretário e / ou técnicos que elaboraram o Plano, mencionamos apenas técnicos. Sendo assim, alguns dos Secretários Municipais de Saúde não responderam à pergunta. A fim de corrigirmos o erro detectado, fizemos contatos telefônicos com esses Secretários para aclararmos a questão, obtendo as respostas e, com a autorização do participante, efetuamos seu registro no questionário.

As respostas às questões de única ou múltipla escolha passaram, em poucos casos, por pequenos ajustes, sendo então codificadas e digitadas no programa *Epi Info versão 6.0* (CDC, 1990). Adotamos o seguinte procedimento para o processamento dos dados:

- Definição da frequência das respostas a cada questão, tendo-se em conta o agrupamento dos municípios pelo número de habitantes e de acordo com a situação de Orientados e Não Orientados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, conforme respostas à questão de número seis. Tais critérios tiveram por fim averiguar mudanças no comportamento das variáveis referenciadas aos eixos de análise.

1.2.2.2 Entrevista

A entrevista caracterizou-se por ser semi-estruturada e teve por objetivo captar, mediante o relato verbal dos Secretários Municipais de Saúde, aspectos vivenciados no processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde que possam ser aplicados à análise das questões dos questionários. Portanto, a entrevista integrou o estudo como complementação às questões do questionário e, ao mesmo tempo, representou o momento de acesso aos Planos para a análise proposta em nosso estudo.

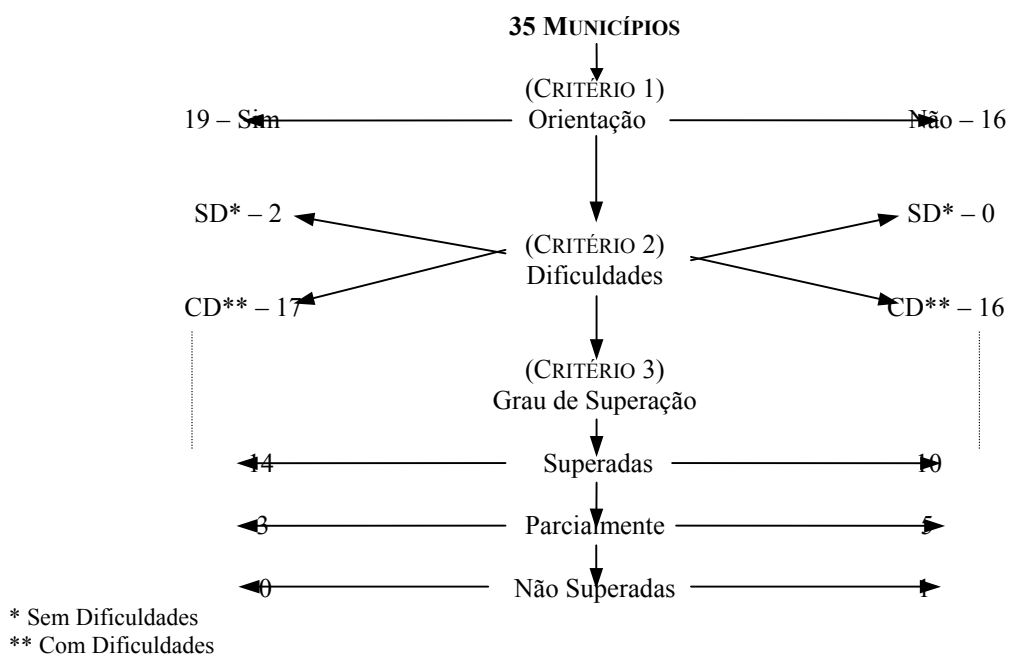
Diante da diversidade de situações que os municípios apresentavam, consideramos que seria de interesse contemplá-las da melhor forma possível. Julgamos necessário, então, estabelecer uma composição de critérios (distributivos e de seleção) que pudessem conferir maior representatividade a esses municípios.

Os critérios para a seleção dos municípios obedeceram à seguinte seqüência:

- **CRITÉRIO 1 – *Ter ou não recebido orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.*** Ainda que esta não seja a única condição para dizer se a Secretaria Municipal de Saúde tem ou não preparo para a elaboração do Plano, a questão fornece um elemento importante para a visualização da dinâmica da descentralização.

- **CRITÉRIO 2 – Ter relatado dificuldades no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde.** Este critério refere-se à questão de nº16 da pesquisa e possibilitou identificar quantos municípios – entre os que receberam orientação e os que não a receberam – encontraram dificuldades. A partir de sua aplicação, detectamos que dois municípios, dentre os que haviam recebido orientação, relataram não ter encontrado dificuldade na elaboração dos Planos. Optamos, então, pela inclusão de tais municípios na análise dos questionários, embora não viessem a participar da seleção para a entrevista, uma vez que o objetivo destas era aprofundar a discussão a respeito das dificuldades encontradas. Nesse processo de seleção, restaram 33 municípios que prosseguiriam participando.
- **CRITÉRIO 3 – Grau de superação das dificuldades: Superadas, Parcialmente Superadas, Não Superadas.** A escolha deste critério – relativo à Capacidade de Governo e à Governabilidade do Sistema – buscou verificar em que grau o município superou as dificuldades encontradas.

Os três critérios empregados até aqui permitiram distribuir os municípios como pode ser visualizado no esquema a seguir:



Com base nesta distribuição definimos a realização de cinco entrevistas, ou seja, entrevistaríamos um Secretário Municipal de Saúde que representasse cada um dos subgrupos de municípios que se apresentaram após a aplicação do **CRITÉRIO 3 – Grau de superação das dificuldades**. A partir daqui tratamos de aplicar critérios que nos permitissem fazer escolhas em cada subgrupo. Os critérios definidos foram:

- **CRITÉRIO 4 – *Número de habitantes.*** Procurando contemplar as diferenças de porte, que variavam de 2 mil hab. até mais de 200 mil hab., distribuímos os municípios em cinco faixas populacionais: até 5 mil hab. – 12 municípios; 5.001 a 15 mil hab. – 12 municípios; 15.001 a 25 mil hab. – quatro municípios; 25.001 a 35 mil hab. – quatro municípios; e mais de 35.001 hab. – três municípios.

Este critério tem caráter eliminatório, ou seja, sendo escolhido um município pertencente a uma das faixas populacionais, não poderia ser selecionado outro na mesma faixa, mesmo que com diferente grau de superação das dificuldades. A aplicação deste critério visava atender à diversidade de porte e infra-estrutura administrativa dos municípios e sua possível relação com a Capacidade de Governo.

- **CRITÉRIO 5 – *Número de dificuldades relatadas.*** Seria escolhido dentro de cada faixa populacional aquele município que, em uma das cinco situações definidas pelo critério 3, apresentasse o maior número de dificuldades. A aplicação de tal critério teve por fim apreender a razão do surgimento de grande número de dificuldades em alguns municípios.
- **CRITÉRIO 6 – *Presença da dificuldade de maior freqüência, no estudo, entre as dificuldades de difícil superação ou não superadas.*** Entre as possíveis respostas à questão nº 16, a dificuldade nº 2 – identificada como *Falta de Pessoal com Preparo Técnico* – foi a de maior freqüência tanto entre os municípios que se julgaram orientados como entre os que não se consideraram orientados. Com a aplicação deste critério buscamos, além da homogeneização, a definição final dos cinco municípios cujos Secretários Municipais de Saúde participariam da entrevista e forneceriam seus Planos Municipais de Saúde. Tratava-se, por conseguinte, de critério de desempate, uma vez que a maioria dos municípios relatou a dificuldade nº 2, porém, entre estes, nem todos a referiram entre as dificuldades de difícil superação ou não superadas.

Elaboramos então dois quadros, um para os municípios que receberam orientação e outro para os que não a receberam, de modo que fosse possível a visualização das diferentes situações de cada um dos municípios a serem selecionados e que permitisse, a partir daí, a definição final dos participantes da segunda e terceira etapas da coleta de dados. A elaboração destes quadros obedeceu aos critérios 1, 2, 3, 4, 5 e 6 (**ANEXO 2**).

A seleção dos municípios – de acordo com o exposto aqui – pode ser visualizada no quadro a seguir:

Quadro1 – Critérios para a seleção dos municípios a participar da entrevista e fornecimento dos Planos Municipais de Saúde

MUNICÍPIO	Critério 1: Situação quanto à orientação	Critério 2: Relatou dificuldades	Critério 3: Grau de superação das dificuldades	Critério 4: Número de habitantes	Critério 5: Número de dificuldades relatadas	Critério 6: Presença da dificuldade nº 2 nas de difícil superação / não superadas
1*	Orientado	Sim	Parcialmente Superadas	35.001 e mais	2	Sim
2	Orientado	Sim	Superadas	5.001 a 15.000	6	Sim
3	Não Orientado	Sim	Não Superadas	Menos de 5.000	3	Sim
4	Não Orientado	Sim	Parcialmente Superadas	15.001 a 25.000	7	Sim
5	Não Orientado	Sim	Superadas	25.001 a 35.000	7	Sim

* Esse Município foi o primeiro a ser selecionado por escolha arbitrária do pesquisador, que decidiu pelo Município de maior porte entre os do estudo. Tal escolha deveu-se ao fato de que esse Município, a princípio, poderia estar melhor preparado para dar conta das dificuldades encontradas.

A partir desta seleção, deslocamo-nos ao Estado em estudo e contatamos os Secretários de Saúde dos municípios selecionados, marcando entrevistas a serem realizadas pelo próprio pesquisador. O roteiro das entrevistas encontra-se no ANEXO 3.

Em um dos municípios entrevistados, o Secretário Municipal de Saúde da gestão anterior – ocasião em que foi elaborado o Plano de Saúde do município – participou da entrevista com o Secretário atual.

Na transcrição das fitas respeitamos a linguagem utilizada pelos entrevistados, bem como as pausas na fala. Nossa interferência ocorreu apenas quando houve a menção, por parte do entrevistado, de nomes de municípios ou pessoas que pudessem, de alguma forma, identificá-lo, situação em que omitimos tais referências no texto transcrito.

1.2.2.3 Análise documental – Análise do Plano Municipal de Saúde

Ao final de cada entrevista, o Secretário Municipal de Saúde entregou-nos uma cópia do Plano de Saúde do município para efetuarmos a análise.

No decorrer das entrevistas obtivemos a informação de que a elaboração do Plano Municipal de Saúde seguiu, em três municípios, o roteiro atual de Plano proposto pela SSMA-RS. Segundo declarações do Secretário, um município não utilizou roteiro e o outro adotou, como referencial, orientações sugeridas no documento do Ministério da Saúde sobre Plano de Saúde e Relatório de Gestão (MS, 1997). Providenciamos, então,

uma cópia destes documentos junto à SSMA-RS a fim de termos parâmetro para a análise dos Planos Municipais.

1.2.3 Operacionalização da Análise

Procurando a melhor sistematização dos dados, estruturamos três unidades de análise relacionadas aos objetivos do estudo e visando elucidar o pressuposto. Tais unidades de análise compõem os Capítulos II, III e IV. Os dados coletados foram então distribuídos nestas unidades e analisados à luz do referencial teórico.

A primeira unidade é apresentada no Capítulo II e diz respeito ao Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde, dividindo-se em duas subunidades de análise, comportando dados dos questionários e das entrevistas. A primeira subunidade denomina-se *Subsídios para a Elaboração do Plano Municipal de Saúde* e remete primordialmente à Capacidade de Governo, entendida como capacidade de propor e gerar ações. A segunda subunidade denomina-se *Elaboração do Plano Municipal de Saúde* e relaciona-se, também primordialmente, à Governabilidade do Sistema, significando o grau de controle que o gestor tem das variáveis que interferem no processo de elaboração do Plano.

No Capítulo III, denominado *Análise do Plano Municipal de Saúde*, encontra-se a segunda unidade de análise que remete ao vértice do Triângulo de Governo relativo ao Projeto de Governo e se refere ao sistema propositivo das ações a realizar.

Procuramos estudar os Planos à luz do que é sugerido pelo referencial teórico do PES não de forma rígida e colada ao seu modelo, mas fundamentados no conteúdo teórico que julgamos possível utilizar nos roteiros propostos pela SSMA-RS e pelo MS para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Assim, buscamos apreender minimamente se a estrutura proposta explícita “como fazer” em cada etapa e de que forma isto se reflete nos Planos dos Municípios.

Para este exame consideramos como pontos básicos:

- um diagnóstico que possa embasar a análise da realidade do município;
- uma análise que possibilite a identificação dos problemas e suas causas;
- a definição coerente e clara das ações para seu enfrentamento;
- as atividades previstas para o controle e a avaliação dos resultados.

Desta forma buscamos verificar nos Planos de Saúde dos municípios se existe consistência e coerência em seu conteúdo propositivo. Por consistência entendemos a necessidade e a suficiência do conjunto de ações propostas em vista do objetivo de um

Plano Municipal de Saúde. A coerência diz respeito à pertinência e potência das ações previstas. A consistência e a coerência relacionam-se ao “deve ser” do Plano e fundamentam todo o seu planejamento. O exame das mesmas corresponde à verificação da eficácia direcional do Plano.

A terceira e última unidade de análise vai constituir o Capítulo IV sob a denominação *Importância do Plano Municipal de Saúde para a Gestão*, em virtude de sua formulação visar à explicitação da política de saúde para o município, e da direcionalidade a ser seguida na execução da mesma. Tanto a qualidade da formulação quanto a implementação dependem, entre outros fatores, da adesão do Secretário Municipal de Saúde ao Plano, entendida como o compromisso assumido pelo gestor com a população.

É necessário assinalar que, apesar de as divisões em unidades e subunidades conduzirem à análise preferencial de um ou outro vértice do Triângulo de Governo, não significa que estaremos excluindo os demais ao abordarmos um deles, pois, pela própria noção de Triângulo de Governo, seus vértices não são isolados, havendo intercessão entre eles.

Portanto, a análise levou em consideração esta interação e condicionamento mútuo, priorizando, contudo, a Capacidade de Governo para elaborar Projetos de Governo de qualidade e com legitimidade junto a outros atores / população que possibilitem aumentar a Governabilidade do Sistema e a formulação de Projeto de Governo com qualidade. Cabe ressaltar que estaremos discutindo a capacidade de os municípios elaborarem seu Plano de Saúde em função da ocorrência ou não do apoio técnico, de seus próprios recursos organizativos e cognitivos, da capacidade de superação das dificuldades que se manifestaram e, além disso, da maior ou menor adesão do Secretário Municipal de Saúde ao Plano.

À medida que ocorreu o avanço das análises dentro das unidades, houve possibilidade de articulação mais ampla, e, ao final de cada uma delas, a análise voltou-se ao conjunto das questões que a compunham.

II. Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde

II. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Porque ... o que é que a gente vai fazer? A gente vai ter que fazer o que a gente sabe, nas nossas limitações.

(SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE)

2.1 Elementos Prévios à Análise

Antes de abordarmos a análise das respostas às questões dos questionários e das entrevistas neste Capítulo, apresentamos breve relato da descentralização do SUS no Rio Grande do Sul desde o início até o estágio atual. Posteriormente caracterizamos sucintamente os municípios que participaram do estudo, com base em dados obtidos nos questionários respondidos pelos Secretários Municipais de Saúde.

2.1.1 A Descentralização do SUS no Rio Grande do Sul²

No parecer do setor de Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN, da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul - SSMA-RS (SSMA, 1998), a habilitação dos municípios teve início a partir do SUDS, com a participação da SSMA-RS. Em 1991, a Rotina Técnica 13/91 – INAMPS delegou a habilitação dos municípios aos seus escritórios de representação nos estados:

Esse processo foi dissociado da passagem do comando único para o município, visto que a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, que já gerenciava a saúde no âmbito do estado, não tinha participado do processo e permanecia a reboque do nível federal, a quem não se vinculam mais os mecanismos de gestão do Sistema de Saúde. (SSMA, 1998)

Com a publicação da NOB-SUS 01/92, a SSMA assumiu a coordenação do processo e municipalizou 98 municípios no estado.

Em decorrência do surgimento da NOB-SUS 01/93, a SSMA reiniciou o processo de municipalização, adequando-o às exigências desta NOB. Dentre os 98 municípios habilitados pela NOB anterior, 96 permaneceram habilitados após o reenquadramento, pois

² O conteúdo deste item baseia-se no relatório elaborado pela Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e em relatos de técnicos daquele setor.

dois municípios não foram reenquadrados por não cumprirem os requisitos. Ao final de 1996, dos 427 municípios do estado, 52,69% deles enquadravam-se em uma das formas de gestão definidas na NOB 01/93. Assim, 205 municípios estavam na condição de gestão incipiente, 16 encontravam-se na condição de gestão parcial e quatro, na gestão simplena.

Quando da publicação da NOB-SUS 01/96, em novembro de 1996, foi retomado o processo do reenquadramento e de novas habilitações de acordo com a nova NOB, que estabeleceu então duas condições de gestão e ampliou as ações a serem desenvolvidas pelos municípios habilitados.

Atualmente, dentre os 427 municípios do Rio Grande do Sul, 366 encontram-se habilitados na gestão plena da atenção básica e sete na gestão plena do sistema municipal. O **ANEXO 4** apresenta, em gráfico, o número de municípios que assinou os primeiros convênios SUDS em 1987 e os que foram municipalizados a partir da NOB-SUS 01/92 até a data atual. O mapa do estado com os municípios habilitados até setembro de 1998, encontra-se no **ANEXO 5**.

Segundo o relatório consultado:

A SSMA, além de manter-se como executora de ações de saúde nos 94 municípios ainda não municipalizados até setembro de 1998, tem que cumprir seu papel de Gestora Estadual do SUS. Para tal, de acordo com o modelo de gestão adotado, REGIONALIZADO, COM ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO³ (modelo proposto pelo Ministério da Saúde no final do ano de 1995), a prioridade para garantir o desenvolvimento do processo é o reforço às Delegacias Regionais de Saúde (DRS's), instrumentalizando-as para que realmente cumpram seu papel de coordenação regional da municipalização, com a participação efetiva dos Conselhos de Saúde. (SSMA, 1998)

O desenvolvimento do processo de gestão da SSMA no Estado do Rio Grande do Sul ocorre por intermédio de 19 Delegacias Regionais de Saúde - DRS's (**ANEXO 6**), que coordenam regionalmente a municipalização e a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde desenvolvidas nos municípios não habilitados à gestão. Cada uma delas comporta o município sede da DRS e um número variável de municípios localizados em suas diferentes áreas de abrangência. No **ANEXO 7** encontra-se o gráfico com o total de municípios por DRS e o número dos municipalizados em cada uma delas.

³ De acordo com LEVCOVITZ (1997), o modelo referido na citação apresenta como características: a descentralização da gestão do sistema para as Secretarias de Saúde dos municípios; a gerência dos serviços localizados nos municípios compete a suas Secretarias Municipais de Saúde; a Secretaria de Saúde do estado tem forte participação na coordenação intermunicipal, em nível regional; a Secretaria Estadual de Saúde intermedia os acordos das Secretarias Municipais de Saúde para a referência da clientela entre os municípios.

A SSMA tem procurado apoiar os municípios do estado no processo de municipalização. Segundo relato de técnicos da ASSTEPLAN, este setor elaborou em 1988, o primeiro modelo de Plano Municipal de Saúde, o qual vem sendo periodicamente modificado conforme às necessidades detectadas por aquela divisão da SSMA.

Embora a gestão do SUS no âmbito federal não tenha solicitado o Relatório de Gestão das atividades dos municípios habilitados a partir da NOB-SUS 01/93, a ASSTEPLAN optou por esta solicitação ainda em 1995. Para tal, elaborou um roteiro de Relatório de Gestão. Após a primeira avaliação deste instrumento, em 1996, foram realizadas adequações e criados dois tipos de roteiro, um para gestão incipiente e outro para a parcial e semiplena, de acordo com os tipos de gestão constantes na NOB-SUS 01/93.

Além da utilização do Relatório de Gestão, a avaliação dos sistemas municipais de saúde ocorreu também por intermédio de instrumentos específicos, em que foram emitidos os pareceres do Conselho Municipal de Saúde e da DRS à qual o município pertence. Em novembro de 1997, foi apresentada a Avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde referentes a 1996, segundo a SSMA (1997a).

Em julho de 1997, o Núcleo de Programação da ASSTEPLAN / SSMA / RS lançou apostila denominada “A Municipalização da Saúde”, com informações a respeito da descentralização do setor saúde, do processo de municipalização da saúde e do financiamento das ações e serviços de saúde definidos pela NOB-SUS 01/96. Informa, além disso, quanto ao fluxo do processo de municipalização no estado e os instrumentos formais de repasse de recursos humanos e bens patrimoniais pertencentes à SSMA e ao Ministério da Saúde (SSMA, 1997b).

2.1.2 Localização dos Municípios por Região Geográfica e Administrativa da DRS a que Pertencem

Os municípios que participaram deste estudo localizam-se em diferentes regiões geográficas do Rio Grande do Sul. Sua maior concentração verifica-se na Região do Planalto Rio-Grandense, ao norte do Estado. Nela situam-se 23 dos municípios estudados, dos quais 11 têm menos de 5 mil hab.; sete têm população entre 5.001 a 15 mil hab.; dois estão na faixa de 15.001 a 25 mil hab.; e três possuem população compreendida entre 25.001 a 35 mil hab. Pela divisão regional da SSMA / RS, estes municípios pertencem à 2^a DRS, 5^a DRS, 6^a DRS, 9^a DRS, 15^a DRS, 16^a DRS.

A Região da Depressão Central situa-se na porção central do Estado e abriga cinco dos municípios deste estudo, a saber: um com menos de 5 mil hab.; um com população na faixa entre 5.001 a 15 mil hab.; um com população entre 15.001 a 25 mil hab.; e, por fim, dois com população maior do que 35.001 hab. Tais municípios pertencem à 1^a DRS, 4^a DRS e 16^a DRS.

A leste do Estado, na Região da Planície Litorânea, encontram-se dois municípios aqui estudados: um na faixa populacional de 5.001 a 15 mil hab. e um com população entre 25.001 a 35 mil hab., pertencendo à 2^a DRS e à 3^a DRS.

Três dos municípios estudados localizam-se na Região a oeste da Lagoa dos Patos e da denominada Serras do Sudeste ou Escudo Rio-Grandense, possuindo população na faixa de 5.001 a 15 mil hab., todos pertencentes à 3^a DRS.

Na Região da Campanha Gaúcha ou Região dos Pampas, situada a sudoeste do Estado, estão dois dos 35 municípios estudados: um com população entre 15.001 a 25 mil hab. e um com mais de 35.001 hab., ambos pertencentes à 10^a DRS.

2.1.3 Distribuição dos Municípios quanto à Rede Hospitalar e Assistencial Básica

A maioria dos municípios – ou seja, 23 deles – conta com rede de atenção à saúde funcionando com um hospital. Outros três possuem dois hospitais, sendo que em um destes municípios, um dos hospitais é estadual. Em um município o hospital está em processo de abertura e, em outro, encontra-se ainda em construção.

Sete municípios – seis com menos de 5 mil hab. e um com população entre 5.001 a 15 mil hab.– não possuem assistência hospitalar em seu território, contando tão somente com estrutura de rede básica para atendimento da população.

Quanto à rede básica – postos de saúde, ambulatórios e unidade móvel – todos os municípios contam com um ou mais desses estabelecimentos. No **ANEXO 8** encontram-se discriminadas as redes hospitalar e básica por município nas diferentes faixas populacionais.

2.1.4 Existência de Plano Municipal de Saúde Anterior

Onze municípios contavam com Planos Municipais de Saúde elaborados em gestões anteriores, sendo dois municípios com menos de 5 mil hab.; cinco municípios com população entre 5.001 a 15 mil hab.; dois municípios na faixa populacional de 25.001 a 35 mil hab.; e dois municípios com mais de 35.001 hab.

No questionário, não perguntamos se o município utilizou o Plano já existente na solicitação feita para a habilitação à gestão da saúde no município em 1998. Porém, no momento das entrevistas, tivemos a oportunidade de esclarecer este fato em três municípios: um deles elaborou novo Plano; um município apenas atualizou os dados no Plano anterior, justificando a urgência para a entrega do mesmo junto à documentação exigida pelo processo de municipalização da saúde, e o outro enviou praticamente o mesmo Plano, com a atualização de dados que foi possível fazer, por ter ponderado que o Plano anterior era recente.

Deduzimos que, entre os demais municípios que já tinham Plano, possa ter ocorrido ou uma ou outra situação semelhante àquelas dos três municípios entrevistados, relatadas acima. O fato de haver municípios que utilizaram Planos elaborados em outra gestão, pareceu-nos não ter interferido nas respostas às questões do questionário que dependiam do acompanhamento do processo de elaboração do Plano, pois percebemos nos relatos de alguns dos atuais Secretários Municipais de Saúde – cujos municípios possuíam Plano anterior – que houve preocupação com a veracidade das respostas ao questionário. Estes relatos esclarecem que foram contatados os Secretários em cuja gestão o Plano foi elaborado para que se procedesse ao preenchimento do referido instrumento. Tal procedimento também foi mencionado no caso de ter ocorrido substituição do Secretário na atual gestão municipal.

2.2 Subsídios para a Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Os dados analisados neste item referem-se àqueles que nos foram possíveis investigar mediante um questionário e que estimamos básicos para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

2.2.1 Percepção da Obtenção de Orientação para a Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Verificamos que 19 municípios (54,28%), dentre os 35 do estudo, julgaram-se orientados para a elaboração do Plano e 16 municípios (45,71%) relataram não ter recebido orientação. Observamos também que, dentre os 24 municípios com menos de 15 mil hab., 12 (50%) consideraram-se não orientados (TABELA 1). Este último fato chama a atenção por serem municípios que, a princípio, podem não dispor do suporte técnico que lhes possibilite desencadear um processo de planejamento, se comparados a municípios de maior porte, os quais supostamente estariam melhor equipados, o que requereria, no caso

dos primeiros, maior atenção por parte da gestão estadual no que diz respeito a sua orientação. Em vista disso, nosso questionamento voltou-se para o que preconiza a legislação do SUS quanto ao apoio técnico: *existe política de apoio aos municípios no que se refere à elaboração dos Planos Municipais de Saúde?*

Tabela 1. Distribuição dos municípios segundo a percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes. Rio Grande do Sul, 1998

ORIENTAÇÃO	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientados	6	50	6	50	2	50	3	75	2	66,66	19	54,28
Não Orientados	6	50	6	50	2	50	1	25	1	33,33	16	45,71
TOTAL	12	100,0	12	100,0	4	100,0	4	100,0	3	100,0	35	100,0

Dos 19 municípios que se consideraram orientados, 17 deles (84,21%) citaram o nível de gestão estadual – SSMA e / ou DRS – como fonte de orientação. Essas respostas demonstraram que os Secretários Municipais de Saúde compreenderam as DRS – por terem sido as mais citadas – como as instâncias representativas da SSMA mais próximas do município e com as quais precisaram contar no processo de descentralização. De todo modo, verificamos que, ao menos para parte dos municípios, o apoio técnico foi fornecido principalmente pela instância de gestão estadual, conforme o estabelecido pela legislação do SUS. Alguns dos 19 municípios orientados referiram outras fontes de orientação, como o próprio Secretário de Saúde, outras secretarias da Prefeitura e Secretários de Saúde de outros municípios (TABELA 2).

Tabela 2. Distribuição dos municípios que se consideraram orientados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, segundo responsável pela orientação, por número de habitantes. Rio Grande do Sul, 1998

RESPONSÁVEL PELA ORIENTAÇÃO	NÚMERO DE HABITANTES					
	MENOS DE 5.000	5.001 A 15.000	15.001 A 25.000	25.001 A 35.000	35.001 E MAIS	TOTAL
DRS	2	5	1	3	1	12
DRS e Secretarias Municipais de Saúde / outros municípios	1	–	1	–	–	2
DRS, outras Secretarias da Prefeitura e Secretarias Municipais de Saúde / outros municípios	1	–	–	–	–	1
DRS e SSMA	–	1	–	–	–	1
SSMA	–	–	–	–	1	1
Secretarias Municipais de Saúde / outros municípios, Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde da gestão anterior	1	–	–	–	–	1
Secretário Municipal de Saúde do Município	1	–	–	–	–	1

Nas entrevistas realizadas, perguntamos aos Secretários Municipais de Saúde se haveria necessidade de orientação para a elaboração dos Planos de Saúde dos municípios e quem deveria fornecer esta orientação. Suas respostas foram:

Eu acho que a Delegacia deveria ter um pessoal para dar um acompanhamento mais de perto aos municípios para a elaboração do Plano. Que tivesse um pessoal que pudesse se deslocar ao município e ficar nele por um ou dois dias, até mais se fosse necessário, para acompanhar todos os passos e darem opiniões e ver a forma de elaboração. (...) Então, muitas vezes, você tem todo o roteiro na mão, mas não sabe como completar este roteiro, colocar os problemas corretos nas áreas corretas. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

Eu acho que a Delegacia e a Secretaria de Saúde do Estado deveria encaminhar aos municípios, mesmo, um técnico no assunto e trabalhar junto. Se for preciso, ficar uma semana no município, ficar, mas poder dar um encaminhamento ao trabalho de maneira que, quando o técnico saía, a equipe que fica, tenha condições de tocar o serviço ... o trabalho. Senão, se ela faz uma reunião com ... [número de municípios que fazem parte da Delegacia à qual pertence este município], como é o caso da ... [número da DRS a que pertence], cada um pega um pouco, e esse pouco não é suficiente para dar encaminhamento aos Planos de Saúde. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1993 – MUNICÍPIO B)

Este pessoal volta aos municípios mais confusos do que foram. Eu acredito que, até agora, com este polígrafo, além de um técnico ... Eu acho que o técnico para esclarecer problemas... assim... a Delegacia ou a Secretaria deveria dar, porque realmente é difícil você ir lá e em ... [refere o número de municípios que integram a DRS à qual pertence], e sair de lá sem nenhuma dúvida. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1998 – MUNICÍPIO B)

Eu acho que toda a orientação é boa. (...) Por exemplo, se eu há vinte anos fizesse Plano Municipal de Saúde, era muito mais fácil. Mas aí tu entra (...) tu precisa de uma orientação. Por mais que você seja autodidata, por mais que você tenha boa vontade, vai sair uma coisa muito superficial. Meu Plano é extremamente superficial. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Referindo-se a quem deveria dar a orientação, este gestor indicou diferentes atores:

Eu acho que existem pesquisadores, existem teóricos. Porque (...) o que falta é o embasamento teórico das coisas. (...) Tem que ter uma teoria, não é? Como pesquisar as coisas. Eu não tenho isso... como analisar. (...) Porque, no momento que você tiver a teoria, acho que é mais fácil. (...) tem uma Escola de Saúde Pública, universidades que tem condições, tem que ter equipes de pesquisa dentro da universidade. Até que teria que sentar e pesquisar, não é? (...) Eu acho que a importância dos técnicos da área era super importante, era quase imprescindível, não é? (...) Até a própria Delegacia, ou a Secretaria do Estado, deveria ter uma

equipe que chegasse e ficasse dois dias, três dias, uma semana aqui em nosso município, que a gente pudesse visitar, ir a campo. Depois de ir a campo, sentar e fazer, elaborar alguma coisa concreta, em cima de questões que tu vê. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Eu acho que, a partir do momento que a saúde está sendo municipalizada, está sobrando pouca coisa para a Secretaria de Saúde do Estado fazer. Então, eu acho que isso seria uma das coisas que a Secretaria tem que fazer: dar o suporte. Porque as incumbências todas estão passando para os municípios. Eu acho que a Secretaria da Saúde tem que ficar, no mínimo, como um respaldo de orientar como fazer bem. Eu acho que é a Secretaria de Saúde do Estado. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO D)

... acho que não tem nenhum cabimento os municípios ficarem fazendo por sua conta, porque é um empirismo, é um amadorismo, que, se não tivesse conhecimento prévio acumulado na humanidade, se admitia, mas hoje? Tendo conhecimento, tendo publicações, tendo um Movimento Sanitário com mais de vinte anos de história, profissionais que já fizeram este trabalho e tem nos quadros, inclusive das Secretarias Estaduais de Saúde. Caberia sim, às Secretarias Estaduais de Saúde, darem esta orientação aos municípios. (...) Porque o que hoje, infelizmente a gente vê, que os municípios, muitas vezes, estão mais acelerados em conhecimentos e respostas, do que as Delegacias. Mas, as Delegacias, também, precisam ser melhor equipadas e instrumentalizadas para poderem dar esta orientação aos municípios. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO E)

Diante do exposto, podemos perceber que os cinco gestores afirmaram a importância e necessidade da orientação, vendo principalmente o nível de gestão estadual como o mais indicado para fornecer este apoio.

2.2.2 Utilização de Auxílio Externo

É interessante destacar que 29 municípios – ou seja, a maioria dos pesquisados – procuraram algum tipo de auxílio para elaborarem seus Planos, e que tais auxílios foram buscados em diferentes fontes. Esta atitude, adotada pela maioria dos municípios, demonstra a sua necessidade de agregar informações e / ou orientações para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Na apresentação desses dados (TABELA 3) destacou-se o nível de gestão estadual – SSMA e DRS – como o auxílio externo mais procurado, sendo que 21 municípios citaram a DRS e, dentre esses, seis fizeram referência à SSMA, simultaneamente. Percebemos, no entanto, que os municípios orientados foram os que mais utilizaram esse auxílio. Podemos questionar tal fato seja como reafirmação da resposta à questão nº 6 – analisada no item anterior – seja como complementação à orientação recebida. De todo modo, esses dados

mostram que a maioria dos municípios recorreu à instância de gestão estadual para obtenção de algum tipo de auxílio, explicitando a importância da mesma no desempenho de seu papel junto aos municípios no processo de descentralização, ao disponibilizar-lhes apoio técnico.

Tabela 3. Distribuição dos municípios segundo fonte de auxílio externo utilizado para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação. Rio Grande do Sul. 1998

FONTE DE AUXÍLIO EXTERNO	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O*	NO**	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
DRS	4	1	5	4	2	1	2	-	2	-	15	6
Secretaria Municipal de Saúde / outros municípios	3	3	-	2	2	1	-	-	1	-	6	6
SSMA	-	3	3	-	1	-	-	-	1	-	5	1
Outras Secretarias da Prefeitura	-	2	-	-	1	-	1	-	-	-	2	2
Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1
Outras instituições	-	1	2	-	1	1	-	-	1	-	4	2
Não respondeu	-	1	-	2	-	-	1	1	-	1	1	5

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

* Orientado

** Não Orientado

Além da DRS e SSMA, outros auxílios foram citados por 26 municípios, número igualmente expressivo. Entre esses, destaca-se o auxílio de Secretários Municipais de Saúde de outros municípios, o que foi relatado por 12 municípios (seis orientados e seis não orientados), ressaltando o intercâmbio de experiências como fator positivo de integração entre gestores, podendo-se pensar também como preferência ou alternativa na ausência de outros auxílios.

Por parte de seis municípios ocorreu a procura de outras instituições, tais como: Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – ASSEDISA, IBGE, EMATER, hospital, Cooperativa de Produção e Centro de Apoio a Movimentos Populares.

Seis municípios não procuraram auxílio externo. Podemos pensar na existência de uma equipe com algum tipo de preparo técnico em suas Secretarias Municipais de Saúde, que lhes permitisse julgar-se capacitados para a elaboração do Plano. Outro motivo possível é o Plano Municipal de Saúde não receber valorização que desperte nesses

municípios a necessidade de buscar auxílio para o aprimoramento de sua elaboração, ou, ainda, a impossibilidade de obtê-lo.

O relato de um dos gestores entrevistados sugeriu maior troca de informação entre as gestões municipais:

A elaboração dos Planos, eu acho que é uma outra modalidade possível de ter auxílio mútuo, se pode dizer assim, é que os municípios troquem mais experiências entre si. Criação de bancos de dados, de Planos, que os municípios acessem mutuamente uns aos outros. Talvez, a ASSEDISA (...), hoje faz um papel bastante importante de orientação. E, muitas vezes, até pela omissão do Estado, a ASSEDISA toma a iniciativa, e pela necessidade dos municípios. A ASSEDISA tem feito um assessoramento importante aos municípios. Talvez, até se possa sistematizar mais esta troca de investigação e pesquisa entre os municípios. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO E)

2.2.3 Momento de Utilização do Auxílio Externo

Dos 29 municípios que relataram ter procurado auxílio externo, quatro não responderam à questão nº 8. Analisaremos então as respostas dadas por 25 municípios, sendo 16 orientados e nove não orientados (TABELA 4).

Tabela 4. Distribuição dos municípios segundo momento de utilização do auxílio externo para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação. Rio Grande do Sul, 1998

MOMENTO DE UTILIZAÇÃO DO AUXÍLIO EXTERNO	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Todo o processo	2	3	4	–	–	–	1	–	–	–	7	4
Diagnóstico e eleição de problemas	–	–	1	2	2	–	1	–	1	–	5	2
Definição de ações a executar	1	1	1	1	2	–	1	–	–	–	5	2
Revisão final	2	1	1	–	–	–	–	–	1	–	4	1
Elaboração do orçamento	–	–	–	1	–	2	–	–	–	–	–	3
Outros	–	–	–	1	–	2	–	–	–	–	–	3
Não respondeu	2	1	–	1	–	–	–	–	–	–	2	2

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Verificamos que o auxílio externo foi necessário para onze municípios durante todo o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, ocorrendo tal fato, principalmente, entre os municípios orientados e com menos de 15 mil hab.

Como momentos isolados no processo de elaboração do Plano, dois se revelaram mais críticos: o de diagnóstico e eleição de problemas e o de definição das ações a executar. Nestes, o auxílio externo foi procurado por igual número de municípios. Em terceiro lugar apareceu o momento de revisão final do Plano.

Apenas um município recorreu a auxílio externo para a elaboração do orçamento do Plano. Seria este o momento menos crítico de todo o processo?

No entanto, podemos considerar ainda que obteremos o aumento dos totais de cada momento, se somarmos os momentos discriminados isoladamente à opção todo o processo, uma vez que a mesma os inclui. Isso permitiria a visualização mais real da dimensão da necessidade do auxílio para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Outro aspecto a ser destacado foi o de que mais municípios orientados responderam a esta questão. Isso indicaria que tais municípios estavam mais sensibilizados com o processo de elaboração do Plano, e, portanto, mais motivados para aprimorar as orientações recebidas?

Em meio aos seis municípios não orientados que mencionaram, na questão nº 7, ter procurado auxílio externo na DRS – sem indicarem o momento de utilização do auxílio a que se refere a questão nº 8 –, três deles esclareceram que: um buscou a DRS para a obtenção da NOB-SUS 01/96 e dados estatísticos; outros dois, para pegar apenas o roteiro de plano. Tais respostas foram agrupadas sob a denominação Outros.

2.2.4 Existência de Suporte Técnico na Secretaria Municipal de Saúde

A Tabela 5 mostra que, do total de 35 municípios participantes do estudo, 17 referiram possuir algum tipo de suporte técnico. Entre os que possuem técnicos com especialização em Saúde Pública, destacou-se o fato de que já se percebe a presença destes profissionais nos municípios com menos de 5 mil hab., o que demonstra sua valorização pela gestão municipal. O número de profissionais com curso de especialização nessa área, por município, variou de um a quatro, número esse apresentado apenas por um município orientado com mais de 35 mil hab.

Tabela 5. Distribuição dos municípios segundo a existência de profissionais com Especialização em Planejamento, Curso ou Experiência em Planejamento e Setor de Planejamento, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

SUPORTE TÉCNICO	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Especialização em Saúde Pública	4	–	2	2	–	1	1	1	2	–	9	4
Curso em Planejamento	2	–	2	1	–	–	1	–	1	–	6	1
Experiência em Planejamento	2	1	1	–	1	–	–	1	1	–	4	–
Setor de Planejamento	1	–	1	–	1	–	–	1	1	–	4	–

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o número de municípios mencionados no texto, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Um dado interessante é que 12, dentre os 17 municípios com suporte técnico, receberam orientação. Entendemos que a orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde deve ser dada a todos os municípios que dela necessitarem, porém o fato acima pode levar a pensar na inexistência de uma preocupação, por parte da gestão estadual do SUS, quanto à necessidade de maior apoio aos municípios que não disponham de suporte técnico. Por sua vez, é fato que um profissional com algum grau de capacitação técnica é profissional mais sensibilizado e mais consciente da importância do Plano Municipal de Saúde para a gestão e que, por conseguinte, estabelece mais ativamente a busca de orientações e informações que lhe permitam a elaboração de um plano mais consistente.

2.2.5 Existência de Sistema de Informações em Saúde

Apenas oito municípios atuaram com sistemas informatizados, os quais, em sua quase totalidade, resumem-se ao atendimento ambulatorial e se referem aos sistemas oficiais e não a sistemas próprios do município.

Nenhum município fez alusão a um sistema de informação para atender necessidades específicas de sua realidade. Verificamos que, no geral, os dados coletados dizem respeito basicamente àqueles solicitados pelo âmbito federal ou estadual. Se a este fato agregarmos os resultados obtidos na análise das questões n^{os} 9, 10 e 11 – relativas ao suporte técnico com que contam as Secretarias Municipais de Saúde –, poderemos pensar que existe considerável dificuldade na maioria delas, no que se relaciona a dispor de condições que realmente proporcionem, ao gestor, a oportunidade de tomar decisões a

respeito do Sistema Municipal de Saúde amparado por adequada equipe técnica e meios para avaliar o nível de saúde do município.

2.2.6 Local de Obtenção das Informações em Saúde

Quanto ao local de obtenção das informações em saúde, podemos observar na TABELA 6 que, além do próprio município, as DRS's também atuaram como fontes preferenciais. Apenas seis municípios acessaram diretamente o banco de dados do Sistema de Informação em Saúde de âmbito federal, o que poderia estar demonstrando a dificuldade da instância local em acessá-los.

Tabela 6. Distribuição dos municípios segundo fonte de informação para o diagnóstico de saúde local, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

LOCAL DE OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	○	NO	○	NO	○	NO	○	NO	○	NO	○	NO
No Município	4	5	6	6	2	2	2	–	1	1	15	14
DRS	4	4	6	5	2	1	2	1	1	1	15	12
SSMA	2	2	2	2	1	–	2	1	1	–	8	5
Ministério da Saúde	2	–	2	–	–	–	1	–	1	–	6	–
IBGE	–	1	1	–	–	–	1	–	1	–	3	1
Municípios próximos	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Não respondeu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

2.2.7 Forma de Coleta das Informações no Município

No que se refere à forma de coleta das informações no próprio município, as respostas obtidas indicam a utilização de: levantamentos e consultas a profissionais e serviços de saúde; questionários aplicados na comunidade; observação direta; dados relacionados pela experiência. Um gestor relatou que em informações desconhecidas “aplicou valor aproximado”.

No entanto, percebemos o esforço realizado pela maioria dos municípios para a obtenção de dados, já que suas respostas mencionaram também a quais fontes recorreram, sendo estas as mais diversas: hospitais locais e regionais, estabelecimentos da rede básica, consultórios médicos, laboratórios, sindicatos, cartórios, EMATER e outros. Tal fato pode estar evidenciando tanto a busca de informações mais fidedignas e coerentes com sua

realidade quanto a inexistência de registro desses dados na própria Secretaria Municipal de Saúde.

2.2.8 Informações em Saúde de Difícil Obtenção

Dentre os trinta municípios que responderam a questão das informações de mais difícil obtenção, 16 relataram que as mais difíceis foram as de morbidade.

Na TABELA 7 vemos que as informações a respeito da mortalidade foram relatadas como difíceis de obter por apenas três municípios, todos não orientados. Por um lado, um desses municípios mencionou o mau preenchimento do atestado de óbito – o que revela busca direta nos formulários – e, por outro lado, levantou novamente a questão da qualidade dos dados registrados nesses atestados.

Onze municípios referiram-se a distintas informações difíceis de conseguir. Por terem sido citadas uma única vez, consideramos a necessidade de agregá-las sob a denominação Outras. No entanto, temos a noção de sua importância para os municípios no que diz respeito às dificuldades enfrentadas para conseguir as informações que devem fundamentar o Plano. Um município relatou a dificuldade de obter informações sobre gestantes e recém nascidos, em razão de não dispor de hospital nem de médicos residentes no município. Este tipo de informação é crucial para o dado a que se refere, pois indica a relevância que tem a implantação de sistema de referência e contra-referência que dê conta desse e de outros eventos. Duas outras dificuldades mencionadas foram: informações que dependem de médicos, bem como as que dependem de hospitais.

Diante do exposto é possível confirmar que as informações concernentes à mortalidade foram realmente as mais disponíveis fosse pelo sistema de informações fosse através da obtenção dos dados diretamente nos atestados de óbito. Contudo, a morbidade fica na dependência das informações de base hospitalar, dos serviços de saúde em geral, bem como da notificação dos profissionais, questão que ainda não está adequadamente equacionada. Outro ponto a ser examinado, diz respeito ao retorno ao município, por parte da instância de gestão estadual, das informações cujos dados são gerados no município, o que lhes possibilitaria maior sustentação para a ação.

Tabela 7. Distribuição dos municípios segundo categorias de informações em saúde consideradas de difícil obtenção, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

INFORMAÇÕES DE DIFÍCIL OBTENÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Morbidade	2	5	2	2	1	-	-	1	2	1	7	9
Mortalidade	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	3
Vigilância sanitária / Saneamento	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Outras	2	2	2	1	2	1	1	-	-	-	7	4
Não encontrou dificuldades	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	3	1
Não respondeu	1	-	1	2	-	-	1	-	-	-	3	2

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

A dificuldade de obter determinadas informações fica evidente na fala de um dos gestores entrevistados:

... o hospital tem um sistema informatizado, tem condições de chegar e entrar. Eu fui pessoalmente, (...) porque também se depender deles ... é difícil (...) eu tenho um bom relacionamento com o diretor do hospital, então eu sento junto com a funcionária lá, entro no sistema (...) Então o pouco que eu consegui foi assim. Claro que eu teria muitas outras coisas para se relatar num Plano de Saúde que eu não consegui tirar, porque tem um hospital privado. Por exemplo, se a Prefeitura tivesse um hospital, era diferente, tu tens estes dados. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

2.2.9 Realização da Conferência Municipal de Saúde

A questão formulada objetivo apreender se os municípios buscaram valorizar a participação social na discussão dos seus problemas de saúde e na busca de suas soluções, formalizando-a por intermédio da Conferência Municipal de Saúde.

Na TABELA 8 verifica-se que a Conferência foi realizada em menos de um terço deles. Dentre os municípios que realizaram o evento, a maioria correspondia a municípios orientados. Isso sugere maior sensibilização dos municípios orientados para a necessidade de envolverem a população na formulação da política de saúde no município.

Tabela 8. Distribuição dos municípios segundo a realização de Conferência Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Sim	1	–	5	2	–	–	1	–	1	–	8	2
Não	5	6	1	4	2	2	2	1	1	1	11	14

Na mesma questão, 25 municípios relataram os motivos da não realização da Conferência (TABELA 9). O motivo mais mencionado foi o tempo reduzido para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. As respostas que o apontam, não esclarecem qual o tempo concedido para o processo.

Em segundo lugar foram citados impedimentos relacionados ao Conselho Municipal de Saúde, tais como: “*Falta de envolvimento do Conselho.*”; “*Faltava organizar as leis que permitiriam o funcionamento do Conselho.*”; “*O Conselho tem pouco preparo.*”; “*Desarticulação entre o Governo Municipal e o Conselho.*”

Tabela 9. Distribuição dos municípios que não realizaram a Conferência Municipal de Saúde segundo os motivos explicitados e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

MOTIVOS EXPLICITADOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	MUNICÍPIOS		
	ORIENTADOS	NÃO ORIENTADOS	TOTAL
Tempo reduzido para elaborar o Plano Municipal de Saúde	2	6	8
Impedimentos relacionados ao Conselho Municipal de Saúde	3	3	6
Falta de equipe técnica para realizar a Conferência	–	2	2
Município pequeno, não foi possível / necessário	2	–	2
Dificuldade de levar as discussões ao povo / reunir as pessoas	1	1	2
O processo teve início na gestão anterior / troca de gestão	1	1	2
Outros	2	2	4
Não respondeu	1	–	1

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o número de municípios comentados no texto, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Ainda como justificativas para a não realização da Conferência aparecem, sob a denominação Outros: “*Falta de oportunidade*”; “*A Conferência já havia sido realizada há algum tempo*”; “*Municípios da região optaram por não realizá-la*”; “*A Conferência será realizada de quatro em quatro anos*”.

Muito embora, no geral, os motivos relatados tenham apresentado certa lógica, questionamos se a Conferência Municipal de Saúde estaria sendo vista como

desnecessária, o que poderia representar a ausência de entendimento claro quanto à importância da construção de um projeto coletivo para o Plano de Saúde do município. Um projeto de governo formulado com a participação da população, a partir de uma direcionalidade prévia, torna-o um instrumento de compromisso político e de adesão, o que lhe confere força e legitimidade.

2.2.10 Experiência Anterior do Secretário Municipal de Saúde em Função de Direção e em Função de Direção em Saúde

No que diz respeito à função de direção anterior, 25 Secretários já a exerceram, sendo pequena a diferença entre os gestores de municípios orientados e não orientados. Desse total de Secretários que possuem experiência como dirigentes, nove deles exerceram função de direção na área da saúde, sendo que dois terços destes são Secretários de municípios que receberam orientação para elaborarem seus Planos Municipais de saúde (TABELAS 10 e 11).

Tabela 10. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde segundo o exercício anterior de função de direção, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

EXERCÍCIO ANTERIOR DA FUNÇÃO DE DIREÇÃO	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Sim	4	5	6	4	–	2	2	–	2	–	14	11
Não	2	1	–	2	2	–	1	1	–	1	5	5

Tabela 11. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde segundo o exercício anterior de função de direção na área da saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Rio Grande do Sul, 1998

EXERCÍCIO ANTERIOR DE FUNÇÃO DE DIREÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Sim	3	–	1	2	–	1	–	–	2	–	6	3
Não	2	5	5	2	–	1	1	–	–	–	8	8

A questão, porém, não investigou experiência profissional em saúde, mas tão somente cargo de chefia anterior, podendo existir profissionais de saúde atualmente no cargo, ou seja, assumindo pela primeira vez uma função de direção.

2.3 A Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Neste subitem analisamos dados que nos permitem visualizar, em certa medida, como ocorreu a elaboração do Plano Municipal de Saúde nos municípios estudados com referência, em particular, às dificuldades presentes no processo e a consideração de ações intersetoriais.

2.3.1 Dificuldades Encontradas no Processo de Elaboração do Plano

Na TABELA 12 podemos observar que apenas dois municípios orientados relataram não ter encontrado dificuldade. Dos 33 municípios restantes, 18 citaram até três dificuldades, sendo a maioria (12) municípios orientados. Essas duas situações – ou seja, dois municípios orientados sem dificuldades e a maior parte dos demais orientados com pequeno número de dificuldades – sugerem que a orientação recebida teve impacto positivo na ocorrência ou não de dificuldades durante o processo de elaboração dos Planos.

Tabela 12. Distribuição dos municípios segundo o número de dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

NÚMERO DE DIFICULDADES	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Sem dificuldades	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Uma a três	4	3	3	3	1	–	3	–	1	–	12	6
Quatro a seis	1	2	2	2	–	–	–	–	1	–	4	4
Sete e mais	–	1	–	1	1	2	–	1	–	1	1	6

Os dois municípios que não indicaram dificuldades – mais sete dos 12 orientados, que apontaram até três dificuldades, e seis não orientados com o mesmo relato – concentram-se na faixa de menos de 15 mil hab. Fato interessante, já que na maioria dos casos, tais municípios dispõem de menor suporte técnico em suas Secretarias Municipais de Saúde e, portanto, poderiam encontrar maior número de dificuldades. Por outro lado, em função das limitações de quadros técnicos e recursos organizativos encontrados normalmente em pequenos municípios, pode existir menor consciência dos tipos de dificuldades a que estão expostos e que são relativas às exigências de elaboração de um plano.

Entre os municípios que relataram mais de sete dificuldade, a maioria foi de não orientados, o que reforça nossa observação sobre o papel positivo das orientações recebidas.

No entanto, é possível que o auxílio externo buscado tenha contribuído para a ocorrência de menor número de dificuldades em determinados municípios. A este respeito, outro fator a ser considerado em municípios orientados consiste na maior presença de algum tipo de suporte técnico em suas Secretarias Municipais de Saúde, conforme ao apresentado nas questões nºs 9, 10 e 11 da TABELA 5, em que, dentre os 17 municípios que referiram ter algum suporte técnico, 12 eram municípios orientados.

No que concerne ao tipo de dificuldades encontradas pelos 33 municípios que as referiram, verificamos na Tabela 13 que 28 deles apontam a falta de pessoal com preparo técnico na Secretaria Municipal de Saúde, havendo igual número de menções a essa dificuldade entre os municípios orientados e não orientados. O interessante foi que, dentre os 17 municípios que disseram possuir algum suporte técnico em suas Secretarias, cinco não citaram esta dificuldade – dois deles não referiram dificuldade –, restando apenas três municípios com suporte técnico que não mencionaram a falta de pessoal com preparo técnico como uma das dificuldades encontradas. Nesse caso, podemos supor que ou o suporte técnico não foi totalmente utilizado, ou existe insuficiência de preparo específico para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Um dos gestores entrevistados, aludindo a essa dificuldade, ressaltou a descontinuidade das equipes e as dificuldades financeiras para sua capacitação:

Olha, eu acho que a maior riqueza de uma empresa – eu já considero a Prefeitura uma empresa pública – são os recursos humanos. Só que onde interfere a política, o que acontece: de quatro em quatro anos é substituído pessoas que tem, como se diz, um certo ... Vamos dizer assim, eu tenho uma equipe que entrou comigo há um ano e meio. Daqui dois anos, vai sair todo mundo. Esta continuidade não existe. (...). Ao mesmo tempo que eu acho também que este continuísmo assim de 20, 30 anos no mesmo, também não dá certo, sabe? E o que acontece: Prefeitura com dificuldades financeiras (...) reduz-se o quadro de pessoal (...) Então o que se está fazendo? Enxugando a máquina, mas não se está preocupando com o resultado dos trabalhos. (...) Até assim, existem mil e um cursos para se fazer, aí nunca tem dinheiro, nunca tem transporte, nunca tem uma diária. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Em segundo lugar apareceu a dificuldade de analisar a situação de saúde e, logo após, em terceiro lugar, a dificuldade para definir os problemas de saúde –. Esses

resultados apresentaram coerência com aqueles relativos ao momento de utilização do auxílio externo, na TABELA 4. Tais dificuldades concernem ao importante momento do diagnóstico e eleição de problemas, o que demanda informações de vários tipos, além de estudo detalhado na busca da causa dos problemas para a verificação das possibilidades de ação.

A capacidade de governo quanto às dificuldades aqui comentadas interfere na qualidade do projeto de governo, ou seja, no Plano Municipal de Saúde a ser implementado. A fala de um Secretário entrevistado refletiu sua preocupação quanto à situação vivida com referência às duas dificuldades acima citadas:

... para você elaborar um Plano, você tem que ter um diagnóstico de saúde do município. Esse é um grande problema. Até hoje nós estamos trabalhando com esses programas aqui, mas eu confesso que nós não temos um diagnóstico real da saúde do município. O que nós temos é uma estrutura toda montada, trabalhando, atendendo, fazendo saúde preventiva, em várias áreas... mas, de repente, nós estamos até aplicando dinheiro no lugar errado. Tu não tem diagnóstico. (...) Hoje, nós iniciamos um trabalho junto com a [nome de uma Universidade de um município próximo] e que eles estão nos ajudando a fazer um diagnóstico da saúde do município. A partir desse diagnóstico certamente nós vamos modificar nosso Plano Municipal de Saúde. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE - MUNICÍPIO D)

Em quarto lugar está a dificuldade de organizar uma equipe interessada em elaborar o Plano Municipal de Saúde, que foi relatada pelo dobro de municípios não orientados em relação aos orientados. Diante disto, podemos pensar que a orientação recebida tenha influenciado positivamente, possibilitando maior motivação dos técnicos por se sentirem mais capacitados. Tomando como referência o Triângulo de Governo proposto por Matus, este resultado pôde exemplificar como a melhoria da capacidade de governo permite aumento da governabilidade, conduzindo a maior adesão ao projeto de governo.

Comentários feitos por dois gestores entrevistados chamaram a atenção para a questão da desmotivação e do despreparo dos profissionais para a elaboração do Plano, o que acaba gerando uma visão ritualística do Planejamento, dissociando-o e distanciando-o da ação, uma vez que os profissionais que estão na assistência não se sentem planejando:

Sabe que às vezes eu me questiono: ou é porque eles estão há muito tempo na atividade, já estão assim, sem entusiasmo? Eu acho que falta muito entusiasmo nas pessoas. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Pois é, a falta de pessoal em primeiro lugar é porque a estrutura da Secretaria é feita para atendimento, não para planejar. Inclusive, assim, até alguns problemas que hoje a gente tem que fazer, a gente pede socorro para a Secretaria de Planejamento ajudar, porque nos falta pessoal técnico, que tenha habilidade de como elaborar um Plano, como elaborar um programa. Claro que a parte técnica... mas mesmo o profissional técnico, um médico, um dentista, ele tem dificuldade em fazer isso aí. . (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO D)

Neste último comentário, apesar de o gestor estar se referindo à falta de pessoal com preparo técnico, julgamos mais adequado localizar seu relato pela ilustração da dificuldade de organizar uma equipe interessada em elaborar o Plano, pois esta fala evidenciou como, para os profissionais da assistência, o Planejamento é algo à parte, próprio de especialistas. Esse distanciamento entre quem está na execução e quem está planejando, por um lado, sugere que a baixa adesão da equipe ao Plano pode ser em razão do pouco preparo para planejar. Por outro lado, é possível que este distanciamento esteja sendo reforçado pelos roteiros utilizados e pela pouca orientação fornecida. Estes fatos nos remetem novamente à questão da capacidade de governo que limita a governabilidade, ambas interferindo na elaboração e, conseqüentemente, na implementação do projeto de governo.

Em quinto lugar apareceram três dificuldades indicadas por igual número de municípios. Foram elas: definir objetivos e metas a atingir, elaborar o orçamento do Plano e obter informações e orientações da DRS. No que diz respeito à primeira dessas dificuldades, sua inserção expressa que, pela primeira vez, o município se organiza para a gestão oficial do sistema de saúde em seu território, tendo que prever seu desempenho em termos do que e do quanto é possível atingir, a partir das ações a serem executadas. Este fato deve ser ponderado como demanda de maior assessoramento.

Quanto à dificuldade para a elaboração do orçamento do Plano, embora dois terços dos municípios não tenham feito menção a isto, é possível pensar que o motivo foi sua experiência na elaboração de orçamentos. Tal situação, no entanto, poderia estar sugerindo igualmente que alguns municípios não citam a dificuldade por não terem chegado a essa etapa, visto que o roteiro da SSMA não solicita orçamento, elaborando um Plano apenas com metas físicas que estariam na dependência do teto de recursos em função dos critérios definidos pela NOB 01/96. Porém, o mais interessante foi que, embora tivesse sido mencionada por 11 municípios, apenas um alegou ter buscado auxílio externo específico para a elaboração do orçamento, o que pode ser visto na TABELA 4.

Outros 11 municípios apontaram a dificuldade de obter informações e orientações da DRS. Apesar de citada por maior número de municípios não orientados, ela também foi referida por quatro dos que se consideraram orientados. Este fato estaria indicando um dos motivos da busca de auxílio externo a outras fontes que não a DRS.

A fim de analisarmos a instância de gestão estadual – representada pela SSMA e DRS – julgamos necessário antecipar a análise da dificuldade que aparece em sétimo lugar – a de obter informações da SSMA. Nos municípios que apontaram ao mesmo tempo as dificuldades com a SSMA e com a DRS, consideramos apenas uma vez a referência à instância de gestão estadual. Sendo assim, treze municípios registraram tais dificuldades (DRS ou SSMA). Fazendo-se o cruzamento desses dados com aqueles que permitiram a construção da TABELA 3 – referentes à fonte de auxílio externo –, vimos que, dos 13 municípios acima mencionados, cinco recorreram à DRS e / ou à SSMA na busca de auxílio externo. Os demais não as citaram como fonte de auxílio externo, demonstrando talvez que, ante tais dificuldades, desistiram de utilizá-las como auxílio. A questão formulada no questionário, no entanto, não permitiu definir que tipo de informações ou orientações foram difíceis de obter. No entanto, os Secretários entrevistados teceram comentários a respeito destas dificuldades:

... acho que a Delegacia em si, ela está mal estruturada, não sei se são todas, mas ao menos a nossa está mal estruturada na área de pessoal. Eu digo com pouco pessoal porque, mesmo a gente indo lá, são dois ou três funcionários que estão nas áreas deles e não têm lá um conhecimento grande para poder orientar e, mesmo, tempo para vir, muitas vezes até o município para poder acompanhar a elaboração de um Plano Municipal. Sobre a Secretaria de Saúde, posso dizer até que talvez seja a mesma coisa, em virtude da distância do nosso município até a capital do estado, onde, quem sabe, o deslocamento deles para vir até aqui para nos assessorar seja meio difícil e mesmo nós não temos pessoal estruturado para ir um dia até Porto Alegre e conseguir captar todos os dados para a elaboração deste Plano. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

Eu várias vezes liguei; dizia: ‘eu preciso me preparar já para elaborar o Plano’, porque eu já sabia que dentro da municipalização... Só que eles também não tinham a noção de que eu também não sabia nada de Plano. (...) Ai eu ligava para o Delegado e o Delegado dizia assim: ‘Não, depois tu vai ter que refazer todo de novo, (...) Eu disse: ‘não, mas eu já quero fazer’, contando como se eu tivesse municipalizado. Ai eu consegui com [nome de uma cidade próxima], porque lá já existia a municipalização (...) A Secretária de Saúde, me deu umas orientações. (...) Se eu dependesse da Delegacia, eu não teria municipalizado. Porque demora. (...) A gente tem feito muito direto, sabe? E eu acho que não é legal, porque a gente quer manter a Delegacia, porque a gente

precisa da Delegacia, que é mais próximo. (...) Nada contra a Delegacia, não é? Todo dia eu estou ligando, a gente está pedindo informações. (...) Agora o pessoal está vindo. (...) É o melhor, eles virem. Fica mais próximo. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

... a gente sente, até hoje, a gente sente que há dificuldades, até porque há dificuldades nossas. Nós estamos muito longe para se deslocarem, para nos dar uma mão aqui. O governo não paga, às vezes, diárias.. Houve esta dificuldade e, com relação à Secretaria de Saúde do Estado, mais ainda, pela distância. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO D)

A dificuldade que surge em sexto lugar diz respeito à definição de ações a executar. Talvez, a menor referência a esta dificuldade possa ser explicada pelo fato de existir um elenco de programas definidos pela SSMA, os quais devem ser desenvolvidos pelo município a partir da habilitação à gestão da saúde. Tais programas correspondem aos que a gestão estadual desenvolve até o município habilitar-se. A esse respeito, dois gestores entrevistados disseram:

... as ações, na verdade, elas vêm de cima para baixo. (...) o governo impõe e eu acho que, se você não assumir, e é lógico que vai ter que assumir a Vigilância Epidemiológica, isto é fundamental (...) Então, estas coisas, a gente se pergunta: o Estado tem razão? Tem razão de botar. . (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

... a Saúde Estadual não chegou a orientar diretamente, mas os municípios, para se municipalizarem, tinham que assinar um termo de compromisso sobre a implantação dos programas. Então, alguns problemas já estavam previamente definidos (...) Isto é um compromisso que o município tem que ter para ser municipalizado. Então, os programas e os problemas estão previamente definidos. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO E)

Contudo, apesar da existência desses programas e da exigência de seu desenvolvimento pelos municípios habilitados, estes podem priorizá-los de acordo com suas necessidades.

Obter a colaboração da população e a do Conselho Municipal de Saúde foram dificuldades citadas respectivamente cinco e quatro vezes por municípios não orientados. Chama a atenção que estas dificuldades não ocorreram com municípios orientados. Esta situação sugere que as orientações recebidas facilitaram o entrosamento entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho e a população na elaboração do Plano. Outra questão importante remete ao vértice governabilidade do Triângulo de Governo de Matus.

Podemos entender, em princípio, que os municípios – leia-se, Secretários Municipais de Saúde – com mais dificuldade de conseguir a colaboração do Conselho e da população têm menos governabilidade sobre o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, do que outros municípios que não relataram tal dificuldade.

Sob a denominação Outras surgiram dificuldades tais como: tempo reduzido para elaborar o Plano, desconhecimento da legislação do SUS, não ser profissional da área da saúde, falta de informação estatística e dificuldades na própria Prefeitura – com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, mencionado por um Município, e com a Secretaria da Fazenda, por outro Município.

Tabela 13. Distribuição dos municípios segundo as dificuldades encontradas durante o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

DIFICULDADES	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Falta de pessoal com preparo técnico	5	5	4	5	2	2	1	1	2	1	14	14
Analisar a situação de saúde	2	2	3	4	1	1	2	1	1	1	9	9
Definir os problemas de saúde	2	4	2	2	2	1	-	1	-	1	6	9
Organizar equipe interessada em elaborar o Plano	1	2	1	2	1	2	1	1	-	1	4	8
Definir objetivos e metas a atingir	2	1	2	2	1	-	1	-	1	1	7	4
Elaborar o orçamento do Plano	-	2	-	2	2	2	-	1	1	1	3	8
Obter informações e orientações da DRS	2	3	1	1	-	2	-	1	1	-	4	7
Definir ações a executar	1	2	2	2	1	-	-	-	-	1	4	5
Obter informações da SSMA	-	2	-	1	-	2	1	1	-	-	1	6
Obter colaboração da população	-	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	5
Obter colaboração do CMS	-	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	4
Outras	-	2	-	-	1	1	-	-	1	1	2	4

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Em relação ao “tempo reduzido” citado como uma das dificuldades para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, três gestores entrevistados comentam:

Tivemos praticamente dois meses para a elaboração. Foi no início do ano que tivemos uma reunião com a Delegacia. Até, em primeiro plano, eles tinham colocado que era até dia 3 de junho de 1998 e, logo após, nos foi colocado que precisávamos ter o Plano até 6 de março. Este também foi o motivo que nos levou a contratar esta empresa, por causa do tempo que tivemos (...) A elaboração do Plano foi questão de um mês.
(SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

... pelo tempo que nos colocaram, ele [referindo-se ao Plano anterior] é uma cópia do antigo. (...) Nem foi dado tempo para atualizar o Plano. Poderia até ter mandado o Plano velho (...) Então, para não mandar o velho, a gente revisou ele e mudou alguma coisinha. Praticamente foi mandado o Plano antigo (...) Tem municípios que não tinham Plano. Estes tiveram que dar um jeito de fazer (...) eu não sei como é que eles fizeram para conseguir fazer o Plano de Saúde em tão pouco tempo. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO B)

Se tu vires o Plano, tu vai ver que ele é genérico. Suficientemente genérico para ti poder fazer um Plano, neste caso, de dois... na verdade, nos deram um mês para fazer o Plano. Nós tínhamos que ter apresentado o Plano dia 6 de fevereiro. Depois adiaram para o final de fevereiro. Nós tivemos dois meses para fazer o Plano. Foi este o prazo que nós tivemos. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO E)

Mediante estes relatos percebemos, de um lado, que os prazos foram curtos tanto para os pequenos municípios como para os maiores. No caso dos pequenos, a dificuldade pode ter ocorrido pelo menor número de recursos humanos de que normalmente dispõem. Para os maiores, a dificuldade está em necessitarem de visualização dos problemas e suas causas em um universo maior de habitantes, com toda uma estrutura também mais complexa.

Sem dúvida, um dos cuidados a ser tomado na elaboração de um plano é a qualidade de sua proposta. Para que assim seja, um dos fatores necessários é o tempo de elaboração que, logicamente, estará na dependência do tipo de plano e das condições para elaborá-lo. No entanto, diante da magnitude de um Plano Municipal de Saúde não há como negarmos a necessidade deste fator para sua elaboração.

De outro lado, fica uma interrogação a respeito do que ocorre no primeiro ano dos governos eleitos. Estariam os novos governos municipais cientes da necessidade de elaborarem seus Planos de Saúde? A instância de gestão estadual não teria o papel de alertá-los para o fato? Segundo a legislação, o momento propício à elaboração do Plano é o primeiro ano de governo, propiciando prazo mais elástico para fazê-lo.

2.3.2 Grau de Superação das Dificuldades Encontradas

Na Tabela 14 verificamos que 24 municípios venceram todas as dificuldades encontradas. Esse grau de superação foi elevado e se, por um lado, demonstrou as potencialidades dos municípios e seu esforço para superar as primeiras barreiras, por outro, levantou o questionamento a respeito de como foi possível superar, em especial, a falta de pessoal com preparo técnico, o que dependeria de contratação de pessoal ou treinamento

ou assessoria técnica; no entanto, o questionário elaborado não permite esse esclarecimento.

De todo modo, os Planos destes municípios foram elaborados e entregues juntamente com a documentação que solicitava a habilitação à gestão da saúde no município, o que significa que, de alguma forma, as dificuldades foram superadas. É interessante observar que, dentre os 15 municípios – retiramos do total de 17, os dois que não referiram dificuldades – com suporte técnico (questões nºs 9, 10 e 11 – TABELA 5) em suas Secretarias Municipais de Saúde e que disseram ter encontrado dificuldades no preparo do Plano, dez deles estão presentes entre os que disseram ter sobrepujado totalmente as dificuldades. É possível que isto esteja mostrando que o suporte técnico constitui auxílio importante na resolução dos problemas encontrados, apesar de parecer que não é considerado totalmente ao ser apontada a dificuldade relativa à falta de pessoal com preparo técnico, comentada no item anterior.

Dos oito municípios que superaram parcialmente suas dificuldades, quatro deles também referiram algum suporte técnico.

Apenas um município que mencionou ter algum tipo de suporte técnico não conseguiu vencer as dificuldades encontradas

Tabela 14. Distribuição dos municípios segundo o grau de superação das dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

GRAU DE SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Superadas	5	4	4	4	1	–	3	1	1	1	14	10
Superadas em parte	–	1	1	2	1	2	–	–	1	–	3	5
Não superadas	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1

Obs.: A soma dos valores é inferior ao tamanho da amostra, porque dois municípios não referiram dificuldades.

No que concerne às dificuldades de difícil superação (TABELA 15), a mais freqüente é também a de maior freqüência na relação de dificuldades encontradas na TABELA 13, ou seja, falta de pessoal com preparo técnico.

A segunda dificuldade de mais difícil superação é a que alude à análise da situação de saúde. Comparando-se esses dados com os da TABELA 13, verificamos que, entre os nove municípios orientados que lá mencionaram essa dificuldade, apenas dois não

voltaram a citá-la como de difícil superação. No entanto, dos nove municípios não orientados que igualmente fazem menção à mesma dificuldade, seis não a julgam de difícil superação. Esses relatos contradizem o que se poderia esperar como resultado de uma orientação.

A terceira dificuldade apontada como uma das mais difíceis de serem vencidas é a de organizar uma equipe interessada em elaborar o Plano Municipal de Saúde. As demais dificuldades distribuem-se de forma mais ou menos homogênea, com visível diminuição em suas frequências se comparadas às da TABELA 13, inclusive para as dificuldades mencionadas em relação à SSMA e DRS, aqui referidas por dois municípios orientados e dois não orientados.

Tabela 15. Distribuição dos municípios segundo o número de dificuldades referidas como de difícil superação no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

DIFICULDADES DE DIFÍCIL SUPERAÇÃO	NÚMERO DE HABITANTES										TOTAL	
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS			
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Falta de equipe com preparo técnico	3	1	1	2	1	1	1	1	2	–	8	5
Analisar a situação de saúde	2	2	2	1	1	–	2	–	–	–	7	3
Organizar equipe interessada em elaborar o Plano	1	2	–	1	1	–	1	1	–	–	3	4
Definir os problemas de saúde	1	3	–	–	1	–	–	–	–	–	2	3
Definir as ações a executar	1	1	1	–	1	–	–	–	–	–	3	1
Definir objetivos e metas a atingir	–	1	1	1	1	–	–	–	–	–	2	2
Elaborar o orçamento do Plano	–	1	–	1	2	–	–	–	–	–	2	2
Obter colaboração da população	–	1	–	2	–	–	–	–	–	–	–	3
Obter informações e orientações da DRS	–	1	1	1	–	–	–	–	–	–	1	2
Obter informações da SSMA	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–
Outras	–	1	–	–	1	–	–	–	1	1	2	2
Não respondeu	1	1	1	1	–	1	–	–	–	–	2	3

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Quanto às dificuldades não superadas apresentadas na TABELA 16, os municípios que se depararam com tal situação foram sete, dois orientados e cinco não orientados. A dificuldade não superada mais freqüente foi a falta de pessoal com preparo técnico, relatada por quatro municípios não orientados.

Tabela 16. Distribuição dos municípios segundo dificuldades referidas como não superadas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

DIFICULDADES NÃO SUPERADAS	NÚMERO DE HABITANTES												
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL		
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	
Falta de pessoal com preparo técnico	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4
Definir os problemas de saúde	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Elaborar o orçamento do Plano	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Organizar equipe interessada em elaborar o Plano	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Obter colaboração do Conselho Municipal de Saúde	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Obter informações e orientações da DRS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Obter informações da SSMA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o número de municípios relatados no texto pois alguns deles citaram mais de uma dificuldade não superada.

No momento da entrevista, quando perguntamos a um Secretário Municipal de Saúde o porquê da impossibilidade de superar as dificuldades encontradas, ele falou da falta de pessoal com preparo técnico:

Para o município contratar este pessoal para vir ao município para nos assessorar seria um alto custo... para ter este pessoal com capacidade ... para ter trabalhando no município, porque é um pessoal não normalmente residente no município, principalmente para os pequenos municípios, pelo fator financeiro. O município pequeno não tem condições. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

2.3.3 Intersectorialidade

O objetivo, ao formular as questões de nº 18 e 19, foi avaliar se os municípios estudados julgaram importante interagir com outros setores ou instituições da comunidade, uma vez que a saúde é determinada por variáveis que ultrapassam as ações do setor saúde.

Trinta e um dos 35 municípios estudados citaram Secretarias da Prefeitura e / ou instituições da comunidade.

Quanto ao envolvimento de outras Secretarias da Prefeitura na elaboração do Plano, 26 municípios mencionaram uma ou mais Secretarias. A mais demandada foi a Secretaria de Educação / Cultura, ficando em segundo lugar, referidas por igual número de municípios, as de Administração / Planejamento, Agricultura, e Urbanismo e Obras. Em

terceiro lugar surgiu a de Assistência Social / Bem Estar. Em um dos municípios, o Gabinete do Prefeito foi citado.

Praticamente não ocorreram diferenças entre os municípios orientados e não orientados que não demandaram operações a outras Secretarias da Prefeitura.

Tabela 17. Distribuição dos municípios segundo o envolvimento da Secretaria de Saúde com outras Secretarias / Repartições da Prefeitura, para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

SECRETARIAS	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Educação / Cultura	4	4	4	3	1	1	3	1	1	1	13	10
Administração / Planejamento	1	–	1	1	–	1	1	1	–	–	3	3
Agricultura	1	3	–	–	–	–	2	–	–	–	3	3
Urbanismo e Obras	–	1	1	1	–	–	2	–	1	–	4	2
Assistência Social / Bem-Estar	–	–	1	–	–	1	2	–	–	1	3	2
Fazenda	2	1	–	1	–	1	–	–	–	–	2	3
Habitação	–	–	1	1	1	–	–	–	–	–	2	1
Transporte	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Gabinete do Prefeito	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Não envolveu	2	2	1	3	–	–	–	–	1	–	4	5
Não respondeu	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	2	–

Obs.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Vinte e seis municípios responderam afirmativamente à questão do envolvimento de instituições da comunidade nas ações a executar.

As instituições envolvidas foram variadas, sendo citadas, entre outras, Escolas, APAE, EMATER, Pastoral da Saúde, Clubes de Serviço (Lions, Rotary), Câmara de Vereadores, Alcoólicos Anônimos, uma Faculdade de Ciências Médicas, além das que integram o Conselho Municipal de Saúde.

2.3.4 Envolvimento da População na Elaboração do Plano

Nas respostas a esta questão ficou evidente que, nos municípios onde a população participou no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, essa participação ocorreu por intermédio de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde, ou, então, pelo fornecimento de dados. As justificativas mais citadas para isto foram a existência de representação popular no Conselho e o tempo reduzido para a elaboração do Plano, impedindo o envolvimento da população. O último motivo coincide com um daqueles

mencionados por alguns municípios para a impossibilidade de realização da Conferência Municipal de Saúde.

2.4 Principais Observações

Até aqui foi possível fazermos a apreciação da variável capacidade de governo, que se refere às técnicas, métodos, habilidades e experiências, bem como aos meios de adquiri-la. Frente aos dados expostos percebemos – principalmente pela grande procura de auxílio para a elaboração dos Planos – que os gestores de saúde dos municípios estudados têm baixa capacidade de governo para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, até porque esta é incumbência relativamente nova para eles. Por sua vez, o estudo demonstrou também que estes municípios não dispõem de respaldo planejado e sistemático da gestão estadual que examine as diferentes capacidades dos municípios, uma vez que a orientação se concentra em municípios melhor aparelhados em termos de suporte técnico.

Os dados revelaram que existe baixa governabilidade, expressa principalmente no número de dificuldades encontradas e em sua superação. A dificuldade mais apontada pelos municípios – a falta de pessoal com preparo técnico – configura um indicador importante da capacidade de governo desses municípios e vai determinar a maior ou menor governabilidade, uma vez que as demais dificuldades encontradas decorrem da primeira. Assim, a tendência observada até aqui, uma capacidade de governo e governabilidade, a qual se manifesta na maior capacidade de superação de dificuldades quando o município tem alguma orientação.

III. Análise do Plano Municipal de Saúde

III. ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Um plano, é fácil de fazer, mas ele tem que ser real. (...) Não botar algumas coisas aí, porque o papel vai aceitar tudo.

(SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE)

Inicialmente examinaremos os roteiros utilizados para orientar os municípios, cujas propostas são formuladas pela SSMA-RS e pelo Ministério da Saúde e, em seguida, os Planos dos municípios. A análise dos roteiros foi feita sobre sua estrutura e sobre as informações / orientações que os acompanham.

Para as análises adotamos, como parâmetro, alguns dos conceitos do PES, que pensamos ser possível adequar à estrutura proposta nos roteiros – SSMA-RS e MS – seguida na elaboração dos Planos Municipais de Saúde integrantes deste estudo.

Sendo assim, buscamos visualizar se os municípios conseguem formular seus Planos com coerência e consistência, a partir da estrutura dos roteiros propostos, na qual consideramos a existência de:

- um diagnóstico que fundamente a análise da realidade;
- uma análise que permita o processamento dos problemas e suas causas;
- um processamento de problemas que possibilite a definição das prioridades e das ações a executar;
- e, por fim, as ações previstas para acompanhar e avaliar os resultados.

3.1 Roteiro de Plano Municipal de Saúde da SSMA-RS

O roteiro de plano aqui analisado corresponde ao proposto pela SSMA-RS para o ano de 1997 (SSMA-RS, 1997).

O roteiro proposto neste modelo inicia com dados gerais de **Identificação do Município**, passando, a seguir, para a **Caracterização do Município**. Este segundo item, em particular, apresenta uma série de subitens que, para seu preenchimento, demandam do município ampla averiguação das condições gerais, podendo ser uma oportunidade para

melhor conhecimento da realidade local pelos gestores municipais. O item Caracterização do município é composto pelos subitens:

- Histórico do município.
- Aspectos Demográficos: relativos à população urbana, rural e densidade demográfica; distribuição por grupo etário; migrações.
- Aspectos Socioeconômicos: descrição das atividades econômicas desenvolvidas; percentual da população ocupada nos setores primário, secundário e terciário; taxa de desemprego; PIB; PIB per capita; arrecadação do ICMS; e participação percentual da arrecadação no ICMS estadual.
- Aspectos Educacionais: grau de escolaridade da população; população de 7 a 14 anos fora da rede escolar; taxa de analfabetismo; rede escolar.
- Situação do Meio Ambiente: ambientes urbano e natural; habitação; rede elétrica; saneamento (água, esgoto, lixo, drenagem urbana); área de risco; poluição ou degradação ambiental.
- Organização social: sindicatos, clubes de serviço, associações de classe, associações de moradores, organizações religiosas, grupos de auto-ajuda etc.
- Principais problemas do município: onde devem ser listados os principais problemas relacionados aos aspectos demográficos, socioeconômicos, educacionais, do meio ambiente e os referentes à organização social.

Este último subitem solicita uma listagem de problemas ligados aos subitens anteriores, porém não orienta o município acerca de como realizar a listagem de problemas. Para alguns municípios, os problemas podem ser evidentes; para outros, nem tanto.

A esse respeito, lembrando o que diz MATUS (1996), um ator formaliza um problema a partir da diferença entre o que se verifica na realidade e uma norma que é aceita ou criada por ele, apreciando então o problema como evitável e inaceitável conforme à posição que este ator ocupa na realidade e ao seu projeto de ação, ou seja, a valorização que o problema tem na escala de prioridades para removê-lo. Assim, os problemas podem ser valorizados de diversas formas pelos diferentes atores, como podem, da mesma forma, passar despercebidos.

Segundo o mesmo autor, os problemas podem ser atuais – quando se apresentam no presente – e potenciais – quando representam futuras ameaças. É possível também que se

apresentem como terminais – quando o contato com eles é direto –, ou ainda apresentem-se como intermediários – quando afetam os atores sem que os mesmos tenham relação direta com os problemas. Os mais fáceis de perceber são os problemas atuais e terminais, mas, se o plano só comportar problemas deste tipo, poderá configurar-se como imediatista, situação em que não se projetaria para o futuro, perdendo seu caráter de médio e longo prazo, disso resultando que nem sempre é eficaz o ataque a um problema apenas de forma direta, já que os problemas têm caráter dinâmico, ou seja, hoje podem não ser relevantes, mas podem sê-lo amanhã. Segundo MATUS (1996), o planejamento supõe que se explore tendências futuras, uma vez que a racionalidade do que decidimos hoje depende do que ocorrerá depois.

Por esses motivos, julga-se essencial uma orientação que capacite o município a analisar a situação presente e explorar os problemas de forma a reconhecê-los mais amplamente, podendo obter decisões mais racionais. Além disso, os dados levantados realmente podem subsidiar uma análise que possibilite identificar problemas. No entanto, o exame de alguns desses dados poderia ser facilitado pela utilização de parâmetros que evidenciassem ou se aproximassem de uma situação aceitável, para então estabelecer comparações e medidas que permitam estimar possíveis desajustes no particular e no geral dos dados. Estes parâmetros poderiam favorecer o processamento dos dados coletados, constituindo o ponto de partida para a identificação da situação particular de cada município e orientando o reconhecimento de problemas.

O item **Situação de Saúde da População** apresenta, em seu primeiro subitem, um quadro de indicadores de saúde e, no segundo, um quadro de indicadores de assistência à saúde, ambos solicitando o cálculo desses indicadores nos últimos seis anos. Nos quadros, aparecem dados do estado por indicador, os quais podem ser utilizados como parâmetros para os municípios analisarem suas condições. O terceiro subitem refere-se aos dados de morbidade hospitalar dos últimos seis anos, notificação compulsória, zoonoses e vetores.

Como vimos nas respostas de alguns gestores ao questionário, os dados mais difíceis de serem obtidos são justamente os de morbidade. Quanto às doenças de notificação compulsória, seus dados são mais acessíveis aos municípios. Os dados sobre zoonoses e vetores, por sua vez, vão estar na dependência da atenção que o município vem dando a esta questão, porque muitas vezes não é valorizada de maneira adequada.

No que diz respeito a estes subitens, o roteiro do plano é acompanhado por dois anexos importantes: um deles explica como calcular os indicadores, fornecendo suas

definições, e o outro anexo explica as fontes de informações em saúde existentes em âmbito estadual e federal. No início do roteiro é fornecida a “*home page*” do DATASUS e do IBGE.

Após a exposição destes dados, o roteiro de plano solicita uma análise da situação de saúde da população e a listagem dos problemas detectados, mas não indica como fazê-la. Seria interessante que se fornecesse ao município uma orientação para a análise da situação que leve à identificação de possíveis cadeias de problemas e suas causas, após a qual realizar-se-ia a listagem dos problemas, permitindo melhor definição das ações a realizar. Não devemos esquecer que a identificação de problemas depende de quem está examinando a situação, e, por este motivo, a análise participativa dos diversos atores envolvidos pode ser mais demorada e conflituosa, porém mais representativa.

No quarto item deve ser explicitada a **Organização do Sistema de Saúde** do município. Subdivide-se em subitens relacionados a:

- Estruturas gerenciais: Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde.
- Estrutura da rede de assistência: hospitalar (recursos hospitalares públicos e privados vinculados ao SUS); ambulatorial (pública e privada); recursos de apoio e diagnóstico (públicos e privados vinculados ao SUS); recursos humanos do setor público.
- Oferta e produção de serviços na rede assistencial pública e privada contratada ou conveniada: produção de serviços ambulatoriais (produção físico-financeira ambulatorial por programas do SIA-SUS, produção físico-financeira ambulatorial por tipo de prestador, assistência complementar e medicamentos especiais); produção de serviços hospitalares.
- Ações de saúde desenvolvidas pelo município: epidemiologia e controle de doenças (descrição das ações básicas e programas desenvolvidos, órgãos e profissionais envolvidos, população atendida); vigilância sanitária (descrição das atividades básicas, demais programas desenvolvidos pelo município, órgãos e profissionais envolvidos, população atendida); assistência (descrição das ações básicas, especializadas e de alto custo, internações hospitalares).
- Organização da rede assistencial: descrição da conformação atual da rede, dos mecanismos de acesso da população aos serviços de saúde existentes no município ou fora dele.

- Recursos financeiros aplicados na área da saúde.

A descrição do solicitado nestes subitens é detalhada, possibilitando uma radiografia do município, o que organiza o essencial para que a Secretaria Municipal de Saúde valorize o detalhamento requerido pela gestão do sistema a ser assumido. Ao final destes relatos pede-se, em primeiro lugar, a análise e, posteriormente, a listagem dos problemas vinculados à organização do sistema de saúde. Assim como ocorre nos itens anteriores, em que são solicitadas a análise e listagem de problemas, aqui caberiam orientações para a condução da análise, a fim de que a série de dados coletados pudesse realmente contribuir para o desvendamento da situação, o levantamento dos problemas e suas causas, de modo a possibilitar a priorização dos mesmos.

O quinto item pede a **Definição de Prioridades e Ações a Executar**. Abrange as escolhas dos problemas definidos a partir dos dados levantados, bem como suas análises, e é por seu intermédio que se explicita a política de saúde do município. O formato apresentado neste item compõe-se de prioridades, objetivos, ações, população alvo, metas e período de execução das ações. Segundo indica o roteiro, as prioridades a serem definidas devem relacionar-se à Organização do Sistema de Saúde, à Epidemiologia e ao Controle de Doenças, à Vigilância Sanitária, à Assistência etc., descrevendo estratégias para reorganizar o roteiro de atenção à saúde, antevendo adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa de Saúde da Família - PSF. Os programas (elenco básico e outros) definidos pelo Departamento de Assistência à Saúde - DAS da SSMA-RS devem ser considerados nesta ordem de preferências.

De acordo com um dos anexos ao roteiro do Plano Municipal de Saúde, o DAS buscou definir, a partir de 1995, uma linha de ação que elege prioridades com base em critérios epidemiológicos, de magnitude, de transcendência e de vulnerabilidade. Assim, foram identificadas as doenças / agravos que devem ter prioridade no desencadeamento de ações de controle.

Trinta e oito programas específicos foram estabelecidos e divididos em dois blocos, considerando que nem todos os municípios contam com os recursos necessários para desenvolver todos os programas. Um bloco corresponde ao Elenco Básico de Programas e outro, aos Programas de Saúde Indispensáveis à gestão Plena do Sistema, aos Programas de aplicação Regional e aos Nacionais para doenças não endêmicas no Rio Grande do Sul.

Os programas que compõem o Elenco Básico dizem respeito às doenças de notificação obrigatória, às atividades de vacinação, aos programas materno-infantis –

doença diarréica aguda, desnutrição infantil, infecção respiratória aguda, pré-natal para detecção e controle de gravidez de alto risco – e às atividades de vigilância sanitária. Estes programas devem ser desenvolvidos por todos os municípios habilitados à gestão de saúde, independente do tipo de gestão. Na Gestão Plena da Atenção Básica, os municípios vão assumindo outros programas conforme suas possibilidades, condições ou necessidades. Na Gestão Plena do Sistema, além do Elenco Básico, os municípios assumem responsabilidade também pelos programas do segundo bloco, anteriormente citado.

Segundo as instruções que acompanham o roteiro de plano, para cada agravo foi definida a tecnologia apropriada à intervenção em cada agravo e elaboradas as Normas Técnicas e Operacionais - NTO's. Para a programação e avaliação das ações foi elaborado o instrumento Matriz Programática - MP, utilizando indicadores epidemiológicos e operacionais. O DAS propõe-se a desenvolver treinamento e a disponibilizar as NTO's em encontros regionais e acompanhar o processo de implementação das ações com visitas aos municípios após os treinamentos.

Embora o município tenha a obrigação de desenvolver um Elenco Básico de Programas ao assumir a gestão, pode, porém, enfatizar os Programas mais necessários a sua situação específica. No entanto, a priorização dos problemas e a definição das ações estarão na dependência das análises feitas nos itens anteriores, as quais permitirão apreciar a situação que se apresenta. Este exame possibilita detectar áreas problemáticas coerentes e interrelacionadas na busca de uma visão de síntese do sistema que as produz, considerando-se que os problemas são conseqüências de outros problemas.

A apreciação da situação global – ou seja, do conjunto de situações descritas nas análises parciais feitas nos itens anteriores – deve dar lugar a uma explicação que permita elaborar hipóteses a respeito do processo que gera os problemas detectados, possibilitando demarcar as ações exigidas para enfrentá-los, sem perder de vista que a tentativa de resolução de problemas parciais precisa apresentar uma coerência global de inter-relação.

O roteiro do plano, porém, carece de orientação que alerte o município para a possibilidade de cruzamento entre problemas gerais e específicos, de modo a permitir adequado processamento e reconhecimento das suas causas, para que se encontre a forma de enfrentá-las, abrindo possibilidade à atividade conjunta com outros setores.

O último item do roteiro refere-se ao **Controle e Avaliação**. Nele devem ser descritas as estratégias de implantação das funções ou atividades de controle e avaliação quanto aos aspectos referentes à organização, gerenciamento e desempenho dos programas

e serviços de saúde; processo de prestação de serviços de saúde por unidades próprias e privadas contratadas; objetivos atingidos e resultados obtidos com a implementação do plano; indicadores relacionados a agravos de atenção prioritária, qualidade da assistência e nível de saúde.

Sem dúvida, os indicadores de controle e avaliação subsidiam o planejamento e a programação e apoiam a interpretação da direção que está sendo seguida pelo plano, dando suporte às decisões para a manutenção ou reformulações necessárias nas ações previstas. Contudo, a solicitação feita neste item requer a definição dos dados a serem coletados em face das necessidades e possibilidades das estruturas locais, além da conscientização dos profissionais dos serviços para o registro adequado de tais dados, a fim de possibilitar o monitoramento do desempenho do sistema.

3.2. Proposta do Ministério da Saúde para Plano Municipal de Saúde e Programação Anual

Em 1997, o Ministério da Saúde publicou um documento com orientações para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual, Programação Pactuada e Integrada - PPI e Relatório de Gestão, cumprindo uma de suas funções, a de cooperação técnica assinalada pela legislação do SUS. A última informação do Ministério da Saúde a respeito da elaboração do Plano Municipal de Saúde data de 1990, sob a denominação ABC do SUS – Planejamento Local (MS, 1990).

O documento atual conta com uma carta do então Ministro da Saúde, Carlos José de Albuquerque, em que apresenta o documento e salienta a necessidade de sistematizar o Plano Nacional de Saúde a partir de informações julgadas essenciais às análises e avaliações de desempenho do SUS. Segue-se uma **Introdução**, na qual, citando a legislação específica, comenta-se a importância dos instrumentos de que trata o documento, para a efetivação do SUS nas distintas esferas de governo, buscando evidenciar o empenho do Ministério na efetivação do processo de descentralização da gestão e no atendimento da solicitação dos gestores em relação a esta matéria.

No item seguinte, **Pressupostos**, são apresentadas resumidamente considerações de base teórico-práticas que orientam o processo de planejamento, dividindo-o em duas etapas: o Plano de Saúde e a Programação Anual, conformando o planejamento propriamente dito, e o Relatório de Gestão, que se vincula à fase de avaliação, ressaltando a articulação entre estas partes e as características que as fundamentam. Especifica ainda

que o Plano de Saúde deve ser plurianual, correspondendo ao segundo ano de dada gestão até o primeiro ano da gestão seguinte. Já a Programação deve ser anual e o Relatório de Gestão periódico, correspondendo, o mais possível, ao tempo previsto para a Programação Anual. Do mesmo modo, define a atividade de gestor e de gerente, assim como as funções que lhes cabem, mediante a conceituação da NOB-SUS 01/96.

Como o documento salienta, o roteiro apresentado pode ser utilizado tanto pela esfera municipal como pela estadual ou nacional. No entanto, por estarmos estudando municípios, a análise do roteiro proposto faz menção ao seu uso pela esfera municipal.

Neste estudo, interessa-nos especificamente as abordagens feitas no documento que se relacionam ao Plano de Saúde e à Programação Anual, por ser esta um detalhamento operacional do plano.

Antes de fixarmos a análise nesses dois instrumentos, cabe salientar que os formatos apresentados pelo Ministério da Saúde no Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão para os três níveis de governo são construídos com a adoção de quatro eixos comuns, na tentativa de resguardar, segundo o documento, uma simetria mínima. Estes eixos são:

- (a) **Modelo de Gestão** – contendo dois componentes: modelo de gestão do sistema de saúde respectivo e modelo de gestão no âmbito interno do órgão gestor, ou seja, Secretaria Municipal, Estadual ou Ministério da Saúde. O primeiro componente faz alusão a sua relação com outras esferas do SUS e com o setor privado, à organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e à operacionalização do Fundo de Saúde. O segundo componente comporta questões relativas aos colegiados próprios (Bipartite e Tripartite), ao processo de planejamento e acompanhamento, à estrutura organizacional, aos recursos humanos etc. de cada órgão gestor.
- (b) **Financiamento**: relaciona-se aos recursos orçamentários e financeiros, tais como, percentual do orçamento da esfera de gestão respectiva que é investido ou que venha a ser aplicado em saúde, e aqueles advindos de outras esferas de gestão.
- (c) **Modelo de Atenção à Saúde** – composto por dois enfoques: rede de serviços (básica, especializada, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e hospitalar) e ações / intervenções relativas a grupos de alto risco e / ou patologias de alta incidência / prevalência.

(d) **Recursos Específicos ou Estratégicos:** comportam os recursos humanos, as informações, a assistência farmacêutica e a tecnologia em saúde.

Assim, os elementos informativos que descrevem cada um dos três instrumentos citados – Plano de Saúde, Programação e Relatório de Gestão – devem ser apresentados de acordo com cada um destes eixos. Por exemplo, a análise da situação de saúde ou os objetivos do Plano de Saúde precisam ser definidos para cada eixo apresentado.

➤ **PLANO DE SAÚDE:** quanto ao referencial para elaboração do Plano de Saúde oferecido pelo Ministério da Saúde, são considerados sete elementos essenciais – a identificação, os princípios orientadores, a caracterização, a análise da situação de saúde, os objetivos a serem alcançados, as prioridades conferidas e as estratégias adotadas, estruturando tais elementos em cinco capítulos no Plano:

1. **Identificação:** nome do município, estado a que pertence, população etc.; em suma, identifica o município.
2. **Apresentação:** comporta a exposição do Plano de Saúde; a informação de seu período de vigência; a descrição dos princípios e diretrizes orientadoras de acordo com a legislação e a política de saúde que vigora no município, no estado e no nível federal; a descrição do processo de elaboração do Plano; e o resumo dos principais tópicos do documento.
3. **Caracterização:** envolve a descrição de aspectos demográficos (evolução populacional nos últimos dez anos, distribuição urbana / rural, distribuição por faixa etária, distribuição por sexo), e aspectos econômicos e sociais (escolaridade, atividade econômica, fontes de recursos financeiros e arrecadação, saneamento, habitação).

Neste capítulo haveria a necessidade de especificação mais detalhada, que orientasse melhor a amplitude de dados requerida em cada tópico, o que facilitaria aos municípios sua descrição e, ao mesmo tempo, os levaria a intensificar a exploração de sua realidade.

4. **Análise da Situação de Saúde,** contemplando três enfoques: diagnóstico das condições de saúde, organização e funcionamento do sistema local e as ações e serviços de saúde. A análise deve ser descrita segundo os quatro eixos apresentados anteriormente, contendo em cada um:

⇒ Modelo de gestão:

- Organização e funcionamento do Sistema de Saúde local ;
 - organização e funcionamento do Conselho de Saúde.
 - operacionalização do Fundo de Saúde.
 - órgão gestor do Sistema – estrutura organizacional e colegiados próprios.
 - recursos humanos – tipo, formação e quantidade.
 - processo de planejamento e acompanhamento.
 - ações de controle, avaliação e auditoria – estrutura, recursos, planejamento e uso dos resultados.
 - gestão da prestação de serviços pelo setor privado.
- Relação com as demais esferas gestoras do SUS:
 - articulação com outros municípios (consórcio, negociação e pactuação da referência).
 - ações conjuntas ou exclusivas executadas pelas esferas estadual e federal.

⇒ Financiamento:

- Situação dos recursos orçamentários e financeiros nos últimos dois anos, pelo menos:
 - composição do orçamento e do gasto em saúde, com a discriminação das origens (tesouro municipal, recursos estadual e federal) e destinação dos recursos (por exemplo, ações de vigilância sanitária).
 - percentual do total de recursos próprios do tesouro no total do efetivamente aplicado em saúde.
 - percentual dos recursos advindos de outras esferas gestoras (municipal, estadual e federal) no total de recursos aplicados em saúde.
 - recursos aplicados diretamente pela esfera federal no município.
 - recursos advindos por força de convênios e doações.

⇒ Modelo de Atenção à Saúde:

- Situação das ações e serviços de assistência à saúde – estruturação, capacidade instalada, produção por tipo de prestador e avaliação de cobertura.
 - da rede de serviços: básica, hospitalar e especializada.
 - do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico.

- da urgência e emergência.
- de referência e contra-referência.
- Situação das ações e serviços de vigilância sanitária – estruturação, capacidade, produção e cobertura.
- Situação das ações de epidemiologia e controle de doenças – estruturação, capacidade, produção e cobertura.
- Condições de saúde propriamente dita – perfil epidemiológico local e regional.
 - doenças, principais agravos e fatores de risco existentes na região.
 - taxas de mortalidade e morbidade.

⇒ Recursos Específicos ou Estratégicos:

- Situação dos recursos humanos.
- Situação dos sistemas de informação de base de dados nacional e outros.
- Aquisição e distribuição de medicamentos (assistência farmacêutica).
- Manutenção e suprimento de equipamentos e desenvolvimento de tecnologia em saúde.

Percebemos que, por referência à descrição da análise da situação de saúde nos quatro eixos, a listagem de tópicos sugerida em cada eixo, apesar de em alguns casos direcionar a busca dos dados necessários, em outros, não apresenta maior especificação que permita elucidar o que deve ser descrito, contribuindo assim para o esperado, ou seja, o conhecimento da realidade.

Além disso, o roteiro não expõe uma orientação para o processamento de problemas e suas inter-relações causais, o que favoreceria a definição dos Objetivos, Prioridades e Estratégias, que conformam o quinto capítulo.

5. **Objetivos, Prioridades e Estratégias:** estes devem ser descritos em separado, tendo por base a Análise da Situação de Saúde apresentada e segundo os quatro eixos já mencionados, repetindo-se para cada eixo os mesmos itens listados para a análise da situação de saúde.

Ao analisarmos este capítulo, observamos que, apesar de apresentar boa discriminação em termos de elementos a serem considerados, segue o mesmo padrão do anterior, ocorrendo indução da definição de objetivos, prioridades e estratégias para cada

elemento, não possibilitando o inter-relacionamento dos mesmos e entre os diferentes eixos.

- **PROGRAMAÇÃO ANUAL:** no que se refere à Programação Anual, o documento do Ministério apresenta-a como detalhamento operacional do Plano de Saúde, tendo como elementos essenciais a especificação das metas, das ações e dos recursos necessários à consecução dos objetivos do plano. Orienta para o fato de que: as metas devem ser quantificadas e aprazadas, estando de acordo com os objetivos do plano; as ações devem justificar-se pelas metas a atingir; e os recursos a serem utilizados devem ser detalhados por fonte de financiamento e projeções de participação das esferas de Governo.

A Programação Anual deverá ser elaborada empregando os mesmos eixos constantes no roteiro do Plano de Saúde. O roteiro sugerido para a Programação Anual apresenta:

1. **Identificação:** nome do município, Prefeito e Secretário Municipal de Saúde.
2. **Programação Anual:** definição de metas, ações e recursos de acordo com os objetivos, as prioridades e as estratégias constantes no Plano de Saúde e descritos nos quatro eixos.

A listagem dos tópicos para o eixo Modelo de Gestão segue sendo a mesma do Plano de Saúde relatada anteriormente no quarto capítulo do plano. A relação dos tópicos que se vinculam ao eixo Financiamento, reduzem-se a um tópico geral correspondente à definição de metas, ações e objetivos quanto aos recursos orçamentários e financeiros. O eixo Modelo de Atenção à Saúde contém basicamente os mesmos tópicos descritos para este eixo no capítulo 4 do Plano, tendo sido suprimido o que diz respeito ao perfil epidemiológico local e regional. Os tópicos concernentes ao eixo Recursos Específicos ou Estratégicos mantêm-se iguais.

Ainda haveria necessidade de definir, neste tópico, os responsáveis pelas ações a serem desenvolvidas, o que se configura essencial ao acompanhamento e avaliação da implementação do Plano de Saúde conforme nosso referencial teórico.

3. **Cronograma Físico-Financeiro:** consta de duas planilhas, uma, em que cada meta deverá ser aprazada de acordo com os 12 meses do ano, e outra, na qual os recursos das diferentes esferas são projetados igualmente para os 12 meses do ano.

Por fim, o documento do Ministério da Saúde traz em anexo uma definição dos termos utilizados no texto e, em outro anexo, a sugestão de um roteiro para a base de dados necessários à elaboração do Plano de Saúde e Programação Anual, composto por um conjunto de planilhas elaboradas pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará.

Cabem ainda mais alguns comentários importantes em relação aos roteiros dos Planos Municipais de Saúde aqui abordados.

O documento apresentado pelo Ministério da Saúde tem boa fundamentação quanto à necessidade de elaboração dos instrumentos propostos e seus usos, estimulando e convocando os gestores a atender à norma legal com responsabilidade. Isto não ocorre no roteiro de plano da SSMA-RS, que se volta às orientações, também básicas, condizentes ao cálculo dos indicadores de saúde e aos locais de obtenção das informações em saúde.

Pensando no universo de municípios de pequeno porte, estimamos que os formatos apresentados no roteiro da SSMA-RS são mais diretivos e mais fechados do que os formatos propostos pelo roteiro do Ministério da Saúde e, talvez por isso, mais fáceis de serem preenchidos ou visualizados – ressalva feita aos comentários constantes na análise do referido roteiro.

Avaliamos, porém, que as duas propostas têm baixo componente analítico ao não expor orientações que levem a processar criticamente a situação apresentada aos formuladores do plano. Além disso, o roteiro do MS desconsidera as informações gerais referentes à Caracterização do Município, mantendo-a tão somente como pano de fundo e não estimulando seu cruzamento com as informações levantadas.

Julgamos também que sua divisão pelas quatro áreas expostas anteriormente é válida para a descrição da realidade local ao detalhar os diversos tópicos que conformam cada eixo, constituindo-se como um diagnóstico. No entanto, para a análise da situação de saúde, esta divisão dificulta a identificação dos problemas que atravessam os diferentes eixos e, do mesmo modo, a determinação das inter-relações dos fatores que interferem na geração dos mesmos. Isto impede a listagem dos problemas para a definição das prioridades, objetivos e estratégias a serem considerados na definição das metas, ações e recursos da Programação Anual.

Este segundo instrumento é dividido pelos mesmos eixos, seguindo a estrutura do Plano de Saúde. Assim, o formato destes instrumentos, ao induzir a identificação de problemas, prioridades, objetivos, metas e ações compartimentalizadas em cada eixo, impossibilita um desenho tanto do Plano como da Programação que defina ações capazes

de provocar impacto na rede causal dos problemas. Tal fato pode ocasionar a duplicidade de ações e seu desenvolvimento descompassado nos diferentes eixos, resultando na não solução ou não atenuação do problema, além de desperdício de esforços e recursos.

Consideramos que a estrutura proposta possa ter validade, desde que utilizada por problema eleito nas análises dos dados, quando então seria útil, provavelmente, para a melhor especificação operacional, após a eleição dos eixos e, dentro deles, os tópicos, nos quais haverá necessidade de atuar.

O roteiro da SSMA-RS não solicita a especificação dos recursos necessários, ao passo que o roteiro da Programação Anual do MS o faz, porém não esclarece a que recursos se refere, sendo que os recursos podem ser econômicos, de poder, técnicos, organizacionais etc. A declaração dos recursos necessários precisaria ser explicitada em cada ação ou no conjunto delas, contudo, para cada problema eleito. Isto permitiria um controle e avaliação dos resultados que apoiaria um sistema de prestação de contas, em especial, com respeito à eficiência (recursos \mapsto produtos), para a direção estratégica do Plano.

Vemos também que os roteiros de Plano não solicitam a explicitação de responsáveis pelo desenvolvimento das ações a executar. Isto possibilitaria um sistema de direção, representado aqui pelo Secretário Municipal de Saúde, que estaria apoiado em sistema de direção descentralizado. A atribuição de responsabilidades de gerência permite que o gerente acompanhe e avalie o desenvolvimento das ações em termos de sua execução física e financeira, prestando contas e decidindo, em conjunto com o Secretário e os outros gerentes, a continuidade das ações ou sua redefinição com vistas a alcançar os objetivos e as metas estipuladas no plano.

Em suma, é imprescindível que se defina quem assume o compromisso de conduzir o desenvolvimento das ações e responde por elas, coordenando, avaliando e prestando contas ao responsável geral pelo plano.

Tanto o roteiro da SSMA-RS como o do Ministério da Saúde não contemplam a totalidade de encaminhamentos básicos à elaboração de um plano, do como fazer o processo de elaboração do plano. Em seu estudo, o roteiro da SSMA-RS não orienta, como já salientamos, mas ao menos fornece instruções a mais (construção de indicadores, fontes de dados, parâmetros de saúde). O roteiro do Ministério da Saúde é aberto; contudo, o problema não está em ser aberto, mas em:

- não orientar o como fazer, o processo em si de elaboração do Plano, o que, em razão da carência da maioria dos municípios, seria importante;
- não trabalhar por problemas, saindo da análise da situação de saúde direto para a definição de objetivos, prioridades e estratégias;
- não propor a análise inter-relacionada dos quatro parâmetros ou eixos.

Quanto à participação da população para a elaboração de Plano como construção coletiva, os roteiros não apresentam recomendações que incentivem os gestores a considerar este aspecto. Seria interessante tal abordagem, pois as demandas da população fazem parte da realidade a ser abordada pelo Plano e sua participação no processo permite que tome consciência das restrições e possibilidades existentes, assumindo sua parcela de compromisso para com o Plano e sua função de controle social. Além disso, a adesão da população ao Plano favorece a legitimidade deste.

Um cronograma de execução das ações deveria igualmente constar dos roteiros (no caso do roteiro da SSMA, ele existe, porém é pouco específico), possibilitando a vigilância dos prazos estabelecidos, o que auxilia o Sistema de Direção do Plano. Por fim, os roteiros não solicitam a análise do grau de dificuldade para o alcance dos objetivos do Plano, ou seja, uma análise de viabilidade do Plano. Essa análise deveria ser feita, pois o ator que elabora o plano não controla todos os recursos necessários a sua operacionalização, isto é, alguns recursos dependem de outros atores. A análise de viabilidade permite o reconhecimento destas situações e possibilitam o estabelecimento de estratégias (cooperação, pressão, mobilização, cooptação ou convencimento), para enfrentar as restrições à execução do Plano.

Diante destes comentários, os dois roteiros parecem não valorizar o componente estratégico do processo de planejamento.

3.3 Análise dos Planos dos Municípios Selecionados

3.3.1 Plano Municipal de Saúde do Município A – Roteiro SSMA-RS

A Identificação e a Caracterização do Município contemplam parcialmente os itens sugeridos no roteiro da SSMA-RS, pormenorizando excessivamente alguns e sendo pouco elucidativo em outros, como é o caso do item população por faixa etária e saneamento, no que diz respeito ao abastecimento de água e sistema de esgotos na zona urbana.

Na listagem dos principais problemas do município relativos aos aspectos demográficos, socioeconômicos, educacionais, ambientais e de organização social misturam-se os problemas relativos a esses aspectos com outros que não se fundamentam nos dados exibidos na Caracterização do Município.

Quanto ao item Situação de Saúde da População, os indicadores de saúde são expostos, com exceção dos que fazem alusão à mortalidade proporcional em menores de cinco anos e maiores de cinquenta anos. Além disso, os dados referem-se apenas ao ano de 1996 e não aos últimos seis anos, como solicita o roteiro, impedindo avaliação da tendência dos mesmos. Este fato talvez se deva à possibilidade de ser recente a emancipação do Município. Não há também o relato de doenças de notificação compulsória, deixando de esclarecer se não há registros ou se não houve casos destas doenças. Igualmente, não menciona agravos ligados a zoonoses e vetores, permanecendo a questão: não existem casos ou não há registros destes dados?

A Análise da Situação de Saúde é insuficiente e acentua a necessidade de parâmetros de comparação que possibilitem melhor análise de dados e levantamento de problemas, o que também não consta desta parte do Plano.

Os dados solicitados, no que diz respeito à Organização do Sistema de Saúde, são apresentados. A análise, no entanto, é sucinta e de baixa consistência. A listagem dos problemas mistura problemas referentes à situação de saúde aos da organização do sistema. Alguns problemas levantados não expõem dados anteriores que fundamentem sua existência.

No item relativo à definição dos Objetivos das Prioridades e Ações a Executar percebe-se o não processamento dos problemas, o que se manifesta pela listagem extensa de problemas que, em alguns casos, podem ser agregados sob um mesmo tema. Não são estabelecidas prioridades, apenas uma enumeração das intenções gerais. Deixa de seguir o roteiro da SSMA ao não especificar objetivos, ações, população alvo, metas e período, conforme solicitado no formato.

Apresenta propostas no item Controle e Avaliação, mas fica difícil estabelecer conexão entre elas e analisá-las pela inexistência de definições no item anterior Objetivos, Prioridades e Ações a Executar.

Este Plano não apresenta coerência e consistência interna pelos motivos assinalados em seu exame.

3.3.2 Plano Municipal de Saúde do Município B – Roteiro SSMA-RS (aproximado)

A apresentação do Plano desse município relata que foi elaborado a partir de jornadas municipais de saúde, inquéritos junto à população, tendo o Conselho Municipal de Saúde participado ativamente.

Este Plano foi elaborado em outra gestão, mas alguns dados foram reatualizados em 1998 para a solicitação de habilitação do município, mantendo a estrutura anterior, que segue, de certa forma, o roteiro atual da SSMA.

A Identificação do município é clara, embora detecte-se a ausência de dados em sua Caracterização, tais como: população por faixa etária, grau de escolaridade da população, taxa de analfabetismo e outros, que são solicitados no atual roteiro. Porém, de modo geral, os problemas estão bem definidos.

Quanto à Organização do Sistema de Saúde, os dados são bem descritos em forma textual, mas sem detalhamento de certos itens, como, por exemplo, a oferta e produção de serviços na rede assistencial pública e privada, contratada ou conveniada.

No item Situação de Saúde não expõe todos os indicadores solicitados pelo roteiro da SSMA e, naqueles que são relatados, não especifica o ano de coleta dos mesmos. As causas de mortalidade são mencionadas por faixa etária, sem apresentar as respectivas taxas. Os dados de morbidade hospitalar aparecem em percentuais com base em média de três anos anteriores. Não são citadas as doenças de notificação compulsória, nem zoonoses e vetores.

Esse Plano faz uma análise das condições de saúde sob o ponto de vista da população com dados relativos a três aspectos: assistência ambulatorial, hospitalar e recursos humanos, físicos e financeiros. Em sua maior parte, esta análise guarda relação com os problemas descritos.

A Definição de Prioridades, Estratégias e Objetivos é feita pela ponderação dos três aspectos utilizados na análise das condições de saúde. Para cada prioridade levantada nos aspectos citados, são descritas as ações e os objetivos.

O Plano apresenta orçamento não solicitado pelo roteiro, mas que, embora simples, dá idéia dos recursos financeiros indispensáveis. Em anexo, encontra-se uma planilha de produção dos serviços profissionais segundo a prioridade, o orçamento para remuneração das atividades profissionais, a assistência hospitalar, emergencial e os recursos materiais

para assistência ambulatorial, hospitalar e emergencial; no entanto, a especificação dos valores por elemento de despesas não é clara.

Quanto às atividades de Controle e Avaliação, são abordados os objetivos de sua implantação, a direção que deve ser seguida, o que deve ser avaliado e a periodicidade de sua realização; contudo, não é acrescentada a forma como são realizadas e não há referência ao processo e aos indicadores a serem utilizados.

O conteúdo propositivo deste Plano manifesta pequena coerência e consistência interna, sob o ponto de vista analisado.

3.3.3 Plano Municipal de Saúde do Município C – Roteiro SSMA-RS

Identifica-se o município, mas sua caracterização deixa de apresentar a população por grupo etário e determinados dados socioeconômicos. Não faz alusão aos aspectos educacionais. Descreve os dados relativos ao meio ambiente e à organização social de forma sucinta.

Ao listar os principais problemas do município, menciona alguns que não se relacionam aos dados apresentados e deixa de listar outros que poderiam ter sido deduzidos a partir daqueles dados.

No item Situação de Saúde da População, não expõe indicadores de saúde, mas uma listagem das causas mais frequentes de internação, sem precisar taxas e período de coleta dos dados. Da mesma forma, não faz menção aos casos de doenças de notificação compulsória. Relata zoonoses e vetores. Em resumo, o diagnóstico é insuficiente, sem quantificação das condições de saúde. Ao analisar a Situação de Saúde da População, não precisa adequadamente os problemas, apenas cita alguns já relatados – como os de internação mais frequente –, menciona outros e descreve ações de saúde realizadas pelo município.

A análise é genérica no item Organização do Sistema de Saúde. Faz uma exposição da rede assistencial, mas não descreve oferta e produção de serviços na rede assistencial pública e privada contratada ou conveniada.

Apresenta de forma sucinta as ações desenvolvidas pelo município em relação a ações básicas, programas de saúde, vigilância sanitária, assistência, organização da rede. Nada refere dos recursos financeiros aplicados na área da saúde. A análise da organização do sistema de saúde não foi feita e identifica apenas um problema neste item.

Na definição de Prioridades, Estratégias e Ações a Executar são especificadas cinco Prioridades com objetivos, ações, população alvo, metas, algumas quantificadas e descritas de forma imprecisa. Apenas três das cinco prioridades apresentam período de execução. Este é o Plano que mais se aproxima do roteiro neste item. Alguns dos problemas mencionados anteriormente não geram operações.

No texto redigido para Controle e Avaliação das ações propostas no Plano, nada indica. Apresenta, em anexo, um Plano de combate a determinado agravo.

No Plano deste município inexistente consistência e coerência.

3.3.4 Plano Municipal de Saúde do Município D – Roteiro SSMA-RS

No item Caracterização são apresentados os dados solicitados e levantados os problemas do município.

Quanto à descrição da Organização do Sistema de Saúde, alguns subitens não são descritos – como é o caso dos recursos financeiros aplicados em saúde e a produção de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade – por não existirem no município. Narra as ações de saúde desenvolvidas. Apresenta a organização da rede e expõe uma listagem dos problemas relativos à Organização do Sistema de Saúde.

Ao descrever a Situação de Saúde da População, o Plano não apresenta todos os indicadores solicitados no roteiro, alegando não tê-los conseguido junto à DRS. Entre os indicadores de assistência à saúde não especifica partos cesáreos, mas o total de partos ocorridos. No quadro de morbidade hospitalar consta a listagem das causas mais freqüentes de internação, sem registrar as taxas correspondentes. Refere as doenças de notificação compulsória e, quanto às zoonoses e vetores, só identifica uma zoonose, dizendo não ter outros dados. Não faz uma análise da Situação de Saúde, somente a listagem genérica dos problemas.

Na definição de Prioridades e Ações a Executar, segue os subitens do roteiro da SSMA, especificando as prioridades, os objetivos, as ações, a população alvo e as metas não quantificadas. Apesar de desconhecer uma série de dados em saúde, possivelmente por não dispor de registros, não prioriza este problema.

Nada descreve na parte relativa ao Controle e Avaliação das Ações.

Em anexo estão relacionados os programas que o município desenvolve desde 1995, porém não elabora uma avaliação crítica dos mesmos em termos de manutenção,

reformulação ou extinção. Nestes programas, as ações estão melhor descritas, consoante a definição de recursos e de responsáveis.

De modo geral, o conteúdo propositivo deste Plano não demonstra consistência e coerência suficientes ao compromisso do instrumento Plano de Saúde.

3.3.5 Plano Municipal de Saúde do Município E – Roteiro MS

Esse Plano foi elaborado com consulta às prioridades eleitas pela população em reuniões regionais para a definição do programa de serviços no município, utilizando a estratégia do Orçamento Participativo.

Ainda que concisa, a apresentação do Plano é clara e especifica os momentos seguidos no processo de elaboração do mesmo, bem como os problemas mais visíveis em relação aos eixos do roteiro utilizado e os indicadores de saúde que despertam a atenção.

A Caracterização do município está bem relatada, fazendo inclusive desdobramento de dados que segue, de certa forma, aqueles presentes no roteiro da SSMA-RS, mais detalhado do que o roteiro do Ministério da Saúde, no qual apenas são enunciados itens que não elucidam o que é importante relatar, como já mencionamos.

No capítulo da Análise da Situação de Saúde, o descrito no Plano a respeito do eixo Modelo de Gestão é esclarecedor em todos os aspectos. Os relatos que dizem respeito ao segundo eixo, o Financiamento, permitem visualização da situação dos recursos orçamentários e financeiros.

No que diz respeito ao eixo Modelo de Atenção à Saúde, a descrição de cada item procura atender ao que é solicitado. A exposição dos dados referentes às condições específicas de saúde novamente utiliza itens constantes do roteiro da SSMA-RS, em virtude de estarem melhor detalhados do que o proposto pelo roteiro do Ministério da Saúde. Além disto, acrescenta dados relevantes para o município. Quanto aos Recursos Específicos e Estratégicos – quarto eixo –, a descrição em cada item é sucinta, mas consistente.

Ao final dos quatro eixos descritos neste capítulo, o município inclui um item não solicitado no roteiro, mas que é extremamente necessário, alude a uma análise dos dados apresentados até aqui com o objetivo de subsidiar a definição das prioridades e estratégias do capítulo seguinte. Essa atitude do município vem ao encontro do comentário que fizemos em relação ao roteiro de plano sugerido pelo Ministério da Saúde, ou seja, de que

apenas a descrição dos dados solicitados, sem processamento mínimo, não serve de subsídio à definição dos objetivos, prioridades e estratégias.

O quinto capítulo explicita claramente, os Objetivos, Prioridades e Estratégias para cada item dos quatro eixos. Embora não requerido pelo roteiro, o município sinaliza um período de execução que permite controlar o cumprimento do estabelecido no Plano.

Em virtude da exigência de detalhamento em relação às metas, ações e recursos somente na Programação Anual, segundo o estabelecido pela proposta do Ministério da Saúde, o Plano Municipal de Saúde deste município não apresenta tais especificações.

A consistência e coerência internas deste Plano apresentam maior potência de eficácia direcional decorrentes de uma melhor apreciação dos problemas.

3.4. Principais observações

Comparando a análise dos Planos Municipais de Saúde ao referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional utilizado para examiná-los, detectamos sua pouca profundidade. Em alguns Planos, este fato se faz presente na carência de dados para a composição do diagnóstico que deve servir de base à análise da situação do município. No que diz respeito a esta análise, os municípios parecem realizá-la de forma bastante genérica e insuficiente, pelo que demonstra a listagem de problemas, com exceção de um município. Em certos casos, deixam de referir-se aos dados apresentados, estabelecendo apreciações sem relação com a descrição da situação. Em outros, esta não é explicitada, partindo-se diretamente para a listagem de problemas.

Evidencia-se, desse modo, que não foi feito processamento dos dados, de modo a permitir uma análise da realidade que busque identificar os problemas e detectar suas causas. Disso resulta uma listagem também genérica de problemas, os quais não coincidem, muitas vezes, com a descrição das condições sociosanitárias, revelando-se a carência de análise mais consistente que permitiria inclusive a agregação de problemas. Isto acaba por tornar imprecisa a intervenção proposta, o que se vai evidenciar na definição de prioridades e ações a executar. Certos Planos estabelecem intenções gerais sem a descrição do que será feito para enfrentar os problemas identificados. Em outros, o formato solicitado no roteiro foi preenchido, relatando as prioridades, os objetivos, algumas ações, a população alvo, as metas a atingir e os períodos para a realização das ações. No entanto, tais especificações ficam prejudicadas pelo baixo processamento analítico da realidade, dos problemas e de suas causas, o que foi claramente evidenciado

em determinados Planos em que os problemas listados terminam por não gerar intervenção.

De qualquer forma, nenhum dos Planos atribui responsabilidades nas ações a executar e não evidenciam a intersetorialidade citada nos questionários, apesar de certas prioridades demandarem ações intersetoriais. Vale dizer que um dos municípios sinaliza duas situações de intersetorialidade, porém de forma vaga. A inexistência de referências à intersetorialidade e a não atribuição de responsabilidades são explicadas em decorrência de os roteiros utilizados não solicitarem tais referências.

O detalhamento desses elementos – ou seja, os responsáveis pelas ações e a intersetorialidade – é importante porque declara os compromissos assumidos pelos vários atores com os outros atores e com o Plano a ser implementado. Logicamente, maior particularização das ações permitiria mesmo especificar melhor os responsáveis por elas, fator essencial ao acompanhamento do Plano no que concerne ao sistema de petição e prestação de contas, já discutido no referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional, Capítulo I.

A especificação dos recursos necessários restringe-se aos econômico-financeiros e é explicitada de forma agregada no total de despesas. Compreendemos tal fato pela ausência de maior detalhamento nas ações – o que tornaria possível desagregá-lo – e também em razão de um dos roteiros não solicitá-lo. O roteiro do MS faz alusão aos recursos necessários, porém no instrumento Programação, razão pela qual não foi apresentado pelo município que seguiu a proposta do Ministério.

Por fim, percebemos que aos municípios falta o auxílio para desenhar propostas que tornem viáveis o controle e avaliação dos resultados de seus Planos. Isto pode ser facilitado pela maior precisão e especificação das operações / ações.

A análise revelou que os Planos Municipais de Saúde reproduzem, em geral, as carências dos roteiros examinados e mostram que, nos municípios que se julgaram não orientados, os problemas relativos à construção dos Planos são bem mais evidentes.

Quanto aos que se consideraram orientados detecta-se – principalmente em um deles – maiores avanços em termos de coerência e consistência de seu Plano, apesar de não explicitar – em virtude de não ser solicitado pelo roteiro utilizado – uma análise de viabilidade, ou seja, um exame das fraquezas e restrições ao Plano, a partir do qual torna-se possível construir estratégias de viabilidade, o que poderia potencializá-lo. Esse Plano revela que o município em questão dispõe de bom suporte técnico e que a orientação

fornecida atende às necessidades, diferenciando-o das condições de outros municípios para a elaboração do Plano.

Salientamos que o próprio município distancia-se bastante dos demais deste estudo tanto em termos de porte como de equipe técnica interna à Secretaria Municipal de Saúde. Por ser caso diferenciado, buscamos separá-lo da análise geral sempre que possível.

Os problemas relacionados aos Planos analisados – aqui comentados do ponto de vista do referencial teórico que tomamos para a análise – evidenciam que eles resultam da baixa capacidade de governo para a sua elaboração, não constituindo projetos de governo potentes e de qualidade.

No questionário, não investigamos a qualificação da orientação que os municípios referiram ter recebido. Contudo, em razão da análise dos roteiros de planos veiculados pela SSMA-RS e pelo Ministério da Saúde, tal como pela análise dos Planos destes cinco municípios, percebemos que a metodologia utilizada não capacita os municípios a elaborar Planos consistentes e coerentes que possam traduzir-se em programação operativa, possibilitando-lhes acrescer sua governabilidade do sistema.

É possível que os problemas encontrados na análise destes Planos não sejam muito diferentes da maioria dos Planos dos outros municípios do estudo. Fica evidente, no entanto, que é imprescindível um suporte maior, uma vez que os municípios estão iniciando o processo de municipalização e que operam provavelmente sem quadros técnicos capacitados, lutando com uma série de dificuldades e precisando sobretudo de apoio e acompanhamento dos níveis estadual e federal. Nestas circunstâncias, é fundamental que as instâncias mencionadas avancem no sentido de contato mais próximo com os municípios e que os orientem efetivamente, auxiliando-os a elaborar seus Planos.

IV. Importância do Plano Municipal de Saúde para a Gestão

IV. IMPORTÂNCIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA A GESTÃO

O Plano contribui para um contrato social no município, profissionaliza a gestão pública, pode ser um instrumento de capacitação e de transparência da política de saúde, desde que seja letra viva.

(SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE)

4.1 Aspectos da Adesão dos Gestores ao Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96. Nosso interesse é saber qual o posicionamento dos gestores ante um instrumento exigido por lei e com o qual a relação é recente, muito embora, no nosso entendimento, se constitua como ferramenta essencial de gestão.

Neste capítulo analisamos questões extraídas do questionário e de relatos dos gestores entrevistados, as quais possibilitam uma avaliação da importância do Plano Municipal de Saúde para os Secretários de Saúde dos municípios estudados. Assim, consideramos importante privilegiar as falas desses gestores a este respeito.

4.1.1 Autoria do Plano Municipal de Saúde

Procuramos apreender a adesão do Secretário Municipal de Saúde ao Plano de Saúde do município a partir de sua participação no processo de elaboração, uma vez que o Secretário responde por ele. Era nosso interesse, também, saber da existência de outros autores.

Verificamos, na TABELA 18, que o Secretário fez-se presente no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde em quase todos os municípios, com exceção de um, no qual não havia Secretário na época em que o Plano foi elaborado. Podemos questionar, no entanto, se esse alto índice de participação dos Secretários reflete participação efetiva ou indica uma resposta que venha ao encontro das expectativas do estudo.

Tabela 18. Distribuição dos municípios segundo autores do Plano Municipal de Saúde, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

AUTORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Secretário Municipal de Saúde, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde	2	1	2	2	1	-	1	1	2	-	8	4
Secretário Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde	2	1	1	3	1	1	2	-	-	1	6	6
Secretário Municipal de Saúde	2	2	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3
Funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Secretário Municipal de Saúde, Assessoria Contratada	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Secretário Municipal de Saúde, funcionários da Administração Municipal, Conselho Municipal de Saúde	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Secretário Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Assessoria Contratada	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Secretário Municipal de Saúde, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

A presença do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano ocorreu em 17 municípios. Semelhante frequência indica que, nesses municípios, há algum nível de discussão com a comunidade por meio de suas representações no Conselho, sugerindo que esses gestores municipais de saúde alcançaram maior grau de articulação com outros atores, o que é um elemento importante para aumentar a governabilidade.

Em 18 municípios, o Conselho Municipal de Saúde não foi citado como co-autor do Plano. Fazendo-se o cruzamento destes dados com os das questões nºs 18, 19, 20 e 21 – que dizem respeito à intersectorialidade, à participação da população na elaboração do Plano e à realização da Conferência Municipal de Saúde –, verificamos que o Plano foi elaborado exclusivamente no interior da Secretaria Municipal de Saúde em três municípios, um orientado e dois não orientados. É provável que tenha passado pelo Conselho apenas para receber aprovação, visto ser exigência legal. Em virtude deste preceito, a resposta pode ter incluído o Conselho em outros municípios, porém não nos foi possível averiguar se, de fato, o Conselho participa na elaboração ou se dá seu parecer somente no momento de aprovar o Plano. De todo modo, aceitamos a participação do Conselho Municipal de Saúde sempre que foi citado como co-autor do Plano.

Não houve diferença significativa entre municípios orientados e não orientados no que concerne ao envolvimento do Conselho Municipal de Saúde como elaboração participativa.

Com respeito à participação do Conselho na elaboração do Plano, a maioria das referências feitas pelos Secretários entrevistados sugeriu situação de baixa participação, meramente formal, com justificativas que recaíram principalmente na questão do tempo reduzido para o preparo do Plano e precária e passiva participação dos conselheiros em seu município.

Nós comunicamos nas reuniões anteriores que nós íamos municipalizar a saúde, que iria ser feito um Plano. (...) ele não chegou a participar na elaboração, só após o Plano ter sido entregue é que nós tivemos nova reunião, onde foi o Plano no Conselho e o Conselho aprovou, também por ter um conhecimento bem inferior a nós. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

No Município B, onde o Plano Municipal de Saúde foi elaborado em 1993, houve participação do Conselho Municipal, no dizer do Secretário Municipal de Saúde da época:

... o Conselho teve papel fundamental para a definição do Plano Municipal de Saúde. (...) Sempre passou pelo Conselho. Nenhum dado foi colocado no Plano sem que tivesse antes a aprovação do Conselho. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1993 – MUNICÍPIO B)

O mesmo Município utilizou esse Plano em 1998 para a solicitação da habilitação à gestão, apenas reatualizando alguns dados, desta vez não ocorrendo a participação do Conselho como no momento de sua elaboração, segundo comentário do atual Secretário Municipal de Saúde:

Mediante o tempo escasso, a gente, com opiniões, levou para o Conselho sugestão depois de pronto. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1998 – MUNICÍPIO B)

Nos demais municípios, a participação do Conselho no processo foi relatada pelos Secretários de Saúde como segue:

Apresentei para o Conselho técnico, fiz toda a leitura dele, discutimos, teve alguns pontos, mas mínimos, ou talvez algumas palavras que foram trocadas... (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Tanto no anterior como no atual, o Conselho Municipal de Saúde analisou o Plano. Foi apresentado pela Secretaria o Plano pronto. Foi discutido no Conselho Municipal de Saúde e houve pouca participação, pelo que eu sei, anteriormente, bastante discreta, e quando nós

apresentamos para reformular, praticamente assim, o Conselho simplesmente disse amém porque não tem ... por falta de embasamento técnico. Eu acho que em alguns municípios não seja bem assim. Tem uns municípios muito ativos nos Conselhos aí, brigando bastante. Mas aqui e em boa parte dos municípios, os Conselhos estão muito assim: deixa que a Secretaria sabe o que tem que fazer e ele simplesmente vai lá e dá o amém. Em princípio ainda está funcionando mais ou menos assim. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO D)

Trabalhamos com o Conselho Municipal de Saúde permanentemente, em reuniões com a mesa diretora, em janeiro, porque muitos estavam em férias e não tinha em fevereiro. Tanto que em fevereiro eles não precisavam se reunir e se reuniram extraordinariamente para discutir a municipalização. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO E)

Em 15 municípios, os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde foram citados como integrantes da equipe que elaborou o Plano. Essa participação é fato expressivo no que se refere à governabilidade do gestor, pois demonstra que ele busca envolver a equipe de trabalho que provavelmente implementará o Plano, favorecendo maior adesão dos funcionários ao Projeto de Governo.

Por sua vez, em cinco municípios, a autoria do Plano foi só do Secretário Municipal de Saúde. Esses casos nos remetem, por um lado, às dificuldades apontadas e que se referem à falta de equipe com preparo técnico, à dificuldade de organizar uma equipe interessada em elaborar o Plano, à dificuldade de obter a colaboração do Conselho Municipal de Saúde e população e ao tempo reduzido para a elaboração do Plano, uma vez que tais obstáculos podem ter determinado a autoria isolada. Por outro lado, leva-nos a pensar que um Plano elaborado por um único ator pode gerar baixa adesão de outros atores no momento de sua implementação, reduzindo a governabilidade do gestor sobre o sistema.

Em dois dos municípios selecionados para a entrevista houve a utilização de assessoria contratada para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, mas o processo ocorreu de forma diferente nos dois casos. Em um dos municípios, a contratação da assessoria foi necessária, segundo o Secretário Municipal de Saúde, pois não havia pessoal capacitado e em número suficiente para elaborar o Plano. Este gestor descreveu o processo do seguinte modo:

... a equipe de trabalho veio ao município. Vieram umas três vezes em equipes diferentes, cada uma em sua área, vendo os problemas, levantando dados do município (...) e foram levados para elaborarem o Plano lá ... [nome da cidade-sede da empresa de assessoria]. (...) Via telefone quando a equipe necessitava de alguma informação. Nós

mesmos estivemos na empresa levando dados. (...) Fax que eles passavam com questionários para nós preenchermos, e a gente emitia de volta os fax. Muitos dados eles estiveram pegando junto à Secretaria do Estado mesmo. Junto ao IBGE ... (...) ... até eles disseram que era para a gente ter ido lá e eles comentaram como estava este sistema, como estava aquele, qual era o problema que tinha num sistema e noutra, e a gente foi respondendo e eles foram colocando, até porque tinham mais conhecimento também... (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

Quanto à sua participação no processo, o Secretário declarou:

Da elaboração do Plano em si, eu acho até que a gente não participou o tanto que deveria ter participado em virtude também da firma que nós contratamos ser distante, e que nós não tínhamos tempo para estar, ou eles vindo até nós ou nós indo até eles, por causa da distância. O contato que a gente tinha era por telefone e não era lá muito freqüente, uma porque eles já tinham conhecimento bem maior que nós aqui, e os passos para a elaboração que eles tinham na mão, eles praticamente fizeram, colheram os dados e em cima dos dados elaboraram o Plano. Se tivesse vindo um pessoal ao município para nos assessorar, a gente estaria perto do início ao fim do Plano... (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

Pela declaração deste gestor, podemos detectar que sua maior participação na elaboração do Plano ocorreu como fornecedor de dados e não como ator com projeto político próprio para a saúde em seu município. A questão da contratação de empresas pode resultar na elaboração de Plano meramente técnico, esvaziado de conteúdos políticos. É fundamental evitar tal situação a fim de que o projeto de governo possa refletir a política de saúde proposta por atores sociais do município. A análise da situação relatada pelo Secretário desse município sugere que a autoria do Plano não é assumida, de fato, por ele. A esse respeito podemos apresentar a fala desse mesmo gestor, que ilustra sua não identificação com o Plano:

Na realidade eu cheguei a ler o Plano depois que eu estava em casa. Como ele é extenso, não deu tempo para a gente chegar lá e sentar e ler. Mas na lida... algumas coisas... mas como a gente não tem muito conhecimento... eu achei que estava... no caso, razoável. Dá para dizer assim: bom. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO A)

Por sua vez, esse gestor – ao ser entrevistado e declarar sua percepção sobre a necessidade de orientação – deixou claro o seu reconhecimento de que o Plano teria sido elaborado no próprio município, se tivesse obtido orientação.

O Secretário de Saúde do município B relatou que na época em que o Plano foi elaborado, optou por assessoria mais presente e contínua, tendo sido este o motivo da

contratação, apesar de contar com a disponibilidade de orientação da DRS. O profissional de assessoria contratado foi posteriormente incorporado aos quadros do município, tendo acompanhado então a implementação do Plano. Segundo o Secretário que exercia o cargo em 1993, o Processo de Elaboração do Plano ocorreu da seguinte forma:

Na época, se trabalhou em torno de dez meses na elaboração do Plano. Num primeiro momento se fez várias reuniões no interior (...) Fizemos 34 reuniões e mais as reuniões aqui na cidade. Tínhamos questionários, onde a população podia se pronunciar, colocar o que eles consideravam importante que constasse no Plano. De posse destes dados, a gente reuniu o Conselho e se debatia, e assim foi sendo elaborado e reelaborado, e terminou sendo aprovado no final de outubro de 93. (...) Nós tínhamos a enfermeira chefe do hospital que estava presente. Inclusive, ela trabalhava no interior, fazia reuniões com saúde preventiva. Então trazia uma experiência importante na parte de saúde preventiva. (...) Os agentes municipais colhiam basicamente os dados da região onde eles trabalhavam. Tínhamos na época em torno de 35 agentes municipais de saúde. Então, cada comunidade do interior estava representada no Conselho Municipal de Saúde. Nós tínhamos agentes também aqui na cidade, em torno de três e o restante no interior. Eles traziam sugestões muito importantes para depois configurarem o Plano. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1993 – MUNICÍPIO B)

Comentando a atuação do assessor, o Secretário disse:

... orientou tecnicamente o Plano. Ele tinha um conhecimento técnico mais aprimorado e (...) serviu como um referencial técnico para a elaboração do Plano. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE / 1993 – MUNICÍPIO B)

Neste município podemos perceber que, diferentemente do caso anterior, a elaboração do Plano em 1993 foi processo participativo, com envolvimento de diversos atores sociais, favorecendo o comprometimento, ampliando a garantia de implementação do Plano e mais legitimidade, apesar de também contar com assessoria.

Porém, este processo participativo não teve continuidade em 1998, quando apenas se fez a atualização dos dados do antigo Plano por disporem de “*tempo reduzido*” para sua apresentação, segundo o Secretário em exercício. Este trabalho foi feito pelo gestor atual e pelo anterior, com consultas a profissionais de saúde do município e, também, ao assessor que auxiliou na elaboração do Plano anterior, principalmente quanto à atual legislação do SUS. Na entrevista, o atual gestor relatou:

... foi feito às pressas e justamente esperando assim, vamos mandar este Plano e depois esperar; se tiver alguma coisa de errado, a gente muda depois, como aconteceu. Porque o tempo era muito curto para mandar para o processo de municipalização. É sempre o maldito dinheiro que a

gente procura o quanto antes, buscar estes recursos para desenvolver algum programa. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Esta fala também evidencia o quanto o Plano Municipal de Saúde pode servir como mero instrumento formal e ritualístico para atender às exigências legais que permitem captar recursos necessários ao desenvolvimento das ações.

O Plano de Saúde do município C foi elaborado apenas pelo Secretário, que na entrevista relatou:

Sentei dois dias e fiz todo o esboço do Plano que eu achei que poderia passar (...), pessoas que trabalhavam comigo também em férias, os médicos também em férias (...) Eu só tinha a enfermeira do PACS (...), ela também estava numa corrida para montar o PACS (...), eu achei, por bem, não incomodar ninguém. Sentei, fiz, fui para o computador, fiz o Plano (...) Voltei das minhas férias, em dois dias fiz o Plano. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO C)

Esta declaração torna a evidenciar a necessidade de meramente cumprir a norma, sem a visualização do Plano Municipal de Saúde, como um referencial que subsidie o gestor para a operacionalização das ações e serviços no município.

Utilizado para solicitar a habilitação à gestão, o Plano do município D foi elaborado pelo Secretário Municipal de Saúde e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde da gestão anterior; a atual gestão fez alguns reajustes no Plano anterior.

O Secretário Municipal de Saúde e os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde foram os autores do Plano Municipal de Saúde do E. Como havia dois Planos anteriores, um deles com data de elaboração bastante recente, o Plano elaborado pela atual gestão aproveitou os dados populacionais e técnicos relativos à Vigilância Sanitária do anterior.

4.1.2 Momentos da Participação do Secretário Municipal de Saúde na Elaboração dos Planos

Verificamos na Tabela 19 que, na maioria – ou seja, em 21 municípios (60,0%) – os Secretários de Saúde incorporaram-se a todo o processo de elaboração do Plano. Nos demais municípios, a participação do Secretário ocorreu sobretudo nos momentos de diagnóstico e eleição dos problemas, assim como na definição das ações a executar. Em três municípios, a participação dos Secretários ocorreu apenas no momento de revisão final do Plano.

Apenas dois gestores, ambos de municípios orientados, mencionaram sua participação no momento de elaboração do orçamento. É provável, como já comentamos anteriormente, que tenha sido a menos citada, porque um dos roteiros de plano não solicita a explicitação do orçamento (TABELA 19).

Tabela 19. Distribuição dos municípios segundo a participação do Secretário Municipal de Saúde nos diferentes momentos de elaboração do Plano Municipal de Saúde, quando esta ocorreu em equipe, por número de habitantes e percepção da obtenção de orientação para a elaboração do Plano. Rio Grande do Sul, 1998

MOMENTOS DE PARTICIPAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	NÚMERO DE HABITANTES											
	MENOS DE 5.000		5.001 A 15.000		15.001 A 25.000		25.001 A 35.000		35.001 E MAIS		TOTAL	
	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO	O	NO
Todo o processo	3	2	6	4	1	1	2	–	1	1	13	8
Diagnóstico e eleição de problemas	–	1	1	2	1	–	–	1	–	–	2	4
Definição de ações	–	1	1	2	1	–	1	–	–	–	3	3
Revisão final	–	1	–	–	–	–	1	–	1	–	2	1
Elaboração do orçamento	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	2	–
Não respondeu	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Não necessitava responder	2	2	–	–	1	–	–	–	–	–	3	2

OBS.: A soma dos valores ultrapassa o tamanho da amostra, porque a questão que originou a tabela permitiu mais de uma resposta.

Ainda que a grande maioria dos gestores tenha participado de todo o processos de elaboração do Plano Municipal de Saúde ou de seus principais momentos, não podemos concluir que haja valorização deste instrumento. Isso se deve ao fato de que, em muitos municípios, em função da insuficiência de quadros técnicos, o Secretário pode ter sido obrigado a assumir a elaboração do Plano. Portanto, o alto índice de participação aqui apresentado não significa necessariamente valorização política do referido instrumento.

4.1.3 Utilidade do Plano para a Gestão

As respostas à questão que buscou apreender qual o significado do Plano Municipal de Saúde para os gestores variaram em seu conteúdo. Trinta e quatro Secretários disseram que o Plano serve para orientar o processo de trabalho em saúde pela definição de ações, objetivos e metas a partir do conhecimento da realidade e dos problemas do município. Entre estes, dois Secretários responderam que o Plano possibilita aplicar adequadamente os recursos, reduzindo gastos desnecessários. Outros dois gestores ressaltaram que o Plano dá oportunidade a “Fazer cidadania”. Um Secretário disse que o Plano “Deveria nortear as ações em saúde no município. Na prática, a Prefeitura decide”. Essa declaração

evidencia que este gestor tem baixa governabilidade com relação ao processo de implementação do Plano dentro da própria Prefeitura.

Nos questionários, vale destacar o depoimento de dois gestores a respeito da questão formulada:

Tem, acima de tudo, o objetivo de: organizar a saúde enquanto Secretaria Municipal de Saúde, buscando garantir o preceito constitucional como direito do cidadão e para, na operacionalização, melhorar os indicadores de saúde e qualidade de vida. Traçar linhas de ação com vistas a: racionalização e organização de meios e estratégias; aperfeiçoamento da estrutura. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, EM RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO)

Explicitar, orientar, avaliar e fiscalizar a Política de Saúde no município em todos seus âmbitos de implementação: sociocomunitário, institucional, técnico, administrativo. Para ampliar e até provocar o protagonismo dos diversos implicados: governo, Conselhos, população, trabalhadores. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, EM RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO)

Os gestores declararam que reconhecem o Plano como direcionador da gestão. Percebe-se que os gestores têm presente que o Plano é útil para a visualização do projeto como direcionador da gestão. Três gestores ainda observaram que o Plano torna explícito o compromisso do Secretário com os direitos de saúde do cidadão.

Apenas um gestor – que, na questão nº 6, respondeu não ter sido orientado – disse que o Plano é requisito a ser cumprido para captar recursos. Apesar de ser um entre 35 gestores, esta resposta evidencia que a elaboração do Plano pode ocorrer apenas para cumprir a norma e, assim, acessar os recursos e não como instrumento com potência para direcionar a ação em seu município. Com isso, pode-se estar perdendo a possibilidade de sustentação da ação pelo maior envolvimento dos vários atores no processo de formulação e condução da Política de Saúde. De todo modo, podemos questionar até que ponto esta também é a visão, não declarada, de outros Secretários.

4.1.4 Implementação do Plano Municipal de Saúde

Embora a implementação do Plano Municipal de Saúde não tenha sido objeto deste estudo, perguntamos aos gestores a respeito da utilidade do Plano, buscando saber se os Planos estão sendo implementados.

Dos 33 Secretários que responderam à questão, 29 (82,85%) deles consideraram que o Plano está sendo útil para suas responsabilidades e atribuições diárias.

As respostas desses gestores foram agrupadas por afinidades quando possível e são apresentadas a seguir.

A maioria dos gestores (19) percebeu que suas responsabilidades e ações cotidianas poderiam ser guiadas pelo Plano. Três gestores fizeram referência à importância do Plano como possibilitador da avaliação das ações em saúde no município. Outros três salientaram o Plano como o documento que declara o compromisso de trabalho do Secretário com a população. “Aclarar dúvidas” e melhorar a distribuição e a aplicação de verbas foram as respostas de outros dois Secretários. Um gestor respondeu que tenta colocar o Plano em prática. Esta situação pode estar sendo enfrentada por outros deles, pois se seus Planos apresentam semelhanças com aqueles analisados no Capítulo III, é realmente mais complexa sua operacionalização e, conseqüentemente, a obtenção de resultados concretos.

Um Secretário respondeu afirmativamente à questão, justificando sua resposta como: *“Baseado no Plano, argumenta-se para elaborar projetos e para pedir verbas”*.. Para este gestor, o Plano parece constituir-se, tão somente, como instrumento captador de recursos, o que possivelmente não conduza a sua implementação.

Quatro gestores observaram que o Plano não tem sido útil para as atribuições diárias do Secretário, justificando suas respostas:

- Um secretário disse que o Plano é recente, mas acredita que será útil no restante da administração, declarando, desta forma, que ainda não ocorreu sua utilização como instrumento de gestão.
- Um secretário responde que ainda não está implementado, pois o Município não recebeu o aval positivo da municipalização, mas, assim que for habilitado, dará execução ao Plano *“... senão, não teria sentido”*.

Neste caso, a elaboração é reconhecida em sentido prático, mas a implementação do Plano não precisa estar atrelada necessariamente à municipalização, uma vez que estando ou não municipalizado, provavelmente desenvolva determinadas ações que possivelmente tenham sido incorporadas ao Plano.

- Um secretário disse que o Plano *“... traz objetivos mais gerais e não atividades específicas do cotidiano, onde os problemas são emergentes e urgentes ...”*.

Este gestor parece não ver o Plano como ferramenta a ser elaborada e utilizada para, justamente servir de base para diminuir as urgências.

Tal declaração vem ao encontro dos comentários feitos no Capítulo III, no que concerne à necessidade de elaborar Planos menos genéricos e mais esclarecedores quanto às propostas de ação a serem implementadas, os recursos necessários, os produtos e os resultados esperados.

- Um secretário disse que houve troca de gestor, tendo sido ampliadas as metas da Secretaria.

A ampliação de metas é fato positivo, porém não nos foi possível compreender porque o Plano reelaborado não está sendo implementado.

Apesar de apenas quatro Secretários declararem a não implementação do Plano Municipal de Saúde, as respostas dos demais não permitem afirmar que os Planos destes municípios estejam realmente sendo operacionalizados.

4.1.5 Percepção dos Municípios quanto à Validade e Necessidade de Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Um gestor não considerou válido que os municípios devam elaborar um Plano Municipal de Saúde e justificou sua resposta, dizendo:

“Do jeito que vêm se elaborando os Planos, não é de valia para nenhum município, pois os dados constantes no Plano não correspondem à real realidade dos fatos”. Esta resposta leva a pensar que o Plano deste Município foi elaborado nas condições apontadas pelo gestor. Esta declaração não deixa de ter um caráter de protesto e de denúncia, uma vez que o gestor falou no plural, parecendo considerar outras situações semelhantes.

Com relação à validade da elaboração do Plano Municipal de Saúde, 31 gestores (88,57%) julgaram necessário a ocorrência deste processo em todos os municípios. As razões apontadas são:

- *“Cada município tem características próprias e necessidades específicas o que fica explicitado no Plano Municipal”* (nove gestores).
- *“Para ter o diagnóstico do município, traçar as metas e realizar as ações de saúde”* (oito gestores).
- *“Sem planejamento é difícil realizar, pois as atividades serão exercidas desordenadamente e de forma ineficaz”* (cinco gestores).

- *“Para ter clareza do que se tem no município; envolver o Conselho Municipal de Saúde; permitir o Controle Social: para a população visualizar as intenções do Secretário”* (três gestores).
- *“Para que seja obrigatório cumprir o que se escreve”* (dois gestores).
- *“Para fazer o uso correto dos recursos públicos”* (um gestor).
- *“O Plano contribui para um contrato social no município, profissionaliza a gestão pública, pode ser um instrumento de capacitação e de transparência da política de saúde, desde que seja letra viva”* (um gestor).
- *“Para ter um referencial para a ação que permita avaliá-la”* (um gestor).
- *“Orienta a todos os que fazem parte do processo de descentralização do SUS”* (um gestor).

Se considerarmos, em seu conjunto, as razões identificadas pelos Secretários Municipais de Saúde, observaremos que são devidamente ressaltados os motivos inerentes à elaboração de um Plano. Embora alguns dos motivos apontados possam ter um caráter mais restrito, percebemos que as declarações dos gestores contêm a noção da necessidade de desenvolvimento do referido processo, pois seu resultado se constituiria em guia para a ação.

4.1.6 Observações dos Secretários Municipais de Saúde sobre a Elaboração do Plano

Ao proporcionamos espaço no questionário para outras declarações dos Secretários acerca da elaboração do Plano Municipal de Saúde, 27 gestores utilizaram-no, para complementar suas declarações, o que demonstra interesse pelo tema e a necessidade de manifestar-se a este respeito.

Todas as observações foram interessantes e oportunas. Algumas reforçaram as respostas às questões anteriores, e outras trouxeram novas contribuições. No **ANEXO 9** reproduzimos os relatos dos gestores, tentando agrupá-los pelos temas mais relevantes mencionados.

4.2 Principais observações

Os pontos abordados neste Capítulo permitem-nos observar que os gestores, de modo geral, sabem qual é a finalidade do Plano Municipal de Saúde, uma vez que todos os Secretários respondem ter havido seu envolvimento na elaboração do Plano; a grande

maioria define sua utilidade, além de considerar necessário que todos os municípios vivenciem seu processo de elaboração.

No entanto, todas estas declarações de adesão ao Plano não coincidem com sua elaboração um ano após o início da gestão, na maior parte dos casos, por um lado, em razão de a decisão para organizá-lo só ter ocorrido na época da convocação por parte da gestão estadual, dois meses antes de seu prazo de entrega, segundo a declaração dos Secretários entrevistados. Por outro lado, os Planos analisados revelam pouca consistência e coerência, não parecendo terem sido elaborados para direcionar a gestão, exceção feita a um dos Planos, que apresenta mais chances de ser implementado. Portanto, é possível que a importância admitida possa não estar correspondendo à importância de fato atribuída ao Plano como instrumento de gestão.

Se, por um lado, as afirmações dos trinta e um gestores evidenciam a necessidade de dispor de recursos que permitam gestão mais resolutiva, por outro, fica declarada uma insatisfação quanto ao processo de elaboração do Plano, mesmo que explícita na fala de um único Secretário.

Porém, seria interessante verificar a adesão ao Plano em uma pesquisa que se dispusesse a acompanhar como o gestor se posiciona na implementação destes Planos.

Conclusões

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem algumas conclusões, porém, mais do que isso, abrem espaço a novas reflexões, discussões e futuras avaliações do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde que possibilitem sua real implementação e consolidação enquanto instrumento de gestão.

Conforme evidenciamos na Introdução, este trabalho objetivou conhecer as dificuldades encontradas pelos municípios na elaboração do Plano Municipal de Saúde e a coerência e consistência do conteúdo propositivo dos Planos analisados, assim como a importância destes como instrumento de gestão para os Secretários Municipais de Saúde, buscando identificar e caracterizar, desta forma, o processo de elaboração dos Planos nos municípios.

Para a apresentação das conclusões seguimos utilizando a noção do Triângulo de Governo desenvolvida por Matus, uma vez que ela direcionou a análise dos dados na busca dos objetivos e na elucidação do pressuposto.

Com relação ao primeiro objetivo acima referido, as análises dos dados obtidos a partir dos 35 municípios estudados expressaram que as dificuldades encontradas corresponderam à baixa governabilidade dos Secretários Municipais de Saúde e suas equipes no que diz respeito à formulação dos Planos Municipais de Saúde, os quais são responsáveis pela administração dos municípios desde 1990, em conformidade com a exigência da legislação.

Esta baixa governabilidade foi constatada aqui, em particular, pelos indicadores referentes à quantidade e tipos de dificuldade encontradas e à capacidade dos gestores na superação das mesmas. Uma baixa governabilidade, segundo Matus, é determinada tanto pelas exigências feitas a um ator quanto por seu projeto e capacidade de governo.

Verificamos – nas respostas dos gestores ao questionário e nas entrevistas realizadas – que os próprios Secretários Municipais de Saúde reconheceram e declararam a falta de pessoal com preparo técnico como sua maior dificuldade. Compreende-se que dela derivaram as outras dificuldades mais citadas pelos gestores, dentre as quais estão as que correspondem às etapas de elaboração do Plano. Esta situação reflete uma baixa

capacidade de governo que foi compensada, em parte, por aqueles municípios que disseram ter recebido orientação para a elaboração de seus Planos e que dispunham de suporte técnico em suas Secretarias Municipais de Saúde, bem como de um gestor de saúde que acumulava determinada experiência em gestão.

As dificuldades relatadas reforçaram a articulação – teoricamente apontada por MATUS (1996) – entre capacidade de governo e governabilidade do sistema, na medida em que a baixa capacidade de governo impede o aumento da governabilidade. Tal fato foi observado principalmente naqueles municípios onde as dificuldades foram ou de difícil superação ou não superadas, algumas delas, inclusive, de relação com a gestão estadual, com o Conselho Municipal de Saúde e, até mesmo, dificuldades de obter apoio da própria equipe. Isso foi-nos permitido detectar nas declarações dos gestores em resposta aos questionários e entrevistas embora os planos tenham sido entregues como concluídos.

Quanto ao segundo objetivo, a análise do conteúdo dos cinco Planos Municipais de Saúde disponibilizados para tal – em especial, quatro deles – evidenciou que estes pouco podem auxiliar os Secretários Municipais de Saúde na condução da gestão no município, não chegando a constituir, a rigor, projetos de governo. Tal situação se expressa, em parte, na sua construção genérica, derivada da deficiente ou mesmo inexistente análise da situação de saúde do Município, da ausência de processamento de problemas e de sua rede causal, assim como da definição imprecisa das ações, responsabilidades e formas de avaliar o que foi proposto.

Sendo assim, a situação encontrada quanto aos Planos sugere que sua implementação tem grandes chances de ser inviabilizada, em razão dos mesmos se distanciarem do triplo caráter que, segundo MATUS (1996), os Planos devem ter: convocação, compromisso e guia para a ação prática. Além disso, a formulação do Plano deve primar pela consistência e coerência de seu conteúdo, o que é encontrado apenas em um dos cinco estudados.

Podemos ainda questionar até que ponto os roteiros seguidos contribuíram para a inconsistência e baixa potência dos Planos examinados, já que eles não dão conta de uma série de exigências em sua composição, como, por exemplo, um levantamento de dados que permita análise criativa e sistemática da situação, de modo a favorecer a priorização dos problemas e a definição da programação operativa com ações – também intersetoriais – geradas a partir de compromissos, declarados e assumidos, possíveis de serem acompanhados e avaliados. Essas exigências conformam os requisitos práticos que

organizam a ação e permitem as redefinições necessárias no transcorrer da implementação do planejado.

Além disso, os roteiros não orientam **como fazer**, ainda que os roteiros veiculados incluam orientações também necessárias. De todo modo, tendo-se em mente o despreparo dos municípios, julgamos que faltou a esses roteiros as orientações acerca do próprio processo de elaboração de um Plano, ou seja: como fazer a investigação da realidade, como fazer uma análise dos dados, como levantar prioridades, como construir objetivos e metas, além de como definir ações e como avaliá-las.

Estabelecendo-se um encadeamento entre o que se atingiu a partir do primeiro e do segundo objetivos, vemos que a baixa governabilidade evidenciada demandaria maior capacidade de governo para ser aumentada. De acordo com os dados obtidos nos questionários, a orientação recebida da gestão estadual parece ter contribuído para a superação das dificuldades. No entanto, o que se verificou foi que houve apenas superação das dificuldades no que se refere ao preenchimento dos roteiros veiculados, não representando acréscimo automático da capacidade de governo e, conseqüentemente, da governabilidade desses gestores.

Além disso, as orientações recebidas não parecem ter revertido necessariamente em projetos de governo de melhor qualidade. Consideramos que este fato pode ser explicado parcialmente pelas metodologias (roteiros de planos) veiculadas pela gestão estadual e federal, que se traduzem – pelo nosso referencial – em metodologias pouco esclarecedoras e pouco potentes para dar conta da complexidade do processo em questão. Nos Planos examinados, tais metodologias não repercutiram em termos de melhoria da capacidade de governo, pois esta, não é decorrente apenas da existência de orientação para o preparo técnico. Porém, exige que se atente também para o conteúdo desta, visto que, na visão de Matus, a metodologia de planejamento utilizada e as técnicas de gestão são elementos essenciais da capacidade de governo.

No que se refere aos municípios orientados, ainda que os casos estudados possam sugerir ligação entre capacidade de governo e governabilidade, esta é aparente, no sentido de que a maior orientação não acarretou necessariamente uma orientação potente, que conseguisse aumentar de fato a governabilidade e se traduzisse em projetos de governo de melhor qualidade.

Em relação ao terceiro objetivo, o caráter genérico observado nos Planos analisados – com exceção de um deles – chama a atenção e se confronta com a resposta positiva da

maioria dos Secretários quanto à sua participação em todo o processo de elaboração do Plano. Isso nos levaria a esperar maior identificação dos gestores e suas equipes com os conteúdos propositivos dos Planos e, conseqüentemente, certa politização dos mesmos, a qual poderia estar expressa nas prioridades eleitas e nas ações propostas, em coerência com a especificidade de cada realidade local.

Por sua vez, as declarações dos gestores dos municípios estudados, em sua grande maioria, indicam que eles têm consciência de que o Plano Municipal de Saúde deve constituir-se em instrumento de gestão. Porém, essas declarações devem ser relativizadas se confrontarmos suas respostas com a baixa potência dos Planos analisados e, em particular, com o fato de terem aceito o desencadeamento do processo de municipalização sem maior apoio técnico por parte dos outros níveis de gestão. Esta situação permite questionar até que ponto tal processo teria tido melhores condições de preparo e de orientação aos municípios para a elaboração do Plano, caso a adesão ao mesmo pelos diferentes níveis de gestão fosse mais elevada.

Buscando novamente apoio nos objetivos até aqui comentados, cabe uma discussão que incorpore os três vértices do Triângulo de Governo de Matus. A esse respeito, iniciamos a reflexão acerca da expectativa que os Secretários Municipais de Saúde têm quanto aos seus projetos de governo, o que se encontra nos comentários feitos ao terceiro objetivo, relacionado-se também aos dois primeiros. Foi possível perceber que essa expectativa é pouco ambiciosa e de alcance restrito, podendo ter sido influenciada pela metodologia fornecida como roteiro de Plano para os municípios, na medida em que esta não parece aspirar a projetos de governo com maior nível de potência.

A governabilidade tem a ver com o projeto de governo que se almeja. Quanto mais ambicioso o projeto de governo, maior deverá ser a governabilidade para estruturá-lo e, posteriormente, implementá-lo. Pela observação da fala situacional dos Secretários, poderíamos concluir, a princípio, que houve aumento de governabilidade, uma vez que disseram ter superado relativamente bem as dificuldades.

Por um lado, devemos ponderar esta percepção de melhoria da governabilidade, tomando em conta que o projeto de governo desses gestores expressou pouca ambição, não exigindo maior governabilidade, caso que poderia tê-los levado a demanda mais acentuada por capacidade de governo.

Por outro lado, o fato de terem elaborado planos pouco ambiciosos, reflete a capacidade de governo desses municípios. Se esta capacidade for baixa, o projeto de

governo será de baixa qualidade, não dando conta de uma série de exigências relativas a um projeto potente que, de certa forma, procuramos balizar neste estudo com base nos aportes teóricos do Planejamento Estratégico Situacional.

Quanto ao último objetivo formulado e que diz respeito à identificação e caracterização do processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde, a consideração que pudemos fazer foi que tal processo ainda não está suficientemente amadurecido e articulado entre os diferentes níveis de gestão.

Mesmo sendo recente a regulação da incumbência dos municípios para a formulação dos Planos, entendemos que esta ainda não havia sido assimilada por alguns dos gestores deste estudo que visavam a habilitação à gestão, embora já houvesse decorrido um ano de seus governos. Antes mesmo de terem sido convocados pela gestão estadual, os municípios poderiam ter iniciado o processo de elaboração de seus Planos Municipais de Saúde, o que lhes teria proporcionado tempo para a realização do processo desde a Conferência Municipal de Saúde, que teve lugar em apenas dez dos 35 municípios estudados.

A referência ao tempo reduzido também pode realmente ter sido entrave para ultrapassar os impedimentos relativos aos Conselhos Municipais de Saúde, sendo estes os dois motivos mais apontados para a não realização da Conferência Municipal de Saúde. No entanto, devemos igualmente questionar se este fato não resultou de gestão democrática incipiente, considerando que uma gestão deste tipo ainda é processo em construção na maioria dos municípios. Semelhante realidade priva a utilização da Conferência e do Conselho Municipal de Saúde de tornarem-se espaços abertos à participação da população na formulação das políticas de saúde a serem implementadas nos municípios, as quais deveriam ser gestadas a partir de compromissos de criação coletiva. Isto demonstra que a Lei, por ela mesma, não garante sua efetivação.

Com base nos dados obtidos neste estudo podemos conceber que parece não ter existido, por parte do nível estadual, planejamento sistemático para a habilitação desses municípios à gestão do sistema. Tal fato foi evidenciado a partir das declarações dos gestores entrevistados, quando relataram que a convocação para a entrega da documentação exigida ocorreu no prazo limite do processo, desconsiderando, por exemplo, as condições dos municípios no que se refere ao porte, à capacidade técnica e à inexperiência como participantes do processo de descentralização. Esta ponderação fundamenta-se no que foi observado no Capítulo I quanto aos princípios da

descentralização e, de acordo com o que preconiza a legislação, a respeito do apoio técnico a ser disponibilizado.

O próprio termo habilitação sugere preparo e capacitação, voltando-se a mencionar o Triângulo de Governo elaborado por Matus, aqui utilizado para embasar principalmente os requisitos exigidos de um gestor no ato de governar ou conduzir. Capacitar gestores municipais para a efetivação do SUS significa acrescer sua governabilidade através do aumento da capacidade de governo, com a qual eles poderão formular projetos de governo capazes de melhor enfrentamento dos problemas detectados.

Concordamos com BARROS ET AL. (1996) ao afirmar que a criação por lei da obrigatoriedade de apresentação de um Plano de Saúde pelos municípios não garante que o processo de planejamento seja incorporado pelas Secretarias Municipais de Saúde que assumem a gestão do sistema. É possível, sim, que o planejamento faça parte do cotidiano da gestão naqueles municípios onde existe melhor estrutura organizativa com quadros técnicos capacitados e que estejam mais conscientes das vantagens contidas na organização para a ação.

Contudo, pequenos e médios municípios dificilmente contam com recursos dessa ordem. Pensamos, no entanto, que estes poderiam tornar-se capazes de ultrapassar o amadorismo e a improvisação desde que lhes fosse dada a oportunidade de entrar em contato com métodos adequados de elaboração de Planos mais condizentes com sua realidade estrutural e capacidade organizativa. Isto possibilitaria o desencadeamento de experiências concretas, em que a elaboração do Plano permitisse sua implementação e conduzisse aos objetivos declarados tanto no Plano como pelo Sistema de Saúde em sua totalidade.

Para Matus, “... *a causa principal do não cumprimento dos objetivos não está no não cumprimento dos planos, mas no fato de que eles não **conduzem** aos objetivos que declaram*” (MATUS, 1996:563) (GRIFO NOSSO).

Diante disto, vemos que o planejamento das ações de saúde não deveria ocorrer como formalidade a ser cumprida e esvaziada de sentido prático. Para ser apropriado por cada um, o planejamento precisa ser uma necessidade da direção e da gestão do sistema de saúde como parte integrante do sistema social, considerado extremamente complexo.

Em virtude, justamente, da existência de tal complexidade é que as regras precisam estar postas a partir das possibilidades de cumprimento e não apenas como meros recursos figurativos que mais servem aos discursos do que às práticas, tornando-se, ao invés de

respeitas e cumpridas, desmerecidas e desacreditadas, gerando simplesmente compromissos burocráticos em lugar de responsabilidades inerentes ao compromisso de governar, para o qual foram criadas.

Portanto, juntamo-nos ao coro que prega o aprimoramento da gestão com base em estratégias que fortaleçam as estruturas organizacionais em todos os níveis de gestão. Tais estratégias não se restringem apenas às tecnologias necessárias, mas também, e mais do que isso, à valorização dos princípios que devem orientar a missão e o papel que lhes cabe.

O papel ao qual nos referimos diz respeito ao da gestão nacional em relação à estadual e desta à municipal, traduzindo-se na tarefa de condução do processo de descentralização a partir do fortalecimento das capacidades de direção e coordenação, nas quais se inclui a tarefa de aprimorar as condições operacionais dos municípios, uma vez reconhecidos como gestores do sistema local.

Para a descentralização ser bem sucedida também é preciso utilizar o planejamento na tentativa de equacionar os problemas existentes. Ponderando um pouco mais a esse respeito e dirigindo essa reflexão às três esferas de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), voltamos a citar MATUS (1996):

O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto), superando os obstáculos de maneira não passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema). E, para vencer essa resistência com sua força limitada, o condutor deve demonstrar capacidade de governo. (MATUS, 1996:59)

O pressuposto formulado no projeto deste estudo diz que as dificuldades manifestadas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde podem estar associadas, entre outros fatores, ao despreparo dos municípios, configurando-se como desestímulo a sua adequada formulação e conseqüente desvalorização do mesmo enquanto instrumento de gestão.

Podemos finalmente considerar, em relação aos 35 municípios estudados, que um dos fatores para a expressão das dificuldades no processo de elaboração dos Planos foi a sua baixa governabilidade, a qual pode estar associada, sim, ao despreparo dos municípios para este processo (baixa capacidade de governo), resultando em formulação de Planos que não dão conta da complexidade da questão saúde.

Em relação à última parte do pressuposto, julgamos que um plano deve ser potente para conduzir a ação; caso contrário, é plano que não motiva seu uso, passando a conformar um plano-livro, que fica exposto em prateleira, sem dela sair.

No entanto, seria interessante efetuar uma análise mais profunda da motivação dos gestores durante o período que corresponde à implementação destes Planos, o que elucidaria melhor ou até contradiria as reflexões deste estudo.

Por fim, cabe salientar, que a divisão dos municípios nas diferentes faixas populacionais não evidenciou diferenças significativas com relação às variáveis apreciadas, uma vez que os fatos relatados pelos gestores nos questionários, nas entrevistas e aqueles observados na análise dos Planos pareceram distribuir-se mais ou menos uniformemente entre os diversos municípios do estudo, excetuando-se um ou outro caso relacionado a poucas variáveis.

Assim, chegamos ao final deste estudo conscientes da necessidade de aprimorá-lo e mais do que isso, com inquietações e perguntas que de modo geral, podem ser resumidas nas seguintes: **É possível reverter esta situação? É possível fortalecer a capacidade de planejamento e gestão dos municípios?**

Apesar das dificuldades observadas, a experiência do contato mantido por meio de telefonemas e da grande adesão dos Secretários Municipais de Saúde à pesquisa, bem como às entrevistas, faz-nos acreditar que sim. Existe despreparo, mas há inquietação e vontade de vencer este desafio. Os caminhos para a mudança são vários. A capacitação técnica oferecida nas instituições de ensino que preparam recursos humanos para o sistema de saúde e o estreitamento das relações entre o Governo Federal, os Estados e os Municípios são dois deles, talvez os mais básicos, contudo, nem por isso menos complexos.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRETCHE, M., 1997. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: *A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização* (S. Gerschman & M.L.W. Vianna, orgs.), pp 127-152. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- ARTMANN, E., 1993. *O Planejamento Estratégico Situacional : a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde, (uma abordagem Comunicativa)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- BADINO, S. E., 1993. El proceso de descentralización en la organización de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 65-66: 15-23.
- BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T. & CHORNY, A. H., 1990. El enfoque estratégico en los estilos de planificación y de administración. In: *Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud - Salud para todos en el año 2000*, pp. 77-122. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- BARROS, M.E.; PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M., 1996. Políticas de Saúde no Brasil, Diagnóstico e Perspectivas. In: *Textos para Discussão*, n.401. Brasília: IPEA.
- BRASIL, 1990a. Lei nº 8.080. *Diário Oficial da União*, 19 de setembro de 1990. p. 18.055-18.059.
- BRASIL, 1990b. Lei nº 8.142. *Diário Oficial da União*, 28 de dezembro de 1990. p. 25.694-25.695.
- CAMPOS, G. W. S., 1990. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 28: 24-27.
- CARVALHO, G. I. & SANTOS, L., 1995. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) - Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- CDC (Centers for Disease Control). World Health Organization, 1990. *Epi Info. Epidemiologia em microcomputadores: um sistema de processamento de texto, banco de dados estatísticas*. Atlanta: OPAS/WHO.
- CECÍLIO, L. C. O., 1990. A construção de uma cultura institucional de planejamento: contribuição do município. *Saúde em Debate*, 31:67-72.
- CECÍLIO, L. C. O., 1997. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em Saúde - um desafio para o público* (E. E. Merhy & R. Onocko, orgs.), pp. 151-167. São Paulo/Buenos Aires: Ed.Hucitec/Lugar Editorial.

- CONTRANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L. & BOYLE, P., 1994. Escolha de uma estratégia de pesquisa. In: *Saber Preparar uma Pesquisa*, pp. 35-56. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Ed. Abrasco.
- CORDEIRO, H., 1991. *Sistema Único de saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial.
- GERSCHMAN, S., 1995. A descentralização do sistema de saúde: a política e os atores em alguns municípios brasileiros. In: *A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*, pp. 149-176. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GIL, A. C., 1987. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Ed. Atlas.
- HUERTAS, F., 1993. *El Método PES: Entrevista com Matus*. Equador: Fondo Editorial Altadir. (mimeo.)
- JOVCHELOVITCH, M., 1993. *Municipalização e Saúde: Possibilidades e Limites*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- JUNQUEIRA, L.P., 1997. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A.M.Canesqui, org.), pp.173-204. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco.
- KON, R., 1997. *O Planejamento no Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A., 1990. *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Ed. Atlas.
- LEVCOVITZ, E., 1997. Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS – Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974-1996. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- LIMA, S. M. L., 1996. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. In: *Revista de Administração Pública*, 5:101-138.
- LOBO, T., 1990. Política Social e descentralização. In: Ministério da Previdência e Assistência Social & CEPAL - Projeto: *A Política Social em Tempo de Crise. Articulação Institucional e Descentralização*. Vol. III., pp. 483-485. Brasília.
- LUCCHESI, P. T. R., 1996. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. In: *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, 14:75-156.
- MATUS, C., 1991. O Plano como Aposta. *Perspectiva*, 4:28-42.
- MATUS, C., 1996. *Política, Planejamento e Governo*. 2ª ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA.
- MENDES, E.V., 1998. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A Organização da Saúde no Nível Local* (E.V. Mendes, org.), pp.17-55. São Paulo: Ed. Hucitec.

- MERHY, E. E., 1995. Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In: *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (E. Gallo, org.), pp. 117-149. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Ed. Abrasco.
- MINAYO, M. C. S., 1993. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2a. ed., São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Abrasco.
- MINAYO, M. C. S., 1994. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C.S. Minayo, org.), pp. 9-29. Petrópolis: Ed. Vozes.
- MOTTA, P. R., 1994. Participação e descentralização: lições de experiências brasileiras. *Revista de Administração Pública*, 3:174-194.
- MS (Ministério da Saúde), 1990. *ABC do SUS - Planejamento Local*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1991. Portaria nº 2.290 (13/12/1991). *Diário Oficial da União*, 16 de dezembro de 1991. p. 29.044.
- MS (Ministério da Saúde), 1993. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1996. Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da União*, 06 de novembro de 1996. p. 22.932-22.940.
- MS (Ministério da Saúde), 1997. *Plano de Saúde e Relatório de Gestão*. Brasília: MS.
- MULLER NETO, J. S., 1992. A Descentralização e seus atores. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, 26:43-59.
- OSLACK, O. ; BONEO, H.; FANELLI, A. G. & LLOVET, J. J., 1990. Descentralización de los sistemas de salud: el estado y la salud. In: *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos - Métodos - Experiencias*, pp. 59-81. Washington: OPS/OMS.
- PAIM, J. S., 1983. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 10:46-52.
- RIVERA, F. J. U., 1992. *Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico*. São Paulo: Cortez.
- RIVERA, F. J. U., 1995. A teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo - O contexto latino-americano. In: *Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma Crítica ao Enfoque Estratégico*, pp. 149-210. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- RIVERO, D.T., 1990. Descentralización y sistemas locales de salud: una contribución a la unidad de doctrina. In: *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington: OPS/OMS.

- RODRIGUES FILHO, J., 1992. Participação comunitária e descentralização dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 3:119-129.
- SÁ, M. C. & ARTMANN, E., 1994. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org.), pp. 19-44. Brasília: OPS.
- SATO, A. K., 1993. *Descentralização: Um Tema Complexo*. Rio de Janeiro: IPEA.
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente), 1997a. *Avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: ASSTEPLAN / SSMA-RS. (mimeo)
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente), 1997b. *Municipalização da Saúde – Orientações*. Porto Alegre: ASSTEPLAN / SSMA-RS. (mimeo)
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente), 1997c. *Roteiro para Plano Municipal de Saúde*. Porto Alegre: ASSTEPLAN/SSMA/RS.
- SSMA (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente), 1998. *Análise do Processo de Municipalização da Saúde no Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: ASSTEPLAN/SSMA/RS.
- TEIXEIRA, C. F., 1993. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, org.), 237-265. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Abrasco.
- TEIXEIRA, S. M. F., 1990. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: *Revista de Administração Pública*, 2: 78-99.
- TESTA, M., 1992. Tendências em planejamento. In: *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- TOBAR, F., 1991. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:31-51.
- UGA, M. A. D., 1991. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:87-104.
- UNB (Universidade de Brasília), 1992. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: UnB.
- VIANNA, S. M. & PIOLA, S. F., 1991. Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde - SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:143-160.

Anexos

ANEXO I

Questionário

ATENÇÃO: A fim de possibilitar uma correta leitura das respostas e seu integral aproveitamento, solicitamos ao Sr(a). que responda às questões com letra legível.

1. **Município:**.....
2. **Existe rede de saúde (hospitais, ambulatórios, postos de saúde) no município?**
 Sim Não
2.1. Se a resposta foi Sim, especifique:
 - Número de hospitais :
 - Número de ambulatórios :
 - Número de postos de saúde :
3. **O município já tinha um Plano Municipal de Saúde antes de solicitar a municipalização (habilitação na NOB/96)?**
 Sim Não
4. **Por quem foi elaborado o atual Plano Municipal de Saúde? (escolha somente uma opção)**
 - 1. Secretário(a) Municipal de Saúde.
 - 2. Secretário(a) Municipal de Saúde e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.
 - 3. Secretário(a) Municipal de Saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde.
 - 4. Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.
 - 5. Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde.
 - 6. Secretário(a) Municipal de Saúde e equipe de assessoria contratada.
 - 7. Equipe de assessoria contratada e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.
 - 8. Outro (especifique)
5. **Se o Secretário(a) Municipal de Saúde não elaborou o Plano sozinho, mas participou do processo de elaboração, em que momento se deu sua participação? (se necessário, escolha mais de uma opção)**
 - 1. Em todo o processo de elaboração do Plano.
 - 2. No momento da elaboração do diagnóstico de saúde do município e definição dos problemas de saúde.

- 3. No momento da definição das ações para solucionar os problemas de saúde.
- 4. No momento da elaboração do orçamento do Plano.
- 5. No momento da revisão final do Plano.

6. O grupo de trabalho que elaborou o Plano recebeu algum tipo de orientação?

- Sim Quem orientou o grupo?
-
- Não

7. No caso da Secretaria Municipal de Saúde ter buscado auxílio externo para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, quem prestou este auxílio? (se necessário escolha mais de uma opção)

- 1. Equipe de assessoria contratada.
- 2. Técnicos da Delegacia Regional de Saúde.
- 3. Técnicos da Secretaria da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado.
- 4. Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde - ASSEDISA.
- 5. Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS
- 6. Secretários Municipais de Saúde de outros municípios.
- 7. Outro (especifique):

.....

.....

8. Se o Plano foi elaborado com a utilização de auxílio externo à Secretaria Municipal de Saúde, em que momento este auxílio foi necessário? (se necessário, escolha mais de uma opção)

- 1. Durante todo o processo de elaboração do Plano.
- 2. No momento do diagnóstico da situação de saúde da população e eleição dos problemas.
- 3. No momento da definição das ações para resolver os problemas de saúde.
- 4. No momento da elaboração do orçamento do Plano.
- 5. No momento da revisão final
- 6. Outro (especifique):

.....

.....

9. Na Secretaria Municipal de Saúde existem técnicos com curso de especialização em Saúde Pública?

- Sim Especifique quantos técnicos:

Não

10. Na Secretaria Municipal de Saúde existem técnicos com:

- Curso de Planejamento em Saúde?

- Experiência em Planejamento em Saúde?

Sim Quantos?

Sim Quantos?

Não

Não

11. Na Secretaria Municipal de Saúde existe setor de Planejamento?

Sim Não

11.1. Se a resposta foi Sim:

- Quantos técnicos trabalham neste setor?

- Qual é sua capacitação (curso)?

.....

- Qual foi o papel deste setor na elaboração do Plano Municipal de Saúde?

.....

.....

12. A Secretaria Municipal de Saúde possui um sistema de informações (sobre doenças que ocorrem no município, atendimentos de saúde realizados, etc.)?

Sim Especifique com que informações este sistema trabalha:

.....

Não

13. Como foram obtidas as informações utilizadas para realizar o diagnóstico de saúde do município? (se necessário, escolha mais de uma opção)

1. Através da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado.

2. Através da Delegacia Regional de Saúde.

3. A Secretaria Municipal de Saúde utilizou diretamente as fontes do Ministério da Saúde.

4. A Secretaria Municipal de Saúde colheu informações no próprio município.

5. Outro (especifique):

14. Se a Secretaria Municipal de Saúde colheu as informações de saúde no próprio município, especifique como estas informações foram colhidas:

.....

.....

15. Quais foram as informações de saúde mais difíceis de serem obtidas?

.....

16. Quais foram as dificuldades encontradas durante o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde? (se necessário, escolha mais de uma opção)

1. Não encontrou dificuldades.
2. Falta de pessoal com preparo técnico na Secretaria Municipal de Saúde.
3. Dificuldade para analisar a situação de saúde do município.
4. Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos.
5. Dificuldade para definir as ações a serem executadas.
6. Dificuldades para definir objetivos e metas a serem atingidos.
7. Dificuldade para elaborar o orçamento do Plano.
8. Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano.
9. Dificuldade para obter a colaboração do Conselho Municipal de Saúde.
10. Dificuldade para obter colaboração da população.
11. Dificuldade para obter informações e orientações da Delegacia Regional de Saúde.
12. Dificuldade para obter informações da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.
13. Outra (especifique):

17. Se foram encontradas dificuldades, foi possível superar estas dificuldades?

- Sim Não Em parte

17.1. Se a resposta foi Sim, quais foram as dificuldades mais difíceis de serem superadas? (escreva o número correspondente às dificuldades que aparecem na questão 16):

.....

17.2. Se a resposta foi Não, quais foram as dificuldades que não puderam ser superadas? (escreva o número correspondente às dificuldades que aparecem na questão 16):

.....

18. Para a definição das ações a serem executadas a fim de resolver os problemas de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde achou necessário envolver outras Secretarias tais como Transporte, Educação, Habitação etc.?

- Sim Quais:

Não

19. Para a definição das ações a serem executadas a fim de resolver os problemas de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde achou necessário envolver instituições da comunidade?

Sim Quais:

.....

Não

20. A população participou na elaboração do Plano?

Sim Em que momento:

.....

Não Porque:

21. Foi realizada uma Conferência Municipal de Saúde antes de iniciar a elaboração do Plano?

Sim Não

21.1. Se a resposta foi Não, especifique o motivo:

.....

21.2. Se a resposta foi Sim, as conclusões da Conferência foram levadas em consideração na elaboração do Plano?

Sim Não

22. Na sua opinião, para que serve o Plano Municipal de Saúde?

.....

.....

23. O Plano Municipal de Saúde tem sido de alguma utilidade para as responsabilidades e atribuições diárias do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde?

Sim Não Porque :

.....

.....

24. Na sua opinião, todos os municípios deveriam elaborar um Plano Municipal de Saúde?

Sim Não Porque:

.....

.....

25. O Sr(a). já desempenhou alguma função de direção antes de ser Secretário(a) Municipal de Saúde?

Sim Não

25.1. Se a resposta foi Sim, esta função de direção foi na área da saúde?

Sim Não

26. O Sr(a). gostaria de fazer alguma observação a respeito da elaboração do Plano Municipal de Saúde?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO II

Quadro 1. Relação dos municípios orientados e número de habitantes, ordenados por dificuldades encontradas, superação das dificuldades, dificuldades de difícil superação e dificuldades não superadas. Rio Grande do Sul, 1998

MUNICÍPIO	NÚMERO DE HABITANTES	DIFICULDADES ENCONTRADAS*	SUPERAÇÃO DE DIFICULDADES	DIFÍCIL SUPERAÇÃO	NÃO SUPERADAS
1	15.001 a 25.000	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13**	Parcialmente	2,3,4,5,6,7,8,13	Não respondeu
2	menos de 5.000	2, 3, 4, 5, 6, 11	Sim	3,5	–
3	5.001 a 15.000	2, 3, 4, 5, 6,8	Sim	2,3	–
4	35.001 e mais	2, 3, 6, 11, 13***	Sim	2,13	–
5	5.001 a 15.000	2, 3, 4, 11	Parcialmente	11	Não respondeu
6	menos de 5.000	2, 4, 8	Sim	2,4,8	–
7	5.001 a 15.000	2, 5, 6	Sim	5,6	–
8	15.001 a 25.000	2, 4, 7	Sim	7	–
9	25.001 a 35.000	3, 6, 12	Sim	3,12	–
10	35.001 e mais	2, 7	Parcialmente	2	7
11	menos de 5.000	2, 6	Sim	2	–
12	menos de 5.000	2, 11	Sim	Não respondeu	–
13	menos de 5.000	2, 3	Sim	2,3	–
14	25.001 a 35.000	2, 8	Sim	2,8	–
15	5.001 a 15.000	3	Sim	3	–
16	5.001 a 15.000	2	Sim	Não respondeu	–
17	25.001 a 35.000	3	Sim	3	–

* Numeração das dificuldades de acordo com a do questionário :

2. Falta de pessoal com preparo técnico na Secretaria Municipal de Saúde.
3. Dificuldade para analisar a situação de saúde do município.
4. Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos.
5. Dificuldade para definir as ações a serem executadas.
6. Dificuldade para definir objetivos e metas a serem atingidos.
7. Dificuldade para elaborar o orçamento do Plano.
8. Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano.
9. Dificuldade para obter colaboração do Conselho Municipal de Saúde.
10. Dificuldade para obter colaboração da população.
11. Dificuldade para obter informações e orientações da Delegacia Regional de Saúde.
12. Dificuldade para obter informações da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente.

** 13. Outro : Desconhecimento da legislação e dificuldades na própria Prefeitura.

*** 13. Outro : Tempo reduzido para elaborar o Plano.

Quadro 2. Relação dos municípios não orientados e número de habitantes ordenados por dificuldades encontradas, superação das dificuldades, dificuldades de difícil superação e dificuldades não superadas. Rio Grande do Sul, 1998.

MUNICÍPIO	NÚMERO DE HABITANTES	DIFICULDADES ENCONTRADAS	SUPERAÇÃO DE DIFICULDADES	DIFÍCIL SUPERAÇÃO	NÃO SUPERADAS
1	menos de 5.000	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13**	Sim	3, 6, 8, 10	–
2	15.001 a 25.000	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Parcialmente	Não respondeu	8
3	5.001 a 15.000	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12	Parcialmente	6, 7, 8	2, 9
4	35.001 e mais	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13***	Sim	13***	–
5	15.001 a 25.000	2, 7, 8, 9, 11, 12, 13****	Parcialmente	2	2
6	25.001 a 35.000	2, 3, 4, 7, 8, 11, 12	Sim	2, 8	–
7	menos de 5.000	2, 4, 8, 11, 13****	Sim	2, 4, 8, 11, 13	–
8	5.001 a 15.000	2, 3, 4, 6, 7	Parcialmente	Não respondeu	4
9	menos de 5.000	3, 4, 5, 7	Sim	3, 4, 5, 7	–
10	5.001 a 15.000	2, 3, 5, 10	Sim	3, 10	–
11	menos de 5.000	2, 11, 12	Não	–	2, 11, 12
12	5.001 a 15.000	2, 4, 8	Sim	2	–
13	5.001 a 15.000	2, 3, 11	Sim	2, 11	–
14	menos de 5.000	2, 4	Sim	4	–
15	menos de 5.000	2, 10	Parcialmente	Não respondeu	2
16	5.001 a 15.000	10	Sim	10	–

* Numeração das dificuldades de acordo com a do questionário :

2. Falta de pessoal com preparo técnico na Secretaria Municipal de Saúde.
3. Dificuldade para analisar a situação de saúde do município.
4. Dificuldade para definir os problemas de saúde a serem resolvidos.
5. Dificuldade para definir as ações a serem executadas.
6. Dificuldade para definir objetivos e metas a serem atingidos.
7. Dificuldade para elaborar o orçamento do Plano.
8. Dificuldade para organizar uma equipe de trabalho interessada em elaborar o Plano.
9. Dificuldade para obter colaboração do Conselho Municipal de Saúde.
10. Dificuldade para obter colaboração da população.
11. Dificuldade para obter informações e orientações da Delegacia Regional de Saúde.
12. Dificuldade para obter informações da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente.

** 13. Não ser profissional da área da saúde.

*** 13. Outro : Falta de informação estatística.

**** 13. Outro : Dificuldade na própria Prefeitura.

***** 13. Outro : Tempo reduzido para elaborar o Plano.

ANEXO III

Roteiro das Entrevistas

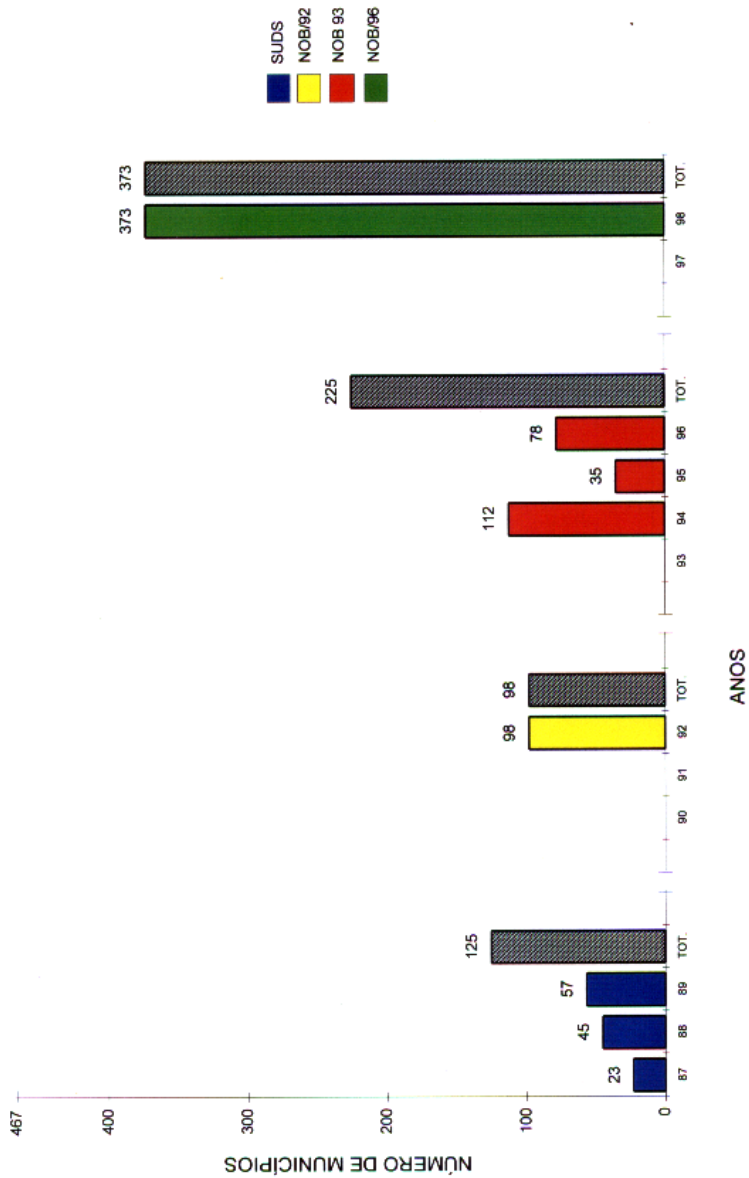
Considerando que os municípios selecionados para as entrevistas, apresentavam-se em diferentes situações quanto à elaboração de seus Planos, utilizamos um roteiro básico para todos os Secretários(as) entrevistados(as), ao qual acrescentamos algumas questões específicas a cada caso.

Questões do roteiro básico:

1. Como ocorreu o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 2. Quanto tempo foi necessário para a elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 3. Quais foram, na sua opinião, as causas das dificuldades encontradas no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 4. Como ocorreu a participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 5. O Sr(a). vê como necessário uma orientação aos municípios para a elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 6. Quem deveria dar esta orientação ?
- **Questão específica para os(as) Secretários(as) de municípios com Plano Municipal de Saúde elaborado em outra gestão :**
 1. Para a solicitação de habilitação à gestão da saúde no município foi elaborado um novo Plano Municipal de Saúde ou foi utilizado o Plano já existente ?
 - **Questão específica para os(as) Secretários(as) que se consideraram orientados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde :**
 1. Como ocorreu a orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 - **Questão específica para os(as) Secretários(as) de municípios que contrataram assessoria para a elaboração do Plano Municipal de Saúde :**
 1. Por que foi necessário contratar uma equipe de assessoria para a elaboração do Plano Municipal de Saúde ?
 - **Questão específica para o(a) Secretário(a) que definiu-se como único(a) autor(a) do Plano Municipal de Saúde :**
 1. Qual foi o motivo que o(a) levou a elaborar sozinho(a) o Plano Municipal de Saúde ?

ANEXO IV

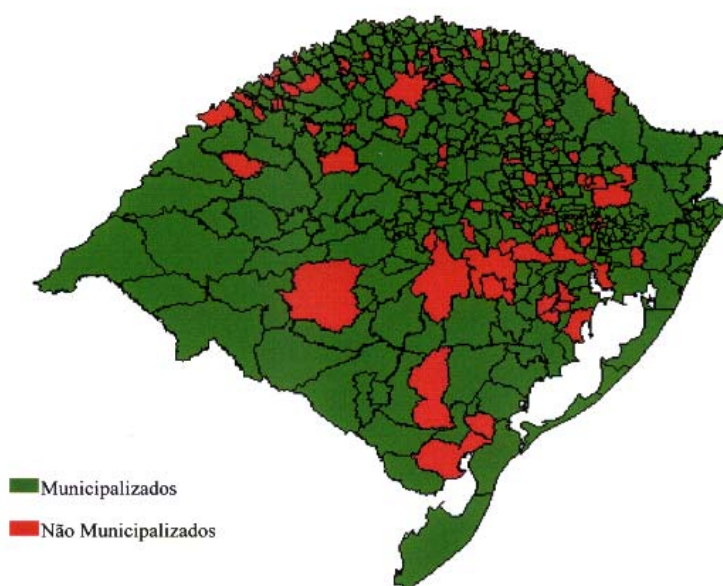
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE RGS 1987 / 1998



Fonte: NPA/ASSTEPLAN/SSMA
Nota: Dados atualizados até setembro de 1998.

ANEXO V

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

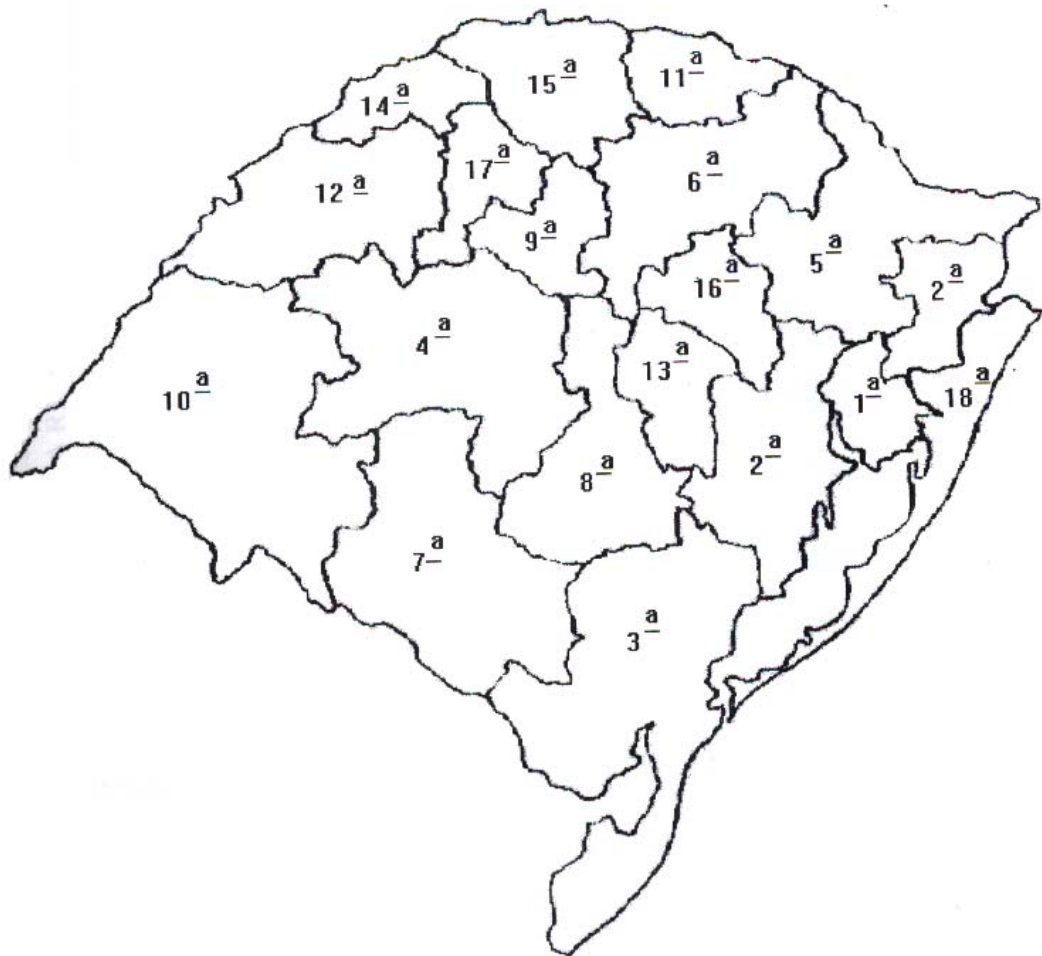


- Total de Municípios do Estado: **427**
- Municípios Municipalizados: 373
- Não Municipalizados: 94
- % População Municipalizada: 94,01%
- % Municípios Municipalizados: 79,87%

Fonte: Núcleo de Programação e Acompanhamento - ASSTEPLAN
Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente / RS

Setembro/98

ANEXO VI

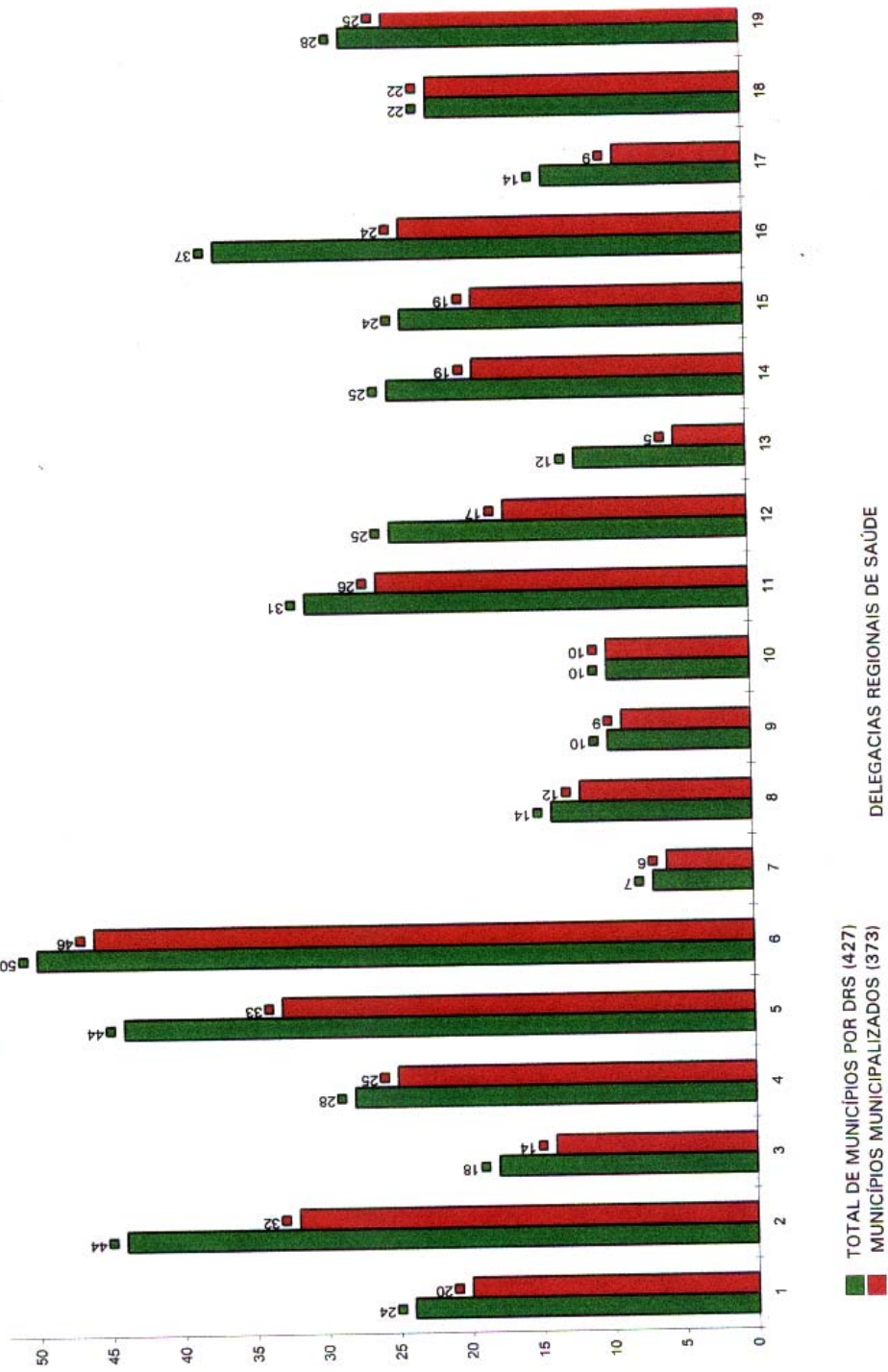


Fonte: SSMA/RS

Obs.: Em 1998, a 15ª DRS foi subdividida em duas regionais, formando a 15ª DRS e a 19ª DRS.

ANEXO VII

**MUNICÍPIOS MUNICIPALIZADOS
DISTRIBUÍDOS POR DELEGACIA REGIONAL DE SAÚDE**



FONTE: Núcleo de Programação e Acompanhamento/ASSTEPLAN-SSMA
Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/RS

ANEXO VIII

Quadro 5. Distribuição dos municípios segundo o número de habitantes e a rede hospitalar e básica. Rio Grande do Sul, 1998

NÚMERO DE HABITANTES	HOSPITAIS	ESTABELECIMENTOS DA REDE BÁSICA
Menos de 5.000 habitantes	–	2
“	–	1
“	1 (em processo de abertura)	2
“	1	2
“	1(em construção)	2
“	–	1
“	1	3
“	–	2
“	–	4
“	–	2
“	1	5
“	1	1
5.001 a 15.000 habitantes	1	4
“	1	4
“	1	4
“	1	3
“	1	5
“	–	4
“	1	2
“	1	5
“	1	5
“	1	5
“	1	4
“	1	7
15.001 a 25.000 habitantes	1	3
“	1	8
“	2	7
“	1	6
25.001 a 35.000 habitantes	1	8
“	2	4
“	1	19(1 unidade móvel)
“	1	11
mais de 35.001 habitantes	1	10
“	1	13
“	2 (1 privado e 1 do Estado)	13 (1 unidade móvel)

ANEXO IX

Considerações dos Secretários Municipais de Saúde sobre o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, em resposta à questão nº 26 do questionário, agrupadas por temas:

- **Tempo de Elaboração:**

“Os Planos de Saúde foram feitos com a proposta da Municipalização; os municípios estavam em dúvida, sem garantia do repasse dos recursos e, sim, das obrigações e, no final, foi dado um prazo muito curto para elaborar o Plano, mas pode ser ampliado, aos poucos, com as experiências.”

“Para o Plano ser elaborado participativamente, os municípios tinham que ter um prazo mais elástico para sua aprovação, a correspondente habilitação para a municipalização e o recebimento do PAB.”

- **Participação dos vários segmentos envolvidos na elaboração do Plano Municipal de Saúde:**

“Gostaria de colocar que, por mais mal que ficasse um PMS, o mesmo deveria ser elaborado pelo Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, entidades, e representantes das comunidades do Município.”

“Todo o profissional que trabalha na Saúde Pública deveria fazer parte da elaboração do P.M.S., mas encontramos muita dificuldade para obter qualquer informação a respeito disso.”

“... registro que todos os municípios deveriam ser amplamente esclarecidos acerca da importância deste instrumento tão forte de trabalho.

Há que se dizer que deveria ser feito amplo esclarecimento, a nível nacional e pelos meios de comunicação mais ‘conhecidos’, dizendo da importância de se procurar auxiliar o Município, participando dos Conselhos e fazendo sua parte. ‘Ser conselheiro é estar comprometido com a sua comunidade.’ Enquanto não houver esta conscientização, os planos municipais de saúde perderão grande parte da característica comunitária, uma vez que oferecerão uma visão mais pobre da realidade. Se perde de vista o lado humano e se trabalha apenas com informações técnicas e estatísticas.”

“Mesmo que o diagnóstico não tenha a precisão das informações que possivelmente uma empresa de consultoria fornecesse, o fato de ter sido elaborado pela comunidade representada no CMS (32 componentes), justifica plenamente pela participação social.”

“Elaborei praticamente sozinha este plano. O Conselho deu algumas opiniões mas não se envolveu muito. Os dados para fazer o diagnóstico não existem. Sabe-se o que precisa e foi isto que colocamos. O Município é pequeno, não existem muitas pessoas com qualificação em planejamento. Não houve equipe de trabalho”.

- **Orientações para a elaboração do Plano Municipal de Saúde:**

“No início dos trabalhos, o pessoal técnico da (...) DRS - Secretaria Estadual de Saúde, não sabiam, eles mesmos, o que fosse Plano Municipal de Saúde. Foram aprendendo com a gente”.

“... a elaboração do Plano Municipal de Saúde teve a ativa participação da comunidade através de suas entidades representativas. Outrossim, foi de fundamental importância as orientações repassadas pela Delegacia Regional de Saúde. Apesar de não existir outro plano ou similar já constituído para ser utilizado como parâmetro, não houveram maiores dificuldades na elaboração do Plano Municipal de Saúde ...”

“Vamos aguardar para ver se dá certo; tenho receio, pois todos os Secretários que conheço são despreparados, não existe um setor de planejamento, foi uma grande dificuldade na elaboração do Plano, falta até mesmo de gente capacitada nas próprias Delegacias de Saúde. Mas acredito é um começo para alguma mudança, já que a área da saúde é uma grande polêmica e anos ainda levarão para uma mudança grande acontecer”.

“Para elaborarmos nosso plano encontramos várias dificuldades; uma delas foi a falta de pessoas qualificadas para nos orientar na Delegacia Regional de Saúde. Outra, foi a pressa para que passássemos a receber o PAB, com a municipalização. Hoje estamos fazendo estudos para elaborar emendas neste plano, ou até mesmo um novo plano, que realmente venha a retratar a realidade do Município”.

“A conscientização dos gestores da saúde para a importância do planejamento é indispensável, bem como orientações práticas para o estabelecimento de metas”.

“Acredito que é de extrema valia, ao elaborar o plano, termos uma assessoria técnica, lado a lado, também é necessário as conferências para ter o comprometimento da população nas ações de saúde”.

“Acho que o mesmo deve ser simplificado tanto na elaboração quanto na implementação, diminuindo a burocracia e facilitando o trabalho em pequenos municípios, onde temos dificuldade de pessoal especializado para o trabalho. Também acho que a simplificação melhoraria o atendimento à população, que demora muito a receber atendimento decorrente do excesso de burocracia existente”.

- **Reelaboração do Plano Municipal de Saúde:**

“Temos consciência de que o esboço do nosso Plano merece reparos complementares e a conclusão dos estudos que estão sendo realizados pela Fundação retro mencionada”.

- **Problemas da descentralização:**

“Problemas do SUS (por importância): 1) Regionalização (não há retaguarda), mais urgente; 2) Administração (gerência); 3) Recursos Humanos; 4) Financiamento (último)”.

“Fazer um plano, na minha opinião, é tarefa fácil, pois o papel aceita tudo; o difícil é o comprometimento de um Secretário perante uma população extremamente doente e sem recursos, fazendo com que os poucos recursos, consigamos tratar algumas doenças e mal conseguimos pensar em saúde como uma política que é o que deveríamos fazer”.

- **Não valorização do Plano Municipal de Saúde:**

“O Plano Municipal de Saúde, para nós, só nos deu dor de cabeça e muito tempo perdido, elaborando-se um documento, que a sua única função para nós foi pré-requisito para a Municipalização da saúde”.

- **Satisfação com o trabalho realizado:**

“Apesar das dificuldades que foram encontradas, para mim foi uma experiência e uma descoberta de muitos valores existentes no Município; apesar de não ser uma pessoa profissional da área da saúde, busco valorizar o máximo das idéias colocadas no plano”.

“Foi um trabalho árduo de grande valia, tendo em vista o conhecimento gerado. Hoje, o Plano tem sido usado tanto pela Secretaria de Saúde quanto por outras Secretarias, principalmente quanto aos dados gerais do Município”.

“Demandou trabalho árduo, mas compensatório”.

“O Plano Municipal de Saúde é de muita importância, pois, através do mesmo, a gente consegue compreender a realidade e as dificuldades do Município e conseqüentemente realizar um trabalho mais satisfatório e que favoreça toda a população”.

“Foi um trabalho árduo, mas que valeu a pena, por trazer tantos benefícios. É um compêndio, onde mostra desde a situação geográfica até as necessidades mais elementares do município. Gostei de fazê-lo e recebi vários elogios por parte da Regional de Saúde”.

“A ação planejada favorece a melhoria qualitativa e quantitativa da assistência à saúde”.

“O Plano deve ser considerado dinâmico e deve servir para melhorar qualitativa e quantitativamente os serviços de saúde”.

“Com o plano foi possível evidenciar muitos aspectos em relação à saúde que não tínhamos conhecimento. Sua importância é fundamental para embasarmos o trabalho da Secretaria e aprimorar os dados”.

“É de suma importância para que se diagnostique as prioridades do Município, pois é o momento em que se conhece a problemática do Município, apontando-se as soluções”.