



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO AVALIAÇÃO DE
TECNOLOGIAS EM SAÚDE**



HUGNA MAYRE DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE 2010-2013 DE CUIABÁ, MATO GROSSO.**

**Salvador- Bahia
2013**

HUGNA MAYRE DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE 2010-2013 DE CUIABÁ, MATO GROSSO.**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde.

**Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Fontes
Teixeira**

**Salvador- Bahia
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

O48a Oliveira, Hugna Mayre de.

Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso / Hugna Mayre de Oliveira. – 2013.

99 f.: il. color.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes Teixeira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde, 2013.

Bibliografia: f. 82-87.

1. Cuiabá (MT) – Plano Municipal de Saúde. 2. Cuiabá (MT) – Planejamento em saúde. 3. Saúde pública – Descentralização e municipalização. 4. Saúde pública – Planejamento municipal. I. Título.

CDU – 614.2(817.2)

Ficha elaborada por:

Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

HUGNA MAYRE DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE 2010-2013 DE CUIABÁ, MATO GROSSO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Data de aprovação: 13 de março de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas/ ISC-UFBA

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus/ UFBA

Prof.^a Dra. Carmen Fontes Teixeira/ ISC-UFBA

**Salvador- Bahia
2013**

Dedicatória

Aos meus elos mais fortes de amor: minha família que, mesmo longe fisicamente,
sempre estiveram tão próximos, meus pais, irmãos e sobrinhos.

Meu sempre companheiro Afonso.

Meus amados filhos, Diogo e Thiago, inspirações da minha vida, que me enchem de
orgulho e admiração pelos seres iluminados e vencedores que são.

Obrigada pela nossa convivência e laços de amor que jamais pensei existir.

Tudo fica mais fácil com vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amparo, proteção e vida permeada de coragem, força e esperança.

À minha querida e estimada professora, orientadora, Carmen Teixeira, pela enorme contribuição e por ter me conduzido neste projeto com a segurança do seu vasto conhecimento, com zelo, respeito e carinho. Senti-me segura e acolhida. Foi fácil fazer este caminho do conhecimento com você. Tem gosto de “quero mais”... Já sinto saudades...

Aos professores, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Ana Angélica Rocha e Washington Luiz Abreu de Jesus, pelo carinho e valiosas contribuições na qualificação do projeto e na defesa da dissertação.

Ao ISC/UFBA, às coordenadoras do curso e aos professores, infinitamente obrigada! Igualmente aos colegas do mestrado. Cada minuto com vocês foi uma grande aprendizagem.

À SES/MT por nos proporcionar esta oportunidade, investindo na formação do nosso conhecimento. Aos colegas que lutaram por esse curso, muito obrigada!

À minha família, à Rosinha e aos meus amigos, que me permitiram a convivência pelo longo caminho da vida com alegria, e mais necessariamente no período do mestrado. Nunca me senti só.

Aos meus companheiros de jornada diária de trabalho, no setor de planejamento, pelo verdadeiro e irrestrito apoio, pelo carinho, tolerância e respeito ao meu isolamento. Obrigada por me compreenderem, por me ensinarem e colaborarem comigo nesse período delicado quando produzi esta dissertação de mestrado. Em especial a Babi, Paulino, Beth, Ivaneti, Fátima, Sonia, Maria Helena, Patrícia, Jeane, Guilherme e Sandra.

Aos colegas que colaboraram direta e indiretamente na fase da pesquisa, em especial a Babi, Rosamita, Ligia, Moema, Figueiredo, Janaina, Eliomar, Marilene, Beth, Fátima, Paulino e a Estela. Foi muito mais fácil com a ajuda de todos vocês.

Muitíssimo obrigada!

RESUMO

OLIVEIRA, H. M. **Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso**. Salvador, 2013. p. 99. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

O processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde tem colocado os municípios em situação de protagonismo na formulação e execução das políticas de saúde. Os estudos empíricos sobre práticas de planejamento municipal encontrados na literatura brasileira, nos últimos dez anos são incipientes, o que demanda mais pesquisas sobre o tema. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de formulação e o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013. Trata-se de um estudo de caso, que utilizou como técnicas de produção de dados análise documental, grupo focal e entrevistas semiestruturadas com dirigentes, técnicos e representantes do Conselho Municipal de Saúde participantes do processo. A análise das informações produzidas acerca do processo de elaboração do PMS tomou como referencial teórico o modelo proposto por Teixeira (2010, p. 41), adaptado do “ciclo da política” (Kingdon, 1984), e a análise do plano em si, produto deste processo, baseou-se na metodologia proposta para o planejamento no âmbito do SUS por Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010). Os resultados apontam que, apesar do contexto político e institucional apresentar elementos desfavoráveis, os atores envolvidos na condução do processo conseguiram formular o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013, adotando metodologias de caráter participativo, inspiradas no planejamento situacional, organizando o processo de forma coerente com essa perspectiva. Desse modo, pode-se constatar que o planejamento configurou-se numa prática estruturada, ainda que se ressalte a necessidade de sua ampliação e aperfeiçoamento, tendo em vista a efetiva institucionalização do planejamento no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Palavras Chave: Planejamento municipal, planejamento em saúde, descentralização e municipalização.

ABSTRACT

OLIVEIRA, H. M. **Analysis of the formulation process of the Municipal Healthcare Plan 2010-2013 of Cuiabá, Mato Grosso**. Salvador, 2013. p. 99. Dissertation (Professional Master In Collective Health) – Collective Health Institute. Federal University of Bahia.

The decentralization process of the *Sistema Único de Saúde* (SUS) (Unique Healthcare System) management has been putting the cities in protagonism situation in concerning to formulation and execution of the health policies. The empiric studies about municipal planning practices found in Brazilian literature, in the last years are incipient, what demands more research about the topic. This study aims to analyze the formulation process and the Municipal Healthcare Plan (MHP) of Cuiabá 2010-2013. It is a case study which used as production techniques the documental data analysis, focal group and semi structured interviews with leaders, technicians and representatives of the Health Municipal Counseling which are taking part of the process. The analysis of the information produced about the MHP elaboration process took as theoretical referential the model proposed by Teixeira (2010, p. 41), adapted from the “political cycle” (Kingdon, 1984), and the analysis of the plan itself, product of this process, was based on the methodology proposed for the planning on the scope of SUS by Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010). The results pointed that, besides the political and institutional context showing unfavorable elements, the performers involved on conducting the process succeeded in formulating the Municipal Healthcare Plan of Cuiabá 2010-2013, adopting participative methodologies, inspired in situational planning, organizing the process on a coherent way with this perspective. This way, the planning was set in a structured practice, and that the need of extension and improvement still be highlighted, having in sight the effective institutionalization of the planning on the scope of the Health Municipal Department of Cuiabá.

Key words: Municipal Planning, Planning in Healthcare, Decentralization, Municipalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo teórico para análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá.

Figura 2 - Linha do tempo de gestão (em ano e mês) dos Secretários Municipais de Saúde, nomeados no período de janeiro de 2005 a outubro de 2012.

Figura 3- Mapeamento dos atores participantes e suas posições em relação ao processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013.

Figura 4- Linha do tempo do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013.

Quadro 1- Material coletado pelo uso de técnicas de entrevista e grupo focal.

Quadro 2- Plano de Análise.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPLAN- Assessoria de Planejamento

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

IPDU- Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano

ISC/UFBA- Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

LOA- Lei Orçamentaria Anual

MAPP- Método Altadir de Planificação Popular

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPS- Organização Panamericana de Saúde.

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PMC- Prefeitura Municipal de Cuiabá

PPI- Programação Pactuada e Integrada

SES- Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

CMS- Conferência Municipal de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

ZOOP- Planificação de Projetos Orientados por Objetivos

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2- MARCO REFERENCIAL	16
3- METODOLOGIA	22
3.1- A estratégia de investigação e o pesquisador	22
3.2- Breve caracterização do caso	23
3.3- Procedimentos e técnicas de coleta de dados	24
3.4- Plano de análise de dados	27
3.5- Aspectos éticos da pesquisa	28
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1- CONTEXTO POLÍTICO - INSTITUCIONAL	29
4.1.1- Antecedentes históricos da política de saúde em Mato Grosso	29
4.1.2- Cuiabá: alguns elementos históricos e políticos que marcaram a construção do sistema municipal de saúde	31
4.1.3- A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	37
4.1.4- O planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	42
4.2- PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	48
4.2.1- Atores envolvidos na formulação do PMS	48
4.2.2- Bases conceituais e metodológicas do planejamento na SMS	55
4.2.3- Organização do processo de planejamento	67
4.3- PRODUTO	75
4.3.1- Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013	75
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	88
APÊNDICE 1 - Relação de documentos consultados	
APÊNDICE 2 - Relação dos informantes chave	
APÊNDICE 3 - Roteiro das entrevistas	
APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido	
APÊNDICE 5 - Matriz de revisão dos documentos	
APÊNDICE 6 - Matriz para análise das entrevistas	
APÊNDICE 7 - Matriz para coleta de dados	

1- INTRODUÇÃO

Os primeiros trabalhos identificados na literatura científica brasileira na área de política, planejamento e gestão em saúde centravam-se na administração sanitária e programação de saúde com temas limitados às questões de orçamento, organização e legislação sanitária. A partir da década de 70, com a incorporação da contribuição das ciências sociais em saúde foi possível constituir na saúde coletiva uma abordagem crítica a um conjunto de temas que vieram a configurar a área de política, planejamento e gestão em saúde (Paim e Teixeira, 2006).

Fez parte desse processo o debate em torno do desenvolvimento do planejamento em saúde, na América Latina, o qual teve início nos anos 60, com a elaboração do Método CENDES – OPS (Teixeira, 2010). A lógica desse modelo, centrado na normatividade econômica (custo/benéfico econômico), reconhecendo a realidade (objeto social), através de um diagnóstico independente do sujeito que planifica (Estado) passa a ser amplamente questionado e debatido, conforme se observa em Rivera (1987).

Em 1975 (CPPS; OPS), sob o patrocínio do Centro Panamericano de Planificación de la Salud, foi elaborado o documento “*Formulación de Políticas de Salud*”, que adota a concepção de formulação de políticas como processo, propondo que a autoridade política estabeleça os objetivos gerais da ação do Estado bem como os meios para alcançá-los. Esse esquema tem recebido críticas por tratar de forma estanque as diferentes etapas do processo político, e também por assumir a existência de um único ator (autoridade política) facultado a elaborar uma imagem-objetivo, sendo que, como assinala Rivera (1989) todos os atores políticos e sociais possuem essa capacidade.

No final da década de 70, desenvolveram-se outras reflexões e propostas, a exemplo do “pensamento estratégico” de Mario Testa (1989) e o enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus (1993). Do primeiro cabe destacar a reflexão sobre o Poder em saúde, da qual deriva a compreensão da política como “*proposta de distribuição de poder*”, sendo a estratégia uma “*forma de implementação de política*”, concepção que tem inspirado pesquisadores de políticas de saúde, a exemplo de Vilasbôas e Paim (2008). Do enfoque estratégico situacional de Matus (1993), por sua vez, cabe destacar a chamada “*triologia matusiana*”, composta pelas propostas metodológicas denominadas PES, MAPP e ZOOP, conjunto de métodos e técnicas a ser utilizado nos momentos do processo de planejamento em

saúde (explicativo, normativo, estratégico e tático operacional), muitos dos quais têm sido incorporados ao desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde no Brasil, ao longo das três últimas décadas (Rivera, 1989; Sá & Artmann, 1994; Teixeira, 2010).

De fato, no contexto da redemocratização do país e da abertura política no final da década de 70 e início dos anos 80, a constituição e fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária (Paim, 2008) e a implementação do SUS (Paim, 2008) configuraram um cenário favorável ao desenvolvimento do planejamento, principalmente a do desencadeamento do processo da descentralização da gestão, através da municipalização das ações e serviços induzida pela implantação das Normas Operacionais Básicas, nos anos 90 (Brasil, 1990). Dentre as exigências para a habilitação dos municípios às modalidades de gestão do sistema de saúde, previstas nas Normas inseriu-se a necessidade de elaboração de Planos Municipais de Saúde, documentos técnicos que deveriam conter a análise da situação de saúde da população do município e explicitar as propostas de ação (objetivos e metas), bem como os recursos que seriam empregados para sua execução.

Nessa perspectiva, os municípios que foram progressivamente se habilitando às condições de gestão previstas nas NOBs, principalmente a partir da segunda metade dos anos 90, com o aumento dos municípios que assumiram a “gestão plena do sistema de saúde municipal”, passaram a constituir espaços descentralizados para o exercício de uma prática de planejamento que poderia ultrapassar a programação de ações e serviços desenvolvida desde a década anterior.

Apesar das dificuldades enfrentadas para a efetivação do planejamento na cultura das organizações públicas de saúde (Paim, 2002), e dos planos se restringirem, na maioria das vezes, apenas ao documento, não sendo implementados na prática, diversas experiências foram desenvolvidas gerando uma acumulação que contribuiu para que a Coordenação Geral de Planejamento do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) propusesse a organização do “Sistema de Planejamento do SUS” (PlanejaSUS), lançado oficialmente no contexto da aprovação dos Pactos pela Saúde, em 2006 (Brasil, 2006). Definido como “*a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS*” o documento básico do PlanejaSUS considera que o Plano de Saúde é um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (Brasil, 2009).

Com isso, recursos federais e outros incentivos têm sido aplicados para o aperfeiçoamento do processo de planejamento nos vários níveis de governo do SUS, particularmente nos níveis estadual e municipal, através de cursos de capacitação de pessoas em todas as regiões brasileiras. Segundo relatório da Coordenação Geral de Planejamento/PlanejaSUS, o MS em parceria com a OPAS/OMS e com o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA realizou no período de setembro de 2007 a março de 2008, 44 cursos básicos de planejamento em saúde, em todo o país, com duração de 40 horas cada um, onde foram capacitadas 1.544 pessoas, entre dirigentes e técnicos de todas as unidades federadas do Brasil. Paralelamente, também em parceria com a OPAS/OMS, ISC/UFBA e ENSP/FIOCRUZ, iniciou-se o processo de organização dos cursos de especialização em planejamento em saúde, que, até setembro de 2010, possibilitaram a conclusão da especialização a 171 profissionais. Somado a esses, o MS desenvolveu junto às Secretarias Estaduais de Saúde curso de atualização para uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS, que, até dezembro de 2010, capacitou 504 participantes (gestores, técnicos e conselheiros de saúde) (Brasil, 2011).

Apesar das dificuldades, encontra-se em curso, no âmbito do SUS, um processo de institucionalização do planejamento. Para identificar trabalhos sobre este tema, tratamos de revisar a literatura científica da área¹, quer como parte de estudos mais amplos sobre o processo de descentralização/municipalização da gestão do SUS, quer como estudos específicos sobre o planejamento em saúde, particularmente o planejamento municipal.

O primeiro aspecto que chama a atenção na revisão da literatura nacional, nos últimos dez anos, é a existência de poucos estudos empíricos sobre estes temas. Da leitura desses trabalhos, depreende-se a incipiência e relativa fragilidade das práticas de planejamento no âmbito municipal, conforme estudos referidos a seguir.

Investigando a descentralização do sistema de saúde no Brasil, Heimann (1998), encontrou em onze municípios habilitados em gestão semiplena, a burocratização do planejamento municipal, na medida em que este se encontrava voltado ao cumprimento das exigências legais para recebimento dos recursos financeiros advindos da União.

¹ Realizada na base SciELO e LILACS com as palavras chave: Planejamento municipal, planejamento em saúde, descentralização e municipalização, no período de 2000 a 2012.

Estudando a municipalização e a inovação gerencial, na implementação da política de saúde em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro, Gershman (2001) encontrou evidências que demonstravam ambiguidade em relação à incorporação do planejamento na gestão municipal. Na compreensão do planejamento como uma ferramenta de gestão, 75% dos entrevistados demonstraram possuir esse entendimento. Na identificação de instrumentos para efetivar o planejamento no município, 87,5% dos entrevistados reconheceram os dados epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos e administrativos, como instrumentos que efetivariam o planejamento.

Vieira da Silva *et al.* (2002), analisaram a implantação de processos relacionados à descentralização da gestão da saúde em cinco municípios com gestão plena do sistema, no estado da Bahia, classificados como avançados quanto ao grau de implantação da gestão descentralizada e encontraram um baixo escore (30%) para os aspectos relacionados ao planejamento e avaliação do sistema de saúde.

Vilasbôas (2006), em estudo de caso sobre o processo de planejamento de saúde em um município do Estado da Bahia, apontou que, apesar do município ter se tornado um espaço de implementação de políticas, prevalecem “práticas não estruturadas” de planejamento.

Analisando o processo de municipalização da saúde em Mato Grosso, Meirelles *et al.* (2012) observaram um processo desencadeado por força da lei e da decisão política da Secretaria do Estado da Saúde, demonstrando trato igual aos municípios quando os mesmos eram desiguais, sem anúncio de um projeto que visasse ao planejamento e resultasse na construção de sistemas municipais de saúde com natureza e eficácias definidas. Os planos de saúde eram tratados como uma tarefa burocrática e muitos realizados por estruturas que não têm no planejamento um instrumento de gestão.

Em outro estudo, Müller Neto *et al.* (2006), analisaram a capacidade institucional das Secretarias Municipais de Saúde no Estado de Mato Grosso, evidenciando que a estrutura dos planos de saúde de 16 municípios investigados, apenas dois apresentavam análise situacional, prioridades, estratégias, metas e programação. De maneira geral os planos analisados descreveram de modo superficial a situação de saúde nos municípios. A diversidade de modelos dos planos foi a regra encontrada.

Ainda no Estado de Mato Grosso, analisando o perfil dos gestores municipais de saúde, Luna (2008) encontrou um escore de apenas 63,5% de gestores que conheciam o plano de saúde e somente 29,7% a agenda de prioridades nos seus municípios.

Calhao (2008) estudando a gestão de uma condição crônica no sistema de serviços de saúde de Cuiabá apontou uma disjunção entre a política formulada, explicitada nos documentos do planejamento e o fazer gestão no cotidiano da organização, demonstrando certo desalinhamento da organização à sua finalidade maior em produzir gradiente de saúde à população.

Esses achados revelam a incipiência das práticas de planejamento nos municípios e sinalizam a necessidade de se realizar mais estudos sobre o tema. Nessa perspectiva, consideramos pertinente realizar um estudo acerca do planejamento municipal de saúde em Cuiabá, para o que desenvolvemos, inicialmente um estudo preliminar de caráter exploratório (Oliveira, 2011) que tomou como objeto de análise o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013 (SMS, 2010). Esse estudo visava identificar os componentes do Plano, apontar lacunas e subsidiar a elaboração de possíveis perguntas que conduzissem a uma avaliação da coerência interna e externa das propostas apresentadas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população no município (Oliveira, 2011).

No decorrer do estudo percebemos não ser suficiente analisar apenas o plano “em si”, ou seja, o documento institucional que formaliza as decisões adotadas pela SMS, sendo também necessário investigar o processo de formulação, o que nos levou a elaborar as perguntas: Como foi elaborado o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá? Em que contexto político-institucional foi elaborado? Quem participou do processo de elaboração? Qual o enfoque teórico metodológico adotado? Como foi organizado o processo de elaboração dos diversos capítulos ou itens (análise situacional, diretrizes, ações estratégicas, entre outros)? Quais as características do produto alcançado, isto é, o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013?

A busca de respostas a essas questões subsidiou a definição desta pesquisa cujo objetivo central é analisar o processo de formulação e o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013, tratando de caracterizar o contexto político e institucional, os atores (dirigentes e técnicos) envolvidos, as características do processo (propósitos, métodos e organização) e as características do produto elaborado, ou seja, o documento Plano de Saúde.

2- MARCO REFERENCIAL

Para elaborar teoricamente o objeto do estudo se faz necessário estabelecer os conceitos que serão utilizados para definição das categorias operacionais, necessárias ao desenvolvimento desta pesquisa. Para isso, apresentamos a seguir uma breve revisão de autores que têm contribuído para construir um referencial teórico aos estudos sobre a prática de planejamento nas organizações de saúde, tomando como ponto de partida as diferentes definições sobre planejamento, as quais podem estar relacionadas, segundo Vilasbôas (2006, p.18) às “(...) *possíveis interações entre as distintas racionalidades presentes no ato de planejar, e com o papel que se atribua ao planejamento na construção de alternativas para a vida em sociedade (...)*”.

Matus (1993) define o planejamento como uma ação social interativa, um “*cálculo que precede e preside a ação*” dos diversos atores sociais inseridos em uma dada situação, que buscam preservar ou transformar, de acordo com seus interesses e projetos, e em conformidade com sua capacidade de intervenção sobre os diversos elementos (problemas e oportunidades) que se apresentam a cada momento.

Considerando essa concepção acerca do planejamento, depreende-se que este “cálculo” pode se apresentar, “*a depender do grau de formalidade, em formato estruturado ou não estruturado*” Vilasbôas (2006, p. 20), ou seja, pode ser desenvolvido seguindo uma metodologia e uma organização explicitada previamente, ou não, obedecendo a uma dinâmica variável de acordo com o próprio desenvolvimento do processo de planejamento e intervenção (ou, em outras palavras, da relação entre o pensar e o fazer). Em vista disso, o processo de planejamento pode, ou não, dar origem a um “plano”, isto é a um plano documento, onde cada ator explicita seus propósitos, objetivos e projetos de ação.

Essas possibilidades implicam considerar diversos graus de estruturação do processo de planejamento, bem como a existência (ou não) de produtos desse processo. A análise do processo e das práticas de planejamento na área de saúde deve levar em conta, em primeiro lugar, portanto, a identificação e a caracterização do seu formato como estruturado ou não estruturado (Vilasbôas, 2008). No caso do planejamento estruturado, há, em seguida, que se identificar as formas de estruturação, que derivam da adoção de determinadas concepções teóricas e metodológicas. Nesse sentido, alguns autores dentre os citados anteriormente, especificamente Testa e Matus, propuseram “modelos” teóricos que podem ser utilizados para

a análise de práticas/processos de planejamento, como é o caso do “postulado da coerência” (Testa, 1992) e o Triângulo de governo (Matus, 1993).

O Postulado da coerência (Testa, 1992) contempla três elementos inter-relacionados, e cada um deles diz respeito a uma dimensão do processo de planejamento, podendo ser analisados isoladamente e na relação que estabelecem entre si. São eles: os *propósitos* definidos por uma organização (permanência, crescimento ou mudança), com relação ao planejamento, os *métodos* utilizados no processo (práticas de planejamento) visando os propósitos definidos e à *organização* (estrutura e formas de organização do processo de trabalho) do processo de planejamento.

O pressuposto embutido na proposta do “postulado” é que em um processo concreto de planejamento estes três elementos (propósitos, métodos e organização) devem guardar coerência entre si, o que implica que os sujeitos responsáveis pela condução do processo de planejamento tenham condições de escolher que métodos utilizar e que organização montar para garantir o sucesso do processo de planejamento.

Na obra de Matus (1993) também encontramos um “modelo” teórico que pode ser aplicado nos estudos na área de planejamento, qual seja, o “Triângulo de Governo” diagrama mais abrangente que o postulado da coerência de Testa (1992), na medida em que toma como objeto o Governo como um todo, e não apenas o processo de planejamento. Para esse autor, governar exige articular sempre três variáveis, mutuamente condicionadas e interdependentes: *projeto* (ação que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos), *capacidade de governo* (capacidade de condução do projeto, técnicas, métodos, habilidades, experiências) e *governabilidade* (graus de independência, de exigência do ator para ação do governo). Nessa perspectiva, o planejamento faz parte da capacidade de governo, isto é, os métodos e técnicas de planejamento e programação podem (ou não) fazer parte do conjunto de “tecnologias de gestão” acionadas pelos dirigentes, o que pressupõem um grau de qualificação que os capacite para tal.

O referencial teórico desse estudo se desdobrou em dois momentos: primeiro referente ao **processo de formulação** do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013, o qual teve como referencial o modelo teórico proposto por Teixeira & Abreu de Jesus (2010, p.41), adaptado do “ciclo da política” (Kingdon, 1984)², (Figura1), segundo referente à análise do

² Kingdon (1984) partiu de questionamentos do porque determinados problemas, em um dado momento, passam a ser priorizados e então se formulam e implementam uma política, rebate as críticas com relação à noção de

produto deste processo, ou seja **o Plano em si**, tendo como referencial a proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde elaborado por Teixeira, Vilasbôas & Abreu de Jesus (2010).

A ideia do ciclo da política talvez seja a mais compartilhada nos estudos atuais sobre política, fazendo análise por momentos ou fases do processo político. Talvez a sua principal contribuição, seja a da percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política e que se faz necessário reconhecer as especificidades de cada momento, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político. A desvantagem fica por conta da inevitável ideia de fases fragmentadas em qualquer análise a ser empreendida em formulação de política, carregando consigo o perigo de se imaginar que a política se comporta de forma previsível, o que na verdade não o é. Além de que, essa é uma questão que se apresenta para todo o campo de análise da política e não apenas para o uso desse modelo (Baptista, 2001).

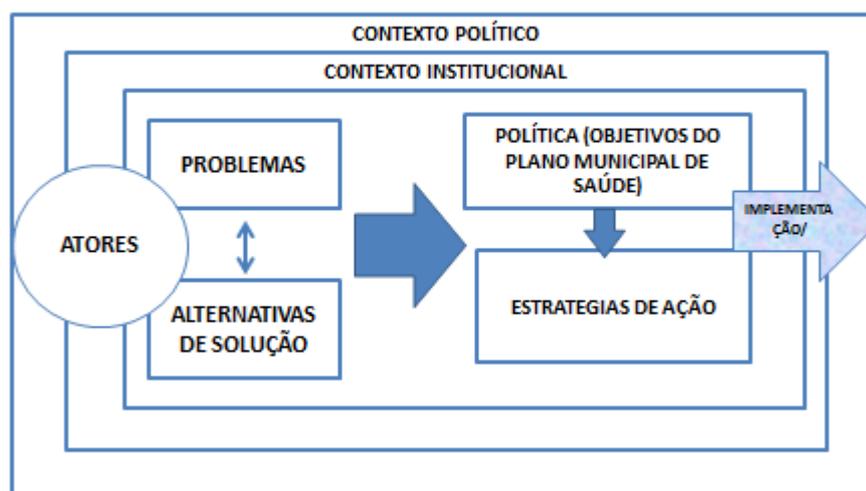
Com base neste referencial foi possível analisar o *contexto político e institucional*, os *atores* envolvidos no processo de planejamento e *os principais aspectos deste processo*, quais sejam: a identificação dos problemas e das alternativas de solução, que deram origem (ou não) às políticas (objetivos) e estratégias adotadas no documento PMSC 2010-2013.

A análise de cada um destes elementos (Problemas – Alternativas – Objetivos – Estratégias) por sua vez, exige a compreensão das bases conceituais e metodológicas que deram suporte a cada um dos momentos do processo de elaboração do plano. Nesse sentido, tomamos como ponto de partida a proposta metodológica elaborada por Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010) que contempla **dois momentos articulados**: a *formulação da política*, também chamado de construção da agenda estratégica (programa direcional), que consta da identificação dos problemas prioritários de alcance geral (sistêmico) e a apresentação de alternativas de solução dos mesmos; e a *elaboração do plano de saúde* propriamente dito, composto de análise da situação de saúde, definição dos objetivos e das estratégias de intervenção.

sequência ordenada do “ciclo da política”, considerando que é possível levar em conta, no processo de análise, o efeito da combinação complexa de fatores e atores em situação imprecisas que precisam ser esclarecidas apesar de sua fluidez (Pinto, 2004, p.39).

No momento de construção da agenda estratégica, é possível identificar os atores envolvidos³, sejam governamentais, não governamentais, visíveis e invisíveis⁴ (Kingdon, 1984) e caracterizar suas concepções políticas com relação à saúde (Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus, 2010). O mapeamento dos atores orienta a identificação dos aliados, dos oponentes e dos indiferentes às proposições do *ator central*, no caso a Secretaria Municipal de Saúde, especialmente o grupo técnico responsável pela condução do processo de planejamento, no qual se desenvolveu a elaboração do plano de saúde. A identificação e o mapeamento dos atores envolvidos nos diversos momentos da formulação do plano, portanto, implica na distinção de suas posições e suas concepções em relação à política de saúde formulada.

Figura 1 – MODELO TEÓRICO PARA ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ.



Fonte: Adaptação do diagrama "O processo de formulação de Política de Saúde da População Negra de Salvador". TEIXEIRA, 2010, p. 41.

³ Segundo Matus (1993), os atores sociais (homem coletivo), são forças sociais que controlam as instituições (centros de poder) ao mesmo tempo em que eles próprios são as instituições, ou seja, os centros de poder. São sujeitos capazes de produzir ações sociais de mudança ou permanência situacional e, conforme os resultados de suas ações acumulam, ou desacumulam poder, alterando o cenário da instituição, por vezes favorável, ou desfavorável aos seus projetos.

⁴ Atores *governamentais*: membros do próprio *staff* da administração, como cargos públicos nomeados e comissionados e os integrantes do funcionalismo público em geral. *Não governamentais*: grupos de interesse ou de pressão social. Atores *visíveis*: atuam diretamente e com poder suficiente para influenciar na formulação da agenda estratégica e os *invisíveis* que participam de forma indireta no processo, influenciando na definição das alternativas (Baptista, 2011).

Para a **análise do Plano em si**, documento institucional que sistematiza o resultado do processo de planejamento, é possível adotar como referência a proposta metodológica⁵ dos autores citados, segundo a qual o documento deve contemplar vários itens ou capítulos correspondendo à Análise de situação de saúde da população e do sistema de saúde, seguido dos Objetivos correspondentes aos problemas priorizados e dos Módulos operacionais a estes vinculados (Teixeira, Vilasbôas, Abreu de Jesus, 2010).

Em cada um desses capítulos (ou itens) é possível *analisar as bases conceituais e metodológicas* do processo de planejamento desenvolvido na SMS. Assim, com relação à identificação dos Problemas de saúde, é possível analisar qual o enfoque predominante entre os atores envolvidos, se o enfoque clínico, o epidemiológico e /ou social⁶ com relação aos problemas de saúde da população, ou se o enfoque econômico, administrativo ou político, com relação aos problemas do sistema de saúde.

Na mesma linha, é possível identificar as bases conceituais e metodológicas do processo de priorização dos problemas⁷, caso tenha ocorrido, e analisar a lógica que

⁵ Caso o processo de elaboração siga esses momentos, o plano de saúde pode apresentar a *análise de situação de saúde* onde se dá a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma população e do sistema de serviços de saúde, objetivando identificar necessidades sociais, determinar prioridades de ação e definir objetivos relativos às melhorias das condições de vida e saúde, que serão expressas na alteração dos indicadores epidemiológicos e sociais.

⁶ Os problemas de saúde da população podem ser identificados segundo outras perspectivas teóricas, como uma visão clínica epidemiológica (indicadores de morbimortalidade), ou uma perspectiva social (com base nos determinantes sociais) que expressam os fatores de risco e explicam o surgimento e a distribuição de agravos e danos à saúde dos indivíduos (Teixeira, 1999). Os autores citados Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010), propõem o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991), onde são analisadas variáveis (idade, sexo e fatores hereditários e outros) relacionadas às condições sócioeconômicas, culturais e ambientais do estilo de vida e de saúde dos indivíduos, indicadores demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Para a *análise dos problemas do sistema de serviços de saúde*, os autores resgataram o Diagrama dos componentes de um sistema de saúde (Klekowsky, 1984), onde se analisam variáveis de cada componente (prestação de serviços, financiamento, organização, infraestrutura e gestão), buscando informações que permitam a caracterização dos problemas de insuficiência, má distribuição ou má utilização (de recursos), inadequação (organizacional) ou insuficiência de capacidade de gestão (de governo) para se garantir o alcance dos objetivos pretendidos pela política de saúde. No caso específico da SMS de Cuiabá, entretanto, é necessário verificar qual a concepção que predominou entre os atores que participaram do processo de análise da situação, tanto do ponto de vista da análise dos problemas de saúde da população, quanto dos problemas do sistema de saúde.

⁷ A priorização dos problemas pode se dar de forma subjetiva, conforme preferência dos atores envolvidos, ou aplicados critérios objetivos de decisão como os propostos pelo método CENDES/OPS (1965): magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos; o método proposto pelo GESPUPLICA (Brasil, 2005) Matriz de GUT (gravidade, urgência e tendência) e outros definidos no âmbito da administração estratégica de sistemas de saúde

prevaleceu no processo de elaboração do Plano. Em seguida, é possível analisar os Objetivos⁸ definidos (políticas), Metas estabelecidas (se houver) e as propostas de ação⁹ adotadas no Plano com vistas à intervenção sobre os problemas. Nesse aspecto, inclusive é possível identificar se houve (ou não) técnicas como *brainstorm* (tempestade de ideias), métodos de análise de viabilidade técnica/operacional, financeira e política das ações propostas, a exemplo da Matriz DAFO¹⁰ (OPS/OMS, 1992), ou outras técnicas de viabilidade, ou se nem foi feita análise de viabilidade das ações. Ademais, será possível identificar se ocorreu, ou não, a definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação dos objetivos propostos, seja de processo, de produto ou de resultados e, caso isso tenha ocorrido, se tais indicadores foram explicitados no Plano Municipal de Saúde, ou em outros documentos institucionais.

3- METODOLOGIA

3.1- A estratégia da Investigação e o Pesquisador

A estratégia escolhida foi o estudo de caso por ser adequada à obtenção de conhecimento detalhado e extensivo (Minayo, 2010) do processo de formulação e as propriedades do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013. Nesse sentido o estudo de caso foi escolhido porque permitiu o aprofundamento da particularidade do processo vivenciado no município, sendo que os resultados empíricos foram confrontados com o quadro teórico previamente elaborado.

(urgência e relevância do problema e factibilidade e viabilidade da intervenção sobre o problema) (Teixeira, 2002).

⁸ Os *objetivos* (políticas) podem ser definidos em relação aos *resultados* que se pretende alcançar, em relação aos *produtos* que se pretende ofertar à população (ações e serviços), ou relativos às mudanças que se pretende introduzir no *processo* de prestação de ações de saúde (Teixeira; Vilasbôas; Abreu de Jesus, 2010).

⁹ As propostas de intervenção e suas respectivas estratégias de ação incluem segundo esses autores a definição das linhas de ação, a definição das atividades que serão realizadas com seus responsáveis, prazos e recursos envolvidos, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do plano.

¹⁰ Metodologia divulgada no Brasil com a sigla FOFA (facilidades e oportunidades, fragilidades e ameaças) evitando cacofonia da sigla original em espanhol (FODA) e invertida também neste texto pelo mesmo motivo (Teixeira; Vilasbôas; Abreu de Jesus, 2010, p.68).

Importante observar que a pesquisadora fez parte do processo de construção do objeto analisado, como membro da equipe de planejamento da instituição investigada, nesse sentido, conforme Barbier (2002, p. 18-19) “*o pesquisador desempenha então o papel profissional em uma dialética que articula constantemente a implicação e o distanciamento, a afetividade e a racionalidade (...) a mediação e o desafio (...)*”. Assim, a mesma é um dos elementos que têm sentido com o trabalho e terá sempre uma relação dialética com o objeto questionado, como se observa em Rocha (2008, p. 47) “*(...) nada mais correto e legítimo do que os atores envolvidos sejam identificados como os mais capazes de avaliar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida e contribuir na produção do conhecimento*”.

Refletindo ainda, que essa implicação tenha se dado no sentido estrutural/profissional, pois teve a ver com o cotidiano profissional e institucional do pesquisador, pelo seu engajamento na prática da formulação do objeto pesquisado. Assim, pode se então considerar que “*(...) o projeto é vítima da práxis e o pesquisador se coloca na posição de um ser ativo que por isso se engaja num processo de transformação do mundo do qual ele é um dos elementos*”, Rocha (2008, p. 46).

Desse modo a implicação do pesquisador é uma característica do processo de desenvolvimento desta pesquisa, trazendo na prática investigativa o envolvimento “psico-afetivo”, que proporcionou maior aproximação com o objeto investigado.

3.2- Breve caracterização do caso

Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, fundada em 1719, nasceu da expansão das bandeiras na busca de riquezas e na conquista de novas fronteiras. Teve sua urbanização impulsionada na década de 1960. Localiza-se na mesorregião centro-sul mato-grossense, na microrregião Cuiabá, formada pelos municípios de Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Nossa Senhora do Livramento, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande, cercado por três grandes ecossistemas, a Amazônia, o cerrado e o pantanal. O clima é essencialmente tropical continental, apresentando dois períodos distintos: o chuvoso com duração de oito meses e o seco, com duração de quatro meses (Cuiabá, 2009).

Os projetos de colonização, de modernização e ampliação das fronteiras agrícolas, estimuladas pelas políticas federais do regime militar, estimularam grandes migrações para o

Estado de Mato Grosso, principalmente para o município de Cuiabá (Siqueira, 2002).

Cuiabá hoje é um dos principais pólos de desenvolvimento da Região Centro Oeste do Brasil. As atuais atividades econômicas do município estão centradas no comércio (53,3%), serviços (43,2%) e indústria (3,5%) (Cuiabá, 2009).

A extensão territorial do município é de 3.537,17 Km², com densidade demográfica em 2009, de 1,56 hab./ha. Em 1994, foi criada a Lei que dividiu a macrozona urbana do município em quatro Regiões administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste) (Cuiabá, 2009).

Em 2009, a regional Norte apresentou as condições de saúde mais desfavoráveis em relação às demais regionais (SMS, 2010 b).

Em 2009, a estimativa populacional do município foi de 550.562 habitantes, sendo 264.056 (47,96%) do sexo masculino e 286.506 (52,04%) do sexo feminino. Da população geral, estimou-se que 22,0% residem na Regional Norte, 24,5% na Regional Sul, 29,0% Regional Leste e 23,3% na Regional Oeste (SMS, 2010 b).

Com base nos dados do censo 2000, 48,98% da população do município é constituída pela raça branca e 43,94% parda (SMS, 2010 a).

Cuiabá obteve um índice de desenvolvimento humano (IDH-M) de 0,821, em 2000, considerado alto, com um crescimento de 8,03% no período de 1991-2000, passando da 12^a para a 10^a posição em relação às capitais brasileiras (Cuiabá, 2009).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), divulgado pelo Ministério da Saúde em março de 2012, Cuiabá, numa avaliação que vai de 0 a 10, onde os menores escores representam piores condições, obteve um índice de 5,55, refletindo as mesmas dificuldades que a maioria dos municípios brasileiros tem demonstrado, em melhorar o seu potencial em relação ao acesso e à efetividade da atenção básica, através da estratégia da saúde da família, bem como da atenção ambulatorial e das urgências e emergências. Situação essa, que se verifica no conjunto do Estado de Mato Grosso que apresenta índice de desenvolvimento do SUS de 5,08.

A ordenação do crescimento e as diretrizes para o desenvolvimento de Cuiabá cabem ao Sistema Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Estratégico da Prefeitura Municipal, órgão ao qual cabe a responsabilidade de promover a participação democrática na gestão pública, assim como fomentar a integração e a continuidade da prestação de serviços à população, em conformidade com a legislação vigente. O desenvolvimento estratégico na área da saúde, especificamente, constitui uma das diretrizes específicas, qual seja, “operacionalizar

a Política de Saúde no Município de Cuiabá, conforme princípios e diretrizes do SUS, do Plano Municipal de Saúde e do Código Sanitário e de Postura, entre outros” (Cuiabá, 2008).

3.3- Procedimentos e técnicas de coleta de dados

As informações foram colhidas através da utilização de um conjunto de fontes e técnicas de produção de dados. Em primeiro lugar, foram consultados documentos formais institucionais (Apêndice 1) e não formais, a exemplo de notícias veiculadas na mídia sobre o setor saúde, no período de formulação do PMS. Também foi realizado um grupo focal com dirigentes e técnicos da SMS e representantes do CMS que participaram do processo de elaboração do PMS, bem como foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade, com três informantes chave (Apêndice 2).

A acessibilidade da pesquisadora aos diversos setores da instituição, aos arquivos, aos documentos e aos informantes chaves foi de maneira geral facilitada pela implicação desta com a proposta, como também, com a organização do sistema municipal de saúde e o acolhimento por parte da equipe de planejamento da SMS à pesquisa.

A **análise documental** foi realizada considerando o horizonte temporal do estudo, buscando-se documentos que caracterizavam o objeto investigado e o contexto político institucional da SMS (Apêndice 1).

Os documentos foram classificados segundo a natureza do texto (normativo, técnico e de apoio), posteriormente lidos, relidos e analisados. Para a revisão dos documentos foi utilizada uma matriz para análise (Apêndice 5) buscando identificar e explorar as categorias de análises.

Além disso, foi planejada a realização de um grupo focal coordenado pelo pesquisador, que assumiu o papel de moderador no debate, seguindo um roteiro como guia para as discussões, visando estimular e explorar as ideias e experiências vividas pelos participantes do processo de elaboração do PMSC, contemplando os temas eixo: o contexto político e institucional, os atores envolvidos, as bases conceituais e metodológicas, a forma de organização do processo e as características do produto (Apêndice 3).

O convite para participar do grupo focal foi estendido a dez informantes chave, cujo critério de seleção guardou relação com o nível de participação no processo de elaboração do PMSC e a disponibilidade em participar do grupo focal e das entrevistas (Apêndice 2).

O **grupo focal** foi realizada em um espaço neutro à SMS, cedido pela SES na Escola de Saúde Pública, mesmo local onde ocorreu uma das etapas de elaboração do objeto desse estudo, com a participação de oito informantes chave do processo de elaboração do PMSC, contemplando dois gestores, quatro técnicos da SMS e dois representantes do Conselho Municipal de Saúde, os quais concordaram e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 4), o qual foi recolhido antes do início dos trabalhos e, posteriormente, arquivados no banco de dados da pesquisa.

O trabalho no grupo focal foi gravado em gravador digital, com um total de 02h40min14segundos de gravação e filmado parcialmente (00h52min21segundos) devido a problemas técnicos durante a realização do grupo focal, motivo esse que levou a não utilização desse material, que foi arquivado no banco de dados. O pesquisador contou com o apoio de dois relatores com experiência que sistematizaram as principais informações e posicionamentos dos participantes com relação aos aspectos abordados.

As **entrevistas semiestruturadas em profundidade** foram realizadas com três informantes chave conforme categoria de envolvimento quando do processo de elaboração do PMSC: gestor, técnico e representante do CMS. Foram previamente selecionados e prontamente disponíveis ao convite da pesquisadora, conforme definição da agenda estabelecida conjuntamente, na semana seguinte à realização do grupo focal (Quadro 1).

A entrevista com o gestor e o técnico (que fizeram parte da equipe de condução do processo de elaboração do plano) foi desdobrada em dois momentos complementares, sendo o primeiro individual e o segundo com a dupla, interagindo, ativando detalhes de experiências esquecidas e ampliando o espectro de respostas relacionadas aos atores envolvidos e seus posicionamentos em relação ao processo de elaboração do PMSC. O material coletado no segundo momento foi transcrito pela pesquisadora, com tempo de duração de 00h55min25segundos e produção de material em duas laudas.

As entrevistas no primeiro momento foram realizadas em uma sala na SMS, cedida pelo CMS, considerada pela pesquisadora como adequada, por ser de fácil acesso aos entrevistados, isolada dos demais ambientes da SMS, silenciosa e bem refrigerada. O segundo momento da entrevista foi realizado em um espaço ocupado atualmente pelo setor de planejamento. Foi utilizado um roteiro (Apêndice 3) como apoio ao pesquisador, facilitando na abordagem do objeto da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice 4)

O material obtido no grupo focal e entrevistas foram ouvidos atentamente pelo pesquisador, refletidos nas palavras e diálogos obtidos, após, transcritos por profissional habilitado, revisados pela pesquisadora, passados e repassados por uma leitura atenta e minuciosa, a fim de absorver as falas, os debates e as expressões. Juntamente com os registros da sistematização dos relatores foi realizada uma exploração do conteúdo (operação de codificação) utilizando uma matriz de análise (Apêndice 6) para cada entrevista, para alcançar o **núcleo de compreensão dos textos**, através de recortes em unidades de registros com utilização de temas eixo, em redor dos quais as falas e os discursos se organizaram para classificação e agregação dos dados, com base nas **categorias de análises**, que orientaram as especificidades dos temas na abordagem do objeto de estudo e na interpretação dos resultados.

Quadro 1- Material coletado pelo uso de técnicas de entrevista e grupo focal.

Entrevista	Tempo/Gravação (em hora, minuto e segundo)	Transcrição (em nº de laudas)	Participantes (nº)
Grupo Focal	02:40:14	25	08
Entrevista 1	00:36:05	11	01
Entrevista 2	00:28:13	07	01
Entrevista 3	01:00:34	17	01
Entrevista 1+3*	00:55:25	02	-
Total	05:40:31	62	11

Fonte: Gravação e transcrição do material (banco de dados), em 2012. (*) Entrevista 1+3 (2º momento).

3.4- Plano de análise dos dados

O plano de análise do material obtido dos documentos, entrevistas e grupo focal contempla as seguintes categorias de análise: Contexto Político-institucional, Processo de formulação do Plano Municipal de Saúde e Produto, ou seja, o PMS 2010-2013, sendo a categoria central o processo de elaboração do PMS desenvolvido pela SMS de Cuiabá-MT, para o período 2010-2013.

Cada uma dessas categorias foi desdobrada em algumas dimensões (unidades de análise), buscando-se correlacionar as informações obtidas em cada uma delas, visando à reconstituição do Contexto, do Processo e do Produto elaborado. O Contexto político institucional inclui a caracterização da situação política do município de Cuiabá e a caracterização da situação político-institucional, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, e do setor de planejamento da SMS, no período estudado. O processo de formulação (elaboração) do PMS, por sua vez, inclui o mapeamento dos atores envolvidos, a identificação das “bases conceituais e metodológicas” que fundamentaram (ou não) o processo de elaboração do Plano e a forma de organização do processo (centralizado/descentralizado; participativo/tecnocrático). Finalmente, o Produto, ou seja, o PMS “em si”, diz respeito às características do documento produzido, em termo de forma (estrutura dos capítulos/itens) e conteúdo (apresentado em cada capítulo ou item).

Quadro 2- Plano de Análise

Categoria de análise	Unidade de análise	Descrição
Contexto político - institucional	Situação política em relação ao setor saúde no âmbito do município, da SMS e do Planejamento da SMS de Cuiabá.	Elementos históricos, políticos e técnicos organizacionais que constituíram o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.
Processo de formulação do Plano Municipal de Saúde	Atores envolvidos	Sujeitos (gestores, técnicos, profissionais de saúde, representantes de organizações não governamentais) que participaram do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e as suas concepções acerca dos propósitos do planejamento.
	Bases conceituais e metodológicas	Elementos teóricos e metodológicos que constituíram a base da formulação da política. Subsidiaram a definição dos problemas e a formulação dos objetivos e estratégias de intervenção.
	Organização	Formas, momentos e elementos técnicos organizacionais do processo de trabalho, para a elaboração do Plano.
Produto	Plano Municipal de Saúde 2010-2013	Características do Plano, sua forma estruturada e as principais características do conteúdo de cada capítulo ou itens.

3.5- Aspectos Éticos da pesquisa

Foram respeitados os aspectos éticos destinados à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determina a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). O projeto foi cadastrado no sistema “Plataforma Brasil” e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer final consubstanciado de número de 119249/2012.

Os entrevistados do grupo focal e das entrevistas semi estruturadas foram convidados mediante contato telefônico e convite formalizado. Juntamente com o convite foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4), elucidando o conteúdo da pesquisa e seus benefícios, possibilitando a participação de forma voluntária, assegurando o sigilo nominal, a confidencialidade das informações e o direito de não ter a obrigatoriedade de responder a todas as questões.

Todos os participantes assinaram e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início dos trabalhos, para posterior arquivo. Além disso, foi solicitada autorização junto à SMS de Cuiabá para consulta aos documentos citados no Apêndice 1, firmando-se um compromisso com a instituição para a apresentação final dos resultados da pesquisa.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados contemplarão as categorias de análise deste estudo, em três partes: primeiramente o contexto político - institucional em que se constituiu o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013; em seguida o processo de elaboração, caracterizando os sujeitos envolvidos, as bases conceituais e metodológicas e a organização do processo, e por fim as características do plano em si.

4.1- CONTEXTO POLÍTICO - INSTITUCIONAL

4.1.1- Antecedentes históricos da política de saúde em Mato Grosso

Para entender o contexto político em que se desenvolveu o processo de formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, se faz necessário tecer breves comentários sobre os antecedentes históricos da política da saúde em Mato Grosso, os quais, direta, ou, indiretamente influenciaram a configuração do sistema municipal de saúde de Cuiabá.

No final da década de 30, ocorreram importantes modificações na legislação e organização administrativa do Estado, na tentativa de colocar em prática novo sentido na área da saúde, como a alteração do regulamento sanitário de Inspetoria de Higiene para Diretoria Geral de Saúde Pública. A partir dessa década, apesar de certa continuidade na concepção dos serviços, algumas especificidades começaram a surgir provocando reorientação nas prioridades do Estado como a educação sanitária, o cuidado à maternidade e à infância, assistência aos loucos e presos, criação de serviços médicos de urgência e médico legal, entre outros, que, historicamente, continuaram a sofrer modificações, e permaneceram presentes no sistema de saúde (Maciel, 1985).

Desde fins do século XIX, apresentavam-se ineficazes as intervenções temporárias e centralizadas do Estado sobre os problemas de saúde pública. Essa limitada capacidade de intervenção dos serviços de saúde pública do Estado, como afirma Maciel (1985, p. 73) “*é um problema estrutural e sua origem deve ser buscada no momento mesmo de sua constituição*”.

O movimento para a redemocratização da sociedade brasileira, na década de 80, travado nas lutas visando assegurar nas Constituições (Federal, Estadual e Municipal) a ampliação dos direitos sociais na perspectiva da construção do SUS, levou técnicos do setor saúde, professores universitários e setores populares a se organizarem em Mato Grosso, em torno da Plenária Popular de Saúde, para a reforma do sistema sanitário. Porém, a diversidade dos municípios, a disponibilidade de recursos materiais e humanos e a correlação de forças políticas dominantes na sociedade mato-grossense, onde até hoje há predomínio dos grupos que representam os interesses liberais, levaram a muitas limitações no detalhamento e avanços da legislação estadual, ficando para definições de leis complementares as especificidades municipais, como no caso de Cuiabá, que apresenta problemas de metrópoles, como inchamento da cidade, “*favelização*” e necessidades de estruturas complexas, de caráter muito diferenciado do restante do Estado (Meirelles *et.al*,1990).

Nesse contexto, o processo de municipalização da saúde em Mato Grosso se deu a partir dos ajustes realizados no modelo nacional como a implantação das AIS, nas principais cidades do Estado, em 1984, e o SUDS adotado como modelo por prefeituras de expressão

como Cuiabá e Rondonópolis, resultando na organização de sistemas municipais de saúde. Esse processo foi desencadeado primeiramente como uma pré-municipalização com convênios firmados entre SES e prefeituras (maio de 1989) e logo após, o que se denominou efetivamente de municipalização, através da assinatura de convênios de cessão de uso das unidades de saúde do Estado e da cessão (transferência) de pessoal, celebrados com as Prefeituras a partir de dezembro de 1990 (Meirelles *et al.*,1991).

O resultado desse processo de municipalização, segundo Meirelles *et al.* (1991) configurou-se como um somatório da estrutura municipal com aquelas repassadas pelo Estado com base em decisão política de repasse de encargos e recursos, sem que tenha elaborado um projeto de municipalização planejado que resultasse na construção de sistemas de saúde com natureza e eficácia definidas.

Importante notar nos achados de Meirelles *et al.* (1991), que a história dos serviços de saúde nos municípios de Mato Grosso acompanhou o processo de formação e desenvolvimento das cidades que os profissionais de saúde procuravam trabalhos, ou eram encaminhados com vínculo empregatício com a SES ou Prefeitura, para uma unidade local, seguido logo da abertura de uma unidade de saúde, de caráter privado ou filantrópico. Esse processo resultou numa lógica de expansão do sistema público de saúde para atendimento das necessidades e demandas da população, pela via privada, apoiada pelo Estado e Prefeituras.

Segundo esses autores, no processo de municipalização no Estado de Mato Grosso, encontraram-se três tipos de estruturas municipais de saúde¹¹, sendo o Grupo I, compreendido de apenas seis municípios, onde se inclui Cuiabá, o Grupo II composto de aproximadamente 60% dos municípios e o Grupo III compreendendo 30% dos municípios do Estado. Porém, todos os municípios tinham em comum a predominância da rede privada sobre a rede pública.

Municípios de maior porte, com maior capacidade de gestão voltada para enfrentamento de desafios no fortalecimento do SUS, conseguiram, em determinados momentos, avanços e diferenciação nesse processo, como o caso Cuiabá.

4.1.2– Cuiabá: alguns elementos históricos e políticos que marcaram a construção do sistema municipal de saúde.

¹¹ Grupo I: Municípios com estrutura municipal de serviços públicos de saúde, com legislação, experiência gerencial; Grupo II: Municípios com precária estrutura, alguma base legal e pouca experiência gerencial; Grupo III: Municípios com quase ou sem estrutura, pequena base legal e sem experiência gerencial.

Cuiabá foi um dos municípios brasileiros que por momentos inovadores na sua história, foi reconhecido nacionalmente como um dos municípios pioneiros na reorganização do sistema municipal de saúde antes da instituição do SUS na Constituição Federal de 1988 (Spinelli *et al.*, 2008).

No período de 1986- 1988, com a redemocratização do país, a conquista do Estado de direito somada a uma gestão municipal comprometida e inovadora, em Cuiabá houve condições políticas de incorporar diretrizes do movimento sanitário à política municipal de saúde e reorganizar o sistema municipal de saúde. Nesse período, foi ampliada a rede própria de serviços de saúde, implantada a concepção de gestão e de atenção à saúde de forma descentralizada e hierarquizada em distritos sanitários e efetivada a constituição de conselhos interinstitucional como forma de democratização das decisões do setor saúde (Spinelli *et al.*, 2008).

A partir da década de 90, segundo achados em Spinelli *et al.* (2008), a gestão do sistema de saúde em Cuiabá foi marcada por idas e vindas, decorrentes das alterações na legislação municipal da saúde¹² que substituíram as diretrizes anteriores da organização do modelo assistencial e de gestão, por orientações genéricas da política de saúde. Nesse contexto, ocorreu a extinção de eleição direta de gerentes de unidades de saúde, retorno às práticas clientelistas, loteamento de cargos a partidos políticos, precarização do trabalho e foco na assistência curativa reforçando a hegemonia dos serviços privados credenciados.

Autores como Spinelli; Schrader; Müller-Neto; Venites (2008) consideraram que entre 1993 e 2004 deu-se a consolidação do SUS em Cuiabá, processo que pode ser caracterizado em distintos períodos:

a) O da **municipalização** (1993-1995), quando ocorreu o processo de descentralização e a implantação do SUS sob a ótica da gestão, com a habilitação da SMS na Gestão Semiplena do Sistema de Saúde (1994), implantação da regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS, definição de responsabilidade sobre os prestadores de serviços privados, implantação da central de vagas com a autorização e agendamento de exames e internações eletivas, implantação da Ouvidoria do SUS vinculada diretamente ao CMS, fortalecimento da estrutura administrativa dos distritos sanitários e ampliação da rede de atenção com a transferência das unidades do Estado (Spinelli *et al.*, 2008, p.108);

¹² A Lei Orgânica Municipal (Lei nº 2.820/1990) foi alterada pela Lei Complementar nº 94 em 2003.

b) O da **expansão dos serviços e crise do financiamento** (1996-2000), quando se privilegiou a expansão da rede de serviços e se instalou a crise no financiamento e na gestão do sistema de saúde. A SMS habilitou-se à Gestão Plena do Sistema de Saúde¹³, ampliou a atenção básica (PACS, PSF), consolidou a descentralização das vigilâncias, ampliou serviços de média e alta complexidade sob contratos com a rede privada, criou ambulatórios especializados, o que culminou com a crise do financiamento do setor saúde¹⁴ associada ao descredenciamento de serviços especializados privados. Essa crise atingiu a expansão da oferta de serviços e gerou deficiências na atenção às especialidades, débitos com fornecedores e prestadores de serviços, tentativas de restrição ao acesso de usuários não residentes no município aos serviços de saúde e sucessivas denúncias de cobranças diretas aos usuários. O agravamento da crise levou o Ministério da Saúde a desabilitar o município da Gestão Plena do Sistema, em 1999, decisão revertida um mês após, por meio de articulações institucionais entre SES, CIB e Conselhos Estadual e Municipal de Saúde envolvendo apoio financeiro e redefinição da PPI (Spinelli *et al.*, 2008, p.108);

c) O da **autonomia e fortalecimento do setor público** (2001- 2004). A avaliação subsequente à crise, em 2001, levou os novos dirigentes da saúde no município a relacioná-la à ingovernabilidade gerada pelo clientelismo e pela desconcentração administrativa em distritos sanitários, além do (des) financiamento do setor. Em consequência, a SMS adotou medidas que visaram à centralização administrativa, extinguindo os distritos sanitários e fortalecendo a gestão da rede pública, com a reorganização da atenção básica e da média complexidade. Foram realizados novos investimentos que resultaram na expansão da rede própria, implantação dos centros de apoio psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, além da implantação da central de regulação, em parceria com a SES. Desse modo, a SMS melhorou o monitoramento e o controle dos contratos com o setor privado, contando com o apoio da SES, que nesse mesmo período priorizava a expansão da atenção básica através da estratégia da saúde da família e da regionalização da saúde no Estado por meio de consórcios intermunicipais (Spinelli *et al.*, 2008, p.108).

¹³ Resolução nº 16/1998/CIB, Cuiabá, em 5 de junho de 1998, passa a responder pela definição de sua política de saúde, pela gestão de toda a rede de serviços do SUS a ele conferida pela SES e torna-se referência para serviços de média e alta complexidade para o Estado de Mato Grosso.

¹⁴ Ministério da Previdência Social deixa de repassar os recursos financeiros para a saúde, o que leva a congelar o teto dos recursos aos municípios e da Tabela SUS e a aprovação do CPMF, em 1997, para garantir o seu financiamento.

O período de 2005-2012 foi marcado por duas eleições municipais vencidas por coligações partidárias que apresentaram propostas políticas de desenvolvimento social, incluindo o setor saúde¹⁵. O prefeito que governou o município no período 2005-2008 foi reeleito para o período 2009-2012, deixando o cargo logo em seguida para candidatar-se ao governo do Estado, sendo que o vice-prefeito assumiu a gestão municipal.

Apesar do plano do governo municipal (2009-2012), já referido, ter apresentado propostas de desenvolvimento de políticas de inclusão social, desenvolvimento econômico, ampliação da infraestrutura urbana e ambiental, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de saúde, baseados no Plano Diretor de Desenvolvimento Estratégico de Cuiabá (Cuiabá, 2007), uma das grandes conquistas no primeiro mandato, o governo foi sendo marcado por instabilidades na gestão do setor saúde, somado à situação da política de saúde do Estado, após 2003, conforme analisaram Spinelli *et al.* (2008): “(...) *desresponsabilizando-se pela consolidação da Estratégia da Saúde da Família e negligenciando sua responsabilidade compartilhada com os gestores municipais de coordenação e indução política da regionalização da saúde, assumindo uma postura burocrática e controlista (...) se potenciaram em consequências significativas para a gestão da saúde na capital (...)*”.

Este período de gestão sofreu forte interferência político-partidária do executivo e do legislativo municipal, através das nomeações para os cargos dirigentes e técnicos, o que gerou trocas sucessivas de secretários e gestores estratégicos, com predominância de empresários do setor saúde. Com isso observa-se privilegiamento do foco na gestão da atenção especializada e na complementariedade de serviços privados ao SUS, concomitante a deficiências na implementação da política de recursos humanos, o que tem levado a práticas clientelistas na contratação de pessoal, precarização dos vínculos de trabalho e eclosão de greves dos profissionais de saúde. As entrevistas realizadas reforçam estas evidências, já apontadas por outros autores:

¹⁵ “Plano de desenvolvimento para Cuiabá, 2005-2008” e “Plano de Governo Wilson Santos 45- Gestão Democrática e Participativa 2009-2012”. Propostas políticas de governo para o setor saúde: ampliar em mais de 70% a cobertura da população com PSF; saúde bucal; implantar o Hospital Pronto Socorro Municipal Materno-Infantil; garantir pelo Estado a implantação do Hospital Regional da Baixada Cuiabana; cartão SUS; valorização dos trabalhadores da saúde; implantar sistema de informação da saúde; vigilância; manutenção, equipamentos e ampliação da rede própria (...) ampliar a capacidade de investimento da prefeitura com recursos próprios e atender demandas sociais mais urgentes da população com medidas de gestão de gasto público, tributária, desenvolvimento técnico dos servidores, qualidade dos serviços e transparência e controle social.

(...) ênfase nos serviços conveniados; na desarticulação entre a direção e equipes técnicas; na precariedade dos vínculos empregatícios de metade da força de trabalho municipal e na estagnação da atenção básica. (...) insatisfação dos profissionais, um desencanto em suas falas, um desânimo paralisante, reportando a predominância de práticas clientelistas na tomada de decisões setoriais (...) (Spinelli *et al.*, 2008, p. 110).

(...) período de várias transições (...). Os nossos gestores que entram não são técnicos da área de saúde, não são técnicos que tenham habilidade para estar no cargo (...) muitas vezes por indicação política (...) (E2).

(...) quando o gestor quer (...) sabe que é muito importante planejar, mas não quer justamente por isso para não ter esse controle (...) então é isso, achamos que eles não sabem (...) todos são empresários (...) (E7).

(...) os médicos declaram a greve geral na secretaria (...) dali a pouco os dentistas, os odontólogos entraram em greve também (...) o prefeito às vezes despachava na secretaria, (...) que o prefeito fazia interferência (...). Mas interferências sem base (...) chamava a atenção de todo mundo, umas coisas meio assim (...) (E3).

Recentemente (2011), dado ao movimento deflagrado pela atuação política do governo estadual em contratar Organizações Sociais para administrar hospitais regionais do Estado, procedimento semelhante ocorreu no município, com a participação de terceiro setor (empresa privada) na gestão do Pronto Socorro Hospital Municipal, conforme notícias veiculadas na mídia. Isto desencadeou movimentos e manifestações públicas de resistência por parte do Conselho Municipal de Saúde, dos profissionais, universidades e Ministério Público, com apoio de alguns parlamentares do legislativo municipal e estadual, o que gerou tentativas de negociações políticas partidárias para (re) estadualização de serviços de saúde municipalizados, revogação de legislação da cessão de profissionais do SUS para implementação da municipalização exigindo-se “retorno imediato” aos respectivos órgãos de origem.

(...) o governo do estado que transfere recursos para Cuiabá e Várzea Grande, quer ficar com a gestão das duas unidades de saúde “Daqui a pouco, eu vou ser obrigado a tomar uma medida mais drástica e fazer uma intervenção. Nós não queremos isso. Nós queremos uma transição pacífica”, garante o (...), secretário estadual de saúde. No final de semana a justiça concedeu liminar a um pedido da defensoria pública para que outras unidades de saúde em ambos os municípios sejam obrigadas a atender casos de emergência, mesmo que não sejam conveniados ao SUS (JN no Ar, 21/10/2011, 21:27 horas, TV Centro América, Rede Globo de Televisão).

(...) Prefeito e secretário de saúde rebateram acusação de que há terceirização na gestão da maior unidade de atendimento público da saúde do Estado (...) “Não houve privatização no PSMC, querem plantar isso”. A questão foi levantada na Câmara (...) consultoria para administrar o PSMC no valor de 190 mil/mês (2,2milhões/ano) (...) com uma projeção de 50 mil/mês (...) a consultoria vai destinar 10 pessoas para

realizar os trabalhos dentro do PSHM, iniciando dia 02 de abril com objetivos de melhorar a produção, organizar o fluxo de trabalho, melhorar o processo de qualidade de atendimento tanto dos médicos como dos demais profissionais (...) “queremos com a equipe de controladoria, passar a ter uma receita positiva, ao invés de gastarmos três milhões, queremos ter um saldo positivo de pelo menos 1,5 milhões” (...) A secretaria apresentou para o CMS, mas não precisaria de uma consulta do conselho (...) (Camargo, A.; disponível em <<http://www.hipernoticias.com.br>>, publicado em 23/03/2012 às 12:25 horas.

Frente à atual conjuntura política e institucional do setor saúde de Mato Grosso, com explícito desmanche e desestruturação do Sistema de Saúde (SUS), que ocorre pela desobediência da missão institucional do Estado com omissão de responsabilidades de governo, deixando os usuários à própria sorte, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) manifesta preocupação e solicita imediata ação dos poderes públicos na salvaguarda dos direitos da população (...). Transfere-se a gestão dos estabelecimentos públicos estaduais e municipais estadualizados para o setor privado, pagando valores até quatro vezes maiores que os praticados pelo SUS (...) (Informativo do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde/NDS/UFMT, nº 196, 8º ano, 2012).

Nesse cenário, o sistema municipal de saúde se aproxima de outras realidades brasileiras, que demonstram avanços e retrocessos, desenvolvidos em arenas tensas, onde se expressam os mecanismos de resistências e defesa de projetos distintos e de poderes, impulsionados pelo Conselho Municipal de Saúde conforme observaram Spinelli, *et al.* (2008), e pela ação dos profissionais de saúde, no cotidiano da gestão segundo achados de Calhao (2008), conforme também ficou demonstrado nas entrevistas desta pesquisa.

(...) o amadurecimento do Conselho ou do controle social dentro da instância da saúde (...) a gente conseguiu notar que houve um fortalecimento, o Conselho conseguiu se posicionar mediante os gestores (...) executivos, de maneira mais firme (...) mesmo a gente tendo conselheiros politizados, a maioria era em prol do SUS. Então eles não deixaram de fazer os embates (...) mesmos favoráveis ou contrários da gestão (...). Acredito que foi a hora que (...) os conselheiros se deram conta dentro desse processo, que eles tinham que deixar as questões políticas de lado e lutarem por um SUS melhor (...) na época fiquei muito feliz sabe (...) de ver o Conselho se posicionar (...) e não ficar na inércia a tudo que vinha de lá pra cá pela gestão (...) fez encaminhamento ao Judiciário, quando ele não conseguia que o seu posicionamento fosse cumprido (...) isso foi um fortalecimento do controle social, eles estavam fazendo seu papel (...) se posicionar como co-responsável (...) dentro da saúde (E2).

A organização dos sistemas de saúde é um processo historicamente construído no cotidiano e na interação entre os sujeitos envolvidos, numa dinâmica de conflitos de ideias e de disputas por projetos políticos, e quando os projetos são comprometidos com os princípios do SUS, têm-se maiores possibilidades de gerir estratégias inovadoras para os avanços necessários na implementação do sistema de saúde (Paim, 2002).

Nesse sentido, percebe-se que em meio a tensões e conflitos, o processo de construção do SUS em Cuiabá, não fugiu da regra dos demais municípios brasileiros, onde os estáveis são as exceções (Campos, 2006), existindo sujeitos que no cotidiano de suas práticas sociais, traçam estratégias, utilizando seus conhecimentos e de suas experiências acumuladas no sentido de garantir a continuidade do processo de construção do SUS na direção apontada pela defesa do direito universal à saúde. Os trechos dos autores a seguir ilustram como se deu esse processo em Cuiabá:

(...) as diferentes iniciativas de técnicos da SMS de Cuiabá, que lutam pela implementação e/ou consolidação de estratégias mais estruturantes como a atenção humanizada à saúde, o planejamento, a regulação e a avaliação, e que nos diferentes contextos de crises e sucessivas mudanças de rumos políticos, defendem e tendem a sustentar os princípios e diretrizes do SUS (...) (Spinelli, *et al.*, 2008, p.110).

(...) os operadores do sistema [de saúde] (...) possuem conhecimentos e habilidades que lhes conferem status de experts (...) (Calhao, 2008, p. 166).

4.1.3- A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

O gerenciamento da rede de serviços de saúde do município era de responsabilidade da Fundação de Saúde de Cuiabá¹⁶. A partir de 2003, a Fundação e sua dotação orçamentária, atribuições, patrimônio, pessoal, encargos e dívidas passam a ser absorvidos pela SMS¹⁷, que tem como atribuição gerir o SUS no âmbito do município, executar a política municipal de saúde, as ações e serviços de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Lei Orgânica do município. Para tanto, a mesma lei municipal que também cria o Fundo Municipal de Saúde, vinculando todos os recursos da seguridade social e de outras fontes à SMS, define, entre outras, a organização integrada pelos órgãos de Direção Superior (Secretário), Assessoramento Superior (assessorias), Gerência Superior, Execução Programática e Administração Sistêmica (Diretorias, coordenadorias e gerências).

A rede própria de serviços de saúde do município, sob a gestão da SMS, em 2012, está composta de vinte e um centros de saúde, sessenta e cinco equipes de saúde da família, dez clínicas odontológicas, seis policlínicas, um Centro e seis núcleos de reabilitação,

¹⁶ Criada através da Lei 1957 de 25/05/1982, sob o Estatuto aprovado pelo Decreto nº 645, no Diário Oficial de 21/07/1982.

¹⁷ Criada pela Lei Municipal nº 094, de 03/07/2003, que consolida todas as leis municipais de saúde no âmbito do SUS.

nove residências terapêuticas, cinco centros de atenção psicossocial, um laboratório central, um serviço ambulatorial especializado, um centro de especialidades médicas e um Hospital e Pronto Socorro, uma farmácia, uma unidade móvel rural, uma unidade de apoio de diagnose e terapia, um centro de controle de zoonoses. Complementando a sua rede de serviços, o município conta com unidades sob a gestão estadual e a rede privada contratualizada (SMS, 2012).

Muito embora as regras da organização estejam bem definidas em lei e demais procedimentos jurídicos (portarias, regimentos), como as atribuições e competências dos gestores da SMS, as suas partes ou subunidades não são tratadas com o princípio da impessoalidade da gestão pública e, como coloca Simon (1970), acabam sendo consideradas, no contexto organizacional, como exigência da direção superior, fato reiterado por um dos entrevistados.

Se não tivéssemos a lei, acho (...) eles queriam até assinar pelo Fundo Municipal de Saúde (...) o Secretário enfrentou foi mais um boicote (...). Da secretaria ele tinha apoio, aceitação e acesso ao Ministério Público (...) portas foram se abrindo para ele (...). Na relação prefeito e ele foi conflituosa (...) a Prefeitura de Cuiabá financia a folha da Saúde [pagamento de salários] então, uma pressão para baixar a folha, mandar embora muitos prestadores (...) intenção de reduzir gastos (...) outra pressão era que a secretaria passasse a assumir pagamento de folha com recursos da Saúde (...). Então, também exigiu toda uma negociação e argumentação para mostrar que era errado (...) mas, isso deu muito atrito entre eles (...). Secretário de Fazenda, Secretário de Gestão, Secretário de Planejamento e do Secretário Administrativo (...) (E3).

Somando a esse contexto institucional, os achados de Calhao (2008), nos reportam às funções gerenciais que eram tratadas como atividades secundárias e de menor importância, sendo muitas vezes ocupadas por pessoas sem a devida qualificação, escolhidas em função de interesses específicos ou por indicação partidária. Conforme nos acrescenta também Vasconcelos (2006), estavam ausentes desse processo os critérios de competência e adequação do perfil ao cargo, o que gerava pressões do ambiente externo à organização e trocas sucessivas de gestores na saúde, como também é observado por vários dos entrevistados nesta pesquisa.

O Prefeito (...) centralizar as coisas na Prefeitura (...) com o discurso ferrenho de que a saúde não podia ser mais assim, à parte (...) ele queria participar. Então ele centralizou (...) nosso setor de informação, nossos sistemas, nossa coordenação de TI e levou para prefeitura, com os provedores, com tudo lá (...) ele controla tudo isso (...) criou um fluxo para os processos (...) foco muito no dinheiro, nos recursos da saúde (...) nesses últimos oito anos, foram de muitas quebras, de fragmentação dos trabalhos (...), tivemos dez secretários. Teve época em que de seis a sete meses mudava secretário (...) (E3).

(...) se assustavam muito, com o custo da saúde, tudo “Ah! Mas gente do céu... ah!” (...). Renovar todos os contratos e convênios realizados (...) o secretário recebeu do prefeito uma meta de redução de valores de contratos (...) queria trabalhar com o melhor preço. No momento a impressão que tinha era isso, mas isso era a intenção (...) na verdade esse secretário não era o secretário do grupo do prefeito e que ele foi fechando, dificultando a gestão do (...) para que ele pedisse para sair (...) para entrar outro secretário dele. E foi isso que aconteceu (...) foi sofrendo pressão até (...) que no final saiu. Teve muitas brigas (...) presenciei, ajudei a brigar (...) ele resistiu bravamente ao grupo de lá (...) ele não obedecia. Cada vez que o prefeito vinha, o prefeito reclamava (...) e ele falava para a gente nas nossas reuniões: “Vamos enrolando (...) enquanto der, porque ele não entende o trabalho da saúde” (...). Então ele fazia a pressão (...) tirou insalubridade das pessoas (...) (E3).

No período de janeiro de 2005 a outubro de 2012, foram nomeados dez secretários para a pasta da saúde¹⁸. Com a exceção de apenas três secretários, nenhum outro permaneceu no cargo por mais de nove meses (Figura 2). Importante considerar que essas trocas constantes de secretários na área da saúde incidem na estabilidade política institucional e consequentemente interferem na condução dos processos do planejamento em saúde, como ocorreu no período em que se deu a formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, quando houve a troca do 6º para o 7º secretário (SMS, 2010).

¹⁸ **1º SMS** - Em **03/01/2005** (Ato GP nº 010/05) foi nomeado Aray Carlos Fonseca Filho, médico, exonerado em 14/10/2005, permanecendo no cargo por um período de nove meses e onze dias; **2º SMS** - em **14/10/2005** (Ato GP nº 727/05) nomeada Eugênia Carvalho Callejas, enfermeira, exonerada em 23/01/2006, permanecendo no cargo por um período de três meses e nove dias; **3º SMS** - Em **23/01/2006** (Ato GP nº 008/06) – nomeado Elias Nogueira Peres, médico, exonerado em 07/08/2006, permanecendo no cargo por um período de seis meses e quinze dias; **4º SMS** - Em **08/08/2006** (Ato GP nº 394/06) nomeado Olete Benedito Ventura, médico, exonerado em 21/03/2007, permanecendo no cargo por um período de sete meses e treze dias; **5º SMS** - Em **21/03/2007** (Ato GP nº 130/07) nomeado Guilherme Antônio Maluf, médico, exonerado em 14/01/2008, permanecendo no cargo por um período de nove meses e vinte e quatro dias; **6º SMS** - Em **14/01/2008** (Ato GP nº 008/2008) nomeado Luiz Antônio Vitório Soares, advogado, exonerado em 14/12/2009, permanecendo no cargo por um período de um ano e onze meses; **7º SMS** - Em **14/12/2009** (Ato GP nº 866/2009) nomeado Maurélio de Lima Batista Ribeiro, médico, exonerado em 25/03/2011, permanecendo no cargo por um período de um ano, três meses e onze dias; **8º SMS** - Em **25/03/2011** (Ato GP nº 268/2011) nomeado Antônio Pires Barbosa, médico, exonerado em 12/09/2011, permanecendo no cargo por um período de cinco meses e dezoito dias; **9º SMS** - Em **12/09/2011** (Ato GP nº 814/2011) – Nomeado Lamartine Godoy Neto, advogado, permanecendo no cargo por um período de um ano, um mês e dois dias; **10º SMS** - Em 16/10/2012 (Ato GP nº 987/2012) nomeado Huarck Douglas Correia, médico.

Figura 2- Linha do tempo de gestão (em ano e mês) dos Secretários Municipais de Saúde, nomeados no período de janeiro de 2005 a outubro de 2012.



A SMS, através do setor de planejamento, atuando na perspectiva gerencial, desenvolveu, juntamente com todos os setores da secretaria proposta de nova estrutura organizacional para a SMS, em 2005, a qual foi aprovada pelo colegiado de diretores, e por diversas vezes, discutida, revisada e atualizada, sendo apresentada ao prefeito, sem sucesso, na viabilização de sua totalidade (DOC. 09).

O desenho organizacional da SMS resultante da análise de Campos (2009, p.102) apresenta uma estrutura compatível com a de uma organização de grande porte, demonstrando em sua organização de trabalho três partes nas linhas da tecnoestrutura e uma na de Assessoria de Apoio:

1. *Nível Estratégico* onde se encontram a direção superior, a execução programática (secretário, CMS, secretários adjuntos, diretorias) e a Ouvidoria do SUS;
2. *Nível Tático* onde se encontram as coordenadorias (coordenadores, gerentes de programa especiais);
3. *Nível Operacional* onde se encontram as gerências de unidades de saúde, de nível central e protocolo central;
4. Assessoramento de Apoio Superior onde se encontram as assessorias (auditoria, comunicação, jurídica, planejamento, entre outras).

Esta estrutura organizacional, segundo Calhao (2008, p.110) tem características de uma administração tradicional, com ênfase na centralização das decisões e mecanismos rígidos de controle, semelhante à burocracia mecanizada, percebida na convivência das burocracias profissionais, com foco nas tarefas e na divisão de trabalho, parecendo desconsiderar a vida organizacional, em sua dinâmica, dada pela interação pessoa-trabalho-ambiente. Essa percepção também se apresentou em algumas entrevistas como segue:

O relacionamento institucional era da assessora com os diretores e secretários (...) a equipe em si era mais com o nível de gerentes e as equipes técnicas de cada diretoria (...) alguns tinham mais aceitação com o processo de planejamento (...) dependia muito de quem estava na frente (...) (E1).

Outra coisa (...) a rotina, ela interfere mesmo em todo o processo, nós chegamos a elaborar uma proposta para a estrutura organizacional e outros processos de melhorias da rotina e isso não avançou, as trocas de vários gestores, acho, isso não foi priorizado para implantação, não avançou na secretaria de saúde (...) (GF- E1).

A SMS dispunha de um quadro de recursos humanos composto por 5.758 servidores, dos quais 54,1% eram prestadores de serviços, 1,8% ocupavam cargos comissionados e apenas 39,3% eram efetivados por concurso público, conforme determina a legislação para admissão em serviços públicos. Cabe destacar que o número dos servidores com contratos temporários ultrapassa o de servidores admitidos mediante concurso público, o que coloca a SMS em situação de fragilidade na implementação de processos de trabalhos e irregular no que tange à legislação de contratos temporários na saúde pública (SMS, 2010 b).

(...) acho que a gente sofreu muito nesse período pela descontinuidade, trocas de chefias, então, o que acontecia os técnicos que eram capacitados, tinha período que iam outros no lugar deles, ou muitas vezes saíam e levavam o conhecimento, os novos entravam do zero e eram muitas as trocas em um período (...) isso prejudicou bastante (...) (GF-E4).

(...) quando a gente começou tinha pessoas que estavam num nível técnico muito mais avançado que outro (...) níveis técnicos diferenciados (...) (GF-E8).

Nos órgãos de decisão colegiada do SUS em Cuiabá, além do “colegiado de diretores” que a partir de 2000 vem atuando como medida de fortalecimento da gestão dos secretários municipais de saúde na tomada de decisão, encontram-se, também, instituídos a Conferência e o Conselho Municipal de Saúde conforme as prerrogativas legais.

Na estrutura do CMS foi criada a Secretaria Executiva e a Ouvidoria do SUS¹⁹. Como elo entre as unidades de saúde, comunidade e Conselho, tem-se estimulado, desde 1994, a criação e funcionamento dos Conselhos Gestores Locais, ou Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, como mecanismo de fomento à participação comunitária na gestão das unidades de saúde, democratização dos debates e participação na definição das soluções de problemas de saúde a nível local e no âmbito do município, através da atuação dos conselheiros. Atualmente o CMS conta com a atuação de quarenta e sete Conselhos Gestores Local de Saúde (SMS, 2010 b).

Em Cuiabá, as conferências de saúde seguem calendário próprio, de dois em dois anos, sendo a primeira ocorrida em 1993 (Spinelli, *et al.*, 2008). Cada conferência é precedida das pré-conferências em todas as regionais de saúde, envolvendo, além dos serviços locais de saúde, representantes de todos os setores organizados da sociedade civil e governamental o que pode contribuir para a formação de um tecido social de reflexão, negociação, conflitos e

¹⁹ Criado pela Lei nº 2820/1990, modificada pela Lei nº 094/1993, estabelecendo 20 representações no pleno.

de formação de interesses divergentes, imprimindo sentido e significado a um grupo ou movimentos sociais de protagonistas da história no sistema de saúde no município (Müller Neto *et al.*, 2006).

(...) no contexto de crises e sucessivas mudanças de gestores (...) os processos de luta e resistência dos profissionais da saúde e das instâncias de controle social indicam algum grau de organização que se opõem e tencionam o modelo dominante adotado pela gestão. Há diferentes iniciativas e movimentos pela superação da deficiência quantitativa de serviços por parte da Ouvidoria, do Ministério Público, da Câmara de Vereadores e da própria gestão municipal (...) como forma de aumentar a participação direta da Secretaria de Estado da Saúde na prestação de serviços (...). (Spinelli, *et al.*, 2008, p.114).

Pesquisas como a de Müller Neto *et al.* (2006) e de Spinelli, *et al.* (2008), têm demonstrado que os CMS vêm exercendo uma função histórica na construção do SUS, como um espaço de lutas em defesa do SUS, avanços na democratização da gestão e pelo direito à saúde da população.

4.1.4- O Planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

O processo de planejamento em saúde no município de Cuiabá é anterior ao SUS. Desde a instituição do SUDS (1986-1988), a SMS apresenta práticas estruturadas de planejamento, evidenciadas nos instrumentos da reorganização do sistema de saúde no município, pautado no modelo de distritos sanitários, baseadas nos princípios da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde. Encontram-se também nas programações de metas nas unidades locais de saúde, programações de metas anuais e programações orçamentárias (Müller-Neto, *et al.*, 2006; Spinelli, *et al.*, 2008).

Mais recentemente, práticas estruturadas de planejamento encontram-se evidenciadas na elaboração dos planos municipais de saúde, a partir de 1999, nos planos anuais de trabalho, a partir de 2002, nos planos operacionais elaborados nas unidades de saúde, LOAS, relatórios de gestão, relatórios de avaliações de resultados trimestrais e de não conformidades (mensais). Tais práticas foram organizadas e realizadas através de oficinas de elaboração de planos, reuniões para estabelecimento do pacto da saúde, seminários de avaliação dos planos operacionais, entre outras atividades (SMS, 1999; 2002; 2005; 2010; 2010 a; 2010 b; 2012; 2012 a).

Considerando a abordagem de Vilasbôas (2006, p.20), sobre as diferentes formas de organização das práticas de planejamento, pode se considerar presentes nos projetos setoriais e nos níveis locais de saúde, praticas de planejamento de formato não estruturado, baseadas nos saberes operantes e práticos dos profissionais de saúde, como o percebido por Calhao (2008), em relação à tomada de decisão para a gestão de uma condição crônica nas unidades de saúde em Cuiabá, manifestadas em situações de oportunidades ou de crises e nem sempre conectadas aos instrumentos formais do planejamento.

O planejamento na SMS, até o final da década 90, exercia a função de coordenação agregando serviços e setores como tecnologia da informação, sistemas de informações de saúde, banco de dados do Ministério da Saúde (SIM, SINASC, SIA, SIH, SIAB), controle, avaliação, contratos, convênios e até regulação dos serviços de saúde (SMS, 1999).

A partir de 2001, o planejamento oscilou entre a função de diretoria, ou de assessoria, a depender do entendimento dos gestores e da capacidade de articulação e construção de alianças, na conquista dos projetos políticos para o setor.

Com o processo de fortalecimento e organização dos sistemas de referência e regulação, articulado entre SES e SMS (Mato Grosso, 2002), as funções de controle, avaliação e regulação desvincularam-se do planejamento. Posteriormente, com o fortalecimento da vigilância em saúde e da atenção básica acontece o repasse do gerenciamento das informações de agravos e eventos vitais e, por último, em 2010, por decisões políticas do poder executivo, acontece o remanejamento dos serviços de tecnologia da informação, primeiramente para o setor administrativo da SMS e, logo após, para o setor de tecnologia da informação, na Prefeitura.

(...) o Vice foi para Prefeito (...) e aí ele já mandou uma equipe para olhar a estrutura (...) o grupo do prefeito entendeu que o planejamento não tinha que ser assessoria (...) tinha que ser coordenadoria (...) nós fizemos toda uma defesa (...) mostrando que o planejamento indo para o nível tático ele perderia totalmente o caráter de assessoria, de auxiliar na gestão, de produzir informações, enfim essas coisas todas que ele pode fazer no nível estratégico (...) e que a gente achava que ele não tinha que ser diretoria. Tinha que ser mais do que isso, porque diretor é você estar subjugada a um adjunto e que a gente tinha que estar ligado direto ao Secretário (...) vencemos (...) de diretoria para assessoria (...) (E3).

O Prefeito (...) centralizar as coisas na Prefeitura (...) com o discurso ferrenho de que a Saúde não podia ser mais assim à parte (...) ele queria participar. Então ele centralizou (...) nosso setor de informação, nossos sistemas, nossa coordenação de TI e levou para Prefeitura, com os provedores, com tudo lá (...) ele controla tudo isso (...) (E3).

Esta observação reforça a análise do planejamento da SMS feita por Campos (2009, p.

104), segundo a qual, este atua na linha de autoridade da macro gestão (nível estratégico), com técnicos organizados para as atividades relacionadas à informação, planejamento, gestão e orçamentação. Em sua análise, o setor de planejamento da secretaria possui características dos setores relacionados àquelas previstas nas linhas da estrutura organizacional da tecnoestrutura e assessoria de apoio²⁰, pois ao pertencer ao nível estratégico da organização, acumula tarefas de mando, relacionadas a sistemas e métodos (que padronizam os processos de trabalho) e de assessoria, preparando, através do planejamento estratégico, a organização, para enfrentar as transformações e mudanças presentes no mundo moderno.

No entanto, concorda com Calhao (2008, p.110), quando ela afirma que o desenho organizacional da SMS tem características de uma administração tradicional, possuidora de mecanismos rígidos de controle, misturado com uma burocracia mecanizada profissional. Para Campos (2009, p. 105) isso dificulta as definições das prioridades, por parte do planejamento participativo na organização. Com isso, o planejamento do sistema de saúde do município, ao longo da sua historia, tem incorporado os instrumentos de planejamento como um meio de atender as normas operativas do SUS, cumpridas de forma burocrática (Spinelli, *et al.*, 2008).

Em 2001, o setor de planejamento, sob uma nova gestão na SMS (esse mesmo secretário volta a assumir a SMS em 2008), percebendo possibilidades no cenário político, participa da formulação da *agenda política* da SMS, correspondendo à lista de problemas que seriam considerados e trabalhados nos processos decisórios. Utilizando a “janela de oportunidade”²¹ (Kingdon), organiza e conduz uma oficina de planejamento, denominada “Avançando o SUS” (DOC.07), para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2002-2005, com a participação dos gestores dos três níveis de comando da SMS (estratégico, tático e operacional), técnicos e representantes do CMS e, assim, assume o desafio de romper com o planejamento normativo institucionalizado, caminhando na direção da construção do planejamento como processo social, realizado por diferentes atores implicados na realidade de saúde do município.

²⁰ Segundo Mintzberg (2006), Tecnoestrutura (composto por planejamento estratégico, treinamento pessoal, pesquisas, estudos de produção, pessoal, escritório, controle, composto de analistas, com autoridade para “auxiliá-los” através do uso de técnicas para tornar mais eficaz o trabalho de outras partes da organização) e Assessoria de Apoio (consultoria jurídica, relações públicas, folha de pagamento (...)).

²¹ “Janelas de oportunidades” (*policy windows*) corresponde a um conjunto de condições favoráveis, possibilitando a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes (Baptista, 2011).

Em 2002, a equipe responsável pelo planejamento provoca um movimento junto ao colegiado de diretores da SMS, apontando fragilidade da gestão, em função do uso incipiente de métodos e técnicas de planejamento, argumentando acerca da necessidade de melhoria nos processos de setor. Este movimento culminou com a contratação de uma consultoria, após ampla pesquisa no mercado do município. Já com orientação da consultoria, foram realizadas oficinas de planejamento, para revisão e atualização do Plano Municipal de Saúde 2002-2005 (DOC. 06), utilizando o enfoque metodológico baseado no sistema de Gerenciamento pelas Diretrizes²², método PDCA²³. A partir desse ano, contando com cenário institucional favorável às atividades conduzidas pelo grupo de planejamento, acontecem capacitações com gestores e técnicos em serviço, como multiplicadores em seus setores e unidades de trabalho, oficinas de elaboração dos planos de trabalho anuais (módulos operacionais), desenvolvimento do sistema de acompanhamento e avaliação dos planos de trabalho, acompanhamento das metas e ações planejadas, realização de seminários de avaliação de resultados e oficinas para realização da auto avaliação da gestão²⁴ (SMS, 2010 b).

(...) em 2000 já tinham iniciado uma revisão do que foi feito nas Águas Quentes, que levantou problemas (...) lembro que eu assustei quando li em um dos resumos dos resultados dessa oficina que tinha uns 35 objetivos (...) a gente começou a pensar (...) e depois teve a contratação da consultoria (...) e a gente revisou e saiu de não sei quantos objetivos estratégicos, para dois objetivos estratégicos e umas 15 medidas (...) esse encontro nas Águas Quentes (...) foram feitos grupos de estudo lá para rever, fazer nova proposta, que foi aprimorando (...) até o relatório de gestão (...) não tinha um processo estruturado (...) uma metodologia cada um fazia o seu né? E isso também foi melhorando (...) (GF-E2).

(...) quero destacar a nossa persistência no processo, a gente acreditava, começamos a fazer as oficinas com a consultoria (...) tinha também o Gespública programa da

²² Gerenciamento pelas Diretrizes (Falconi, 1996, p.32), “(...) é um sistema voltado para atingir metas que não podem ser atingidas pelo gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia; para resolver problemas crônicos e difíceis da organização (...); para resolver problemas importantes e desafiantes que aparecem pela necessidade de sobrevivência da organização”. “Sistema de gestão que conduz o estabelecimento e a execução do plano anual, com metas que são o ponto de partida concreto para o gerenciamento pelas diretrizes”. Diretriz é igual uma meta acompanhada das medidas (ações) necessárias para atingi-las.

²³ Método Gerenciamento de Processo onde o P- Estabelecimento das diretrizes; D- Execução das medidas; C- Verificação dos resultados e do grau de avanço das medidas e; A- Reflexão (acompanhamento e análises) (Falconi, 1996, p.36).

²⁴ Auto avaliação da gestão pública, realizada tendo por referência o modelo de excelência em gestão pública, os conceitos e fundamentos preconizados pelo GES PÚBLICA (Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização) do Ministério do Planejamento e Gestão, 2005.

qualidade da gestão pública, que nos ajudou muito, foi muito importante no processo, a gente aderiu ao Gespública e fazia auto avaliação da gestão todo ano (...) onde a gente mais pontuava eram os critérios estratégicos e planos, por causa desse nosso processo que a gente desencadeou na secretaria (...) (GF-E1).

A partir de 2005, com uma conjuntura política no município não mais favorável ao desenvolvimento da política de saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS, as pressões dos grupos de interesses da rede privada (hospitais e serviços complementares ao SUS), as sucessivas trocas de secretários e demais gestores nos diferentes níveis da organização, as interferências político partidárias nos processos de trabalho (tanto no nível de condução quanto no nível operacional), outras prioridades passam a fazer parte da agenda política do governo municipal, alterando o “clima”²⁵ anterior da saúde no município. Apesar dessa conjuntura desfavorável, percebe-se que o planejamento da SMS consegue manter-se na condução do processo, assegurando na gestão a permanência de membros da própria equipe e técnicos comprometidos, que ofereceram resistências e estimularam a manutenção do mínimo das propostas iniciais do planejamento participativo.

(...) persistência, a equipe da Asplan tinha (...) essa característica em conduzir o processo do planejamento (...) permanência de uma proposta feita por nós dentro da secretaria alguns anos atrás (...) 2001, por aí, quando a gente começou (...) é importante mostrar que independentes dos gestores, não sei quantos foram até hoje (...) independente (...) a equipe tinha ainda esse desejo (...) (GF-E7)

No entanto, os processos e os produtos do trabalho desenvolvidos na área de planejamento já não eram considerados prioridades na agenda política (DOC. 09; DOC. 10). As oficinas para a elaboração do plano municipal de saúde 2006-2009 e seus respectivos planos anuais de trabalho foram realizadas com menor participação e envolvimento dos gestores e técnicos das diversas áreas, aumentou a rotatividade dos profissionais no setor saúde (não concursados) e surgiram embates em relação ao sistema de gerenciamento adotado. O setor de planejamento passou a não dispor mais da consultoria, a sistemática de acompanhamento e avaliação gradativamente deixou de acontecer, passando a ser pontual e fragmentada, apesar das diversas estratégias adotadas pelo grupo remanescente na área de planejamento visando assegurar sua manutenção (SMS, 2010 b).

²⁵ Expressão subsidiária da noção de “Clima nacional” (Kingdon) referida como um dos elementos propiciadores para que um dado assunto entre na agenda do governo; conjuntura política favorável, situação em que as pessoas, por um determinado período de tempo, compartilham as mesmas questões (Baptista, 2011).

(...) Acho que o período que a gente mais avançou foi aquele lá no Currupira, (...) em Tangará (...) quando a gente utilizou quase todos os instrumentos, aplicou toda uma metodologia, consegui fazer um acompanhamento, uma avaliação, conseguiu envolver todas as diretorias (...) foi o auge do processo de planejamento nesse período (...) (GF-E5).

(...) a gente estava avaliando o plano de 2009, revendo, redefinindo as prioridades, era gestão do Maluf, era o então secretário (...) (GF-E2).

Nessa arena de tensões, onde se apresentam resistências da gestão à implementação de estratégias e projetos que conduzissem a maiores avanços na construção do SUS (Spinelli, *et al.*, 2008), o setor (grupo) de planejamento, apesar do sentimento de estagnação, trava sucessivos embates com cada novo secretário e seus respectivos gestores, em defesa dos seus propósitos, agora com mais ênfase de manutenção das conquistas já obtidas no período anterior. Conseguiram assim a adoção de medidas que poderiam refletir na melhoria de seus processos e produtos, como o remanejamento do setor de orçamento, até então desvinculado do planejamento e historicamente “atrelado” ao setor responsável pela administração financeira (2012 a).

Esse período foi marcado também, por momentos internos de reflexões e revisões dos processos de trabalhos (DOC. 06; DOC. 07; DOC. 09), busca por novos conhecimentos, através da participação de vários técnicos em cursos de qualificação, como mestrado, inserção na equipe nacional de elaboração do PlanejaSUS, colaboração extra institucional, junto à SES e universidades (em capacitações de planejamento, recebimento de alunos para estágios e fornecimento de informações relacionadas às experiências do setor) e construção de alianças internas (setores como CMS, vigilância em saúde, atenção secundária, saúde bucal, regulação entre outros).

(...) a gente lá na Asplan fez uma avaliação de todos os planos já elaborados (...) isso contribuiu para ir melhorando o processo, os instrumentos. Outra coisa (...) rotina, ela interfere mesmo em todo o processo, nós chegamos a elaborar uma proposta para a estrutura organizacional e outros processos de melhorias da rotina e isso não avançou, as trocas de vários gestores, acho, isso não foi priorizado para implantação, não avançou na secretaria de saúde (...) (GF-E1)

Mesmo com as intempéries, mesmo com todos os “nãos” (...) foi o mais difícil (...) com a mudança de gestores (...) realmente não teve muito respaldo dos gestores (...) esse é o maior produto que a gente tem e o mais importante também (...) a permanência desse processo (...) eu sempre me sinto motivada a fazer planejamento (...) a própria equipe (...) um motivando o outro (...) mas acho que agente que já vinha no processo, mesmo com a situação que estávamos passando, a gente acreditava (...)

foi um momento muito difícil e então a gente se motivava um ao outro. A equipe toda se motivava (...) (GF-E2).

Exatamente nesse contexto aconteceu o processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, objeto de descrição e análise a seguir.

4.2 - PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Analisando o processo de formulação do PMS, objeto central desta pesquisa, foi construído um diagrama denominado “linha do tempo” (figura 4), buscando articular o conjunto dos processos em seus respectivos tempos e movimentos, contemplando dois momentos articulados entre si: a *formulação da política ou da agenda estratégica* (composta da identificação dos problemas prioritários e suas alternativas de solução) e da *elaboração do plano de saúde* propriamente dito (composto de análise situacional, definição de objetivos e das estratégias de intervenção).

Segundo o modelo teórico adotado, é possível conceber os *momentos no processo do planejamento*, como complexos e interativos (Kingdon, 1984), envolvendo múltiplos atores, que identificam problemas e elaboram soluções. Nessa perspectiva, tratamos a seguir de mapear os atores envolvidos em cada um desses momentos, descrever as bases conceituais e metodológicas adotadas no processo de elaboração do PMS e as formas de organização desse processo. Cabe destacar que a descrição desses elementos (atores, metodologia e organização), por vezes se interpenetram, em decorrência do entrelaçamento que ocorre na realidade dinâmica, imprecisa e por vezes caótica, vivenciada no cotidiano da SMS de Cuiabá.

4.2.1- Atores envolvidos

A partir da análise documental (DOC. 08; DOC. 11; DOC. 16; DOC. 17) e das entrevistas, os atores que participaram do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, desde a organização (abril de 2009), até a aprovação do documento final (abril de 2010) foram identificados, mapeados e categorizados (Figura 3) em *atores governamentais* e *não governamentais*, procurando-se demonstrar suas posições (aliados, oponentes ou indiferentes) em relação às proposições do *ator central*, ou seja, a equipe do planejamento da

SMS, responsável pela condução do processo.

A Asplan da Secretaria é a base (...) uma equipe de planejamento forte, tecnicamente estruturada, ela consegue segurar as linhas da Secretaria de Saúde (...) tem a função, a habilidade de conduzir e de convencer o gestor (...) um Plano (...) acredito que a gente tenha muitos bons técnicos dentro da nossa assessoria de planejamento (E2).

Entre os *aliados*, distinguiram-se os que efetivamente prestaram “*apoio político real*” participando efetivamente da elaboração do plano daqueles que apresentaram apenas “*discursos*” sem alternativas de proposições. Do mesmo modo, entre os participantes, foram identificados os que expressaram posições *desfavoráveis* ao processo de elaboração do plano e os *indiferentes* às propostas apresentadas pelo ator central.

O início do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 ocorreu na gestão de um Secretário (ver Figura 2 e 4) que, em outro contexto político institucional já havia assumido a SMS, ocasião em que implementou o processo participativo na elaboração dos planos de saúde (DOC. 09), conforme discussões anteriores.

Deflagrando o processo a equipe do planejamento apresentou ao Colegiado de diretores, membros do *staff* da Secretaria, considerados aqui como atores governamentais, a proposta metodológica para a construção do plano, consubstanciado em análises e reflexões dos processos e produtos do planejamento realizado nos anos (DOC. 06; DOC. 07; DOC. 09).

(...) a gente lá na Asplan fez uma avaliação de todos os planos já elaborados (...) e isso contribuiu para ir melhorando o processo, os instrumentos (...) (GF- E1).

No momento da discussão da proposta apresentada pelo grupo de planejamento, membros do Colegiado de diretores manifestaram posicionamento desfavorável ao planejamento. Importante lembrar que nesse período, conforme já abordado, havia forte pressão política por parte dos representantes do setor privado, como hospitais e serviços contratados, assim como a mídia local que veiculava críticas à gestão da saúde no município.

(...) era um cenário difícil (...) primeiro por conta de que não havia por parte da gestão uma priorização desse trabalho, eles não sentiam muita necessidade do plano, inclusive não queriam que fizesse oficina... Queria que o planejamento sentasse e elaborasse, porque ninguém tinha tempo, essa conversa (...) de não ter tempo (...) (E3).

(...) tinha resistência, tanto que fizemos acho que quatro programações (...) resistência por conta do método acho (...) até que aceitaram o que a gente tinha por último proposto, na programação, não fazendo primeiro as oficinas amplas para o levantamento de problemas, mas por setor, por área (...) falavam que era método empresarial (...) mas eu acho que tinham resistência pelo planejar (...) (E 1e 3).

(...) a gente tem questionado isso e é até discutido em rodas, se realmente planejar é interesse do gestor, porque o que a gente nota em todo esse processo (...) então a gente precisa fazer essa avaliação, se nossos gestores realmente, se eles entendem que o planejamento é algo que vai ser bom para Secretaria de Saúde (...) resistência com o planejamento (...) (GF -E8).

Na proposta preliminar, o grupo do planejamento apresentava proposta de ampliação de participantes em determinadas etapas do processo, avançando em relação aos anos anteriores, envolvendo outros atores implicados no desenvolvimento da política de saúde municipal, como representantes das Secretarias de Educação, Assistência Social e Desenvolvimento Humano, Infra Estrutura e Meio Ambiente, Transporte Urbano; representantes da comunidade como Conselhos Gestores Locais e representantes dos setores de fornecimento de serviços complementares e avançando em relação aos anos anteriores, na formulação do plano de saúde de forma participativa (DOC. 08; DOC. 11).

Houve resistência do Secretário Municipal de Saúde (...) que não precisava fazer todo aquele movimento, as oficinas (...) para elaborar esse plano, bastava atualizar o anterior (...) ele estava com resistência em fazer o processo do planejamento como antes [na sua gestão anterior] (...) acho que ele nessa segunda gestão se decepcionou com todo o processo que foi meio desmontado, porque você lembra que foi com ele que a gente começou esse processo do planejamento, quando ele foi Secretário, que contratou a consultoria (...) acho que esse era o grande problema porque ele voltou em outra época, era outro cenário (...) até que primeiro começou com a gente propondo recontratar a consultoria, que veio apresentar os métodos que ela trabalhava na reunião com a ASPLAN lá no auditório (...) e aí teve aquela discussão, aqueles questionamentos do (...), aquela confusão, que ele não acreditava em método gerencial (...) ele já era (...) da atenção básica (...) acho que foi daí que o Secretário foi criando resistência (...) (E 1e 3).

Os membros do Colegiado de diretores, que manifestaram posição desfavorável à proposta de ampliação de participantes no processo, foram, segundo os entrevistados, o Secretário, os profissionais do SUS e os dirigentes que ocupavam cargos de confiança ou de direção, mais localizados na coordenação da Atenção Básica, no setor administrativo e na direção do Pronto Socorro e Hospital Municipal. Entendendo a resistência, a equipe de planejamento elaborou estratégias de enfrentamento desse impasse em defesa de seus propósitos.

Nesse sentido, o planejamento da SMS buscou apoio externo à instituição, através do envolvimento de uma profissional da SES que havia recém concluído pesquisa de mestrado, onde analisava uma situação da gestão na SMS (Calhao, 2008), sendo considerada naquele momento uma aliada, prestando, portanto “*apoio político real*” no processo do planejamento na SMS.

Foi logo que eu retornei (...) era no colegiado de diretores, ainda estavam decidindo, discutindo (...) era da Atenção básica (...), do Pronto Socorro (...), da área meio, do administrativo, tanto que a gente chamou a (...) Calhao, que tinha terminado o mestrado, ela veio ajudar nessa fase como representante da SES, veio ajudar a equipe da ASPLAN a discutir no colegiado, a viabilizar esse processo (...) eu lembro, cheguei a participar, fizemos uma oficina só com os diretores, ela mostrou os resultados da dissertação dela, mostrando os resultados da pesquisa, que era com relação à gestão da SMS, em uma condição crônica (...) daí mostrou que não eram problemas de método mas de gestão (...) que foi reflexiva e o ponto de partida, que eles então chegaram em consenso no colegiado, na programação com a proposta (...) (E 1e3).

(...) a gente fez todo um trabalho de sensibilização dos próprios diretores (...) eu participei (...) perguntava assim: porque é importante planejar? E aí eu lembro (...) mostrando que planejamento além de ser uma prática social é uma ferramenta de gestão (...) então a gente sensibilizou os diretores, o Secretário não estava (...) (E3).

Após encontro com os diretores para apresentação e discussões dos resultados da pesquisa, demonstrando questões pertinentes à gestão do sistema de saúde no município e debates sobre o processo de planejamento, a equipe de condução elaborou os ajustes necessários à proposta e às programações das oficinas, tornando possível o início do processo de elaboração do plano.

Os maiores ajustes foram na redução dos participantes nas oficinas, como a não ampliação da participação aos setores externos, porém, garantindo a ampliação de participantes internos da SMS, especialmente no “momento explicativo”, onde os problemas foram levantados por cada setor, em cada diretoria, sob a orientação da equipe de planejamento. Nesse movimento foi possível ampliar a participação de *atores invisíveis* (os técnicos e demais profissionais das unidades ou setores de cada diretoria), os quais participaram de forma indireta no processo de formulação do plano, influenciando na definição de alternativas da agenda estratégica.

(...) dessa sensibilização nós conseguimos fazer algumas oficinas por diretoria levantando problema com gestores (...) a gente sintetizava e chamava a diretoria com sua coordenação, com seus supervisores e tal, em oficinas e fazia a priorização do problema (...) fazendo esse movimento, para fora, externo com as diretorias (...) (E3).

Esses *atores governamentais* (diretores, coordenadores, gerentes, supervisores, técnicos e outras categorias de trabalhadores da saúde), que atuavam nas diretorias, coordenadorias e gerências de unidades de saúde, participaram tanto no momento da seleção e priorização dos problemas, como na formulação estratégica, através de representações, que manifestaram posições, em sua grande maioria, de forma semelhante aos gestores de suas respectivas áreas. Participantes que representaram as áreas da vigilância em saúde, saúde

bucal, atenção secundária, regulação e alguns profissionais efetivos que atuavam nas diversas áreas da SMS foram identificados pelo “*apoio político real*” no processo do planejamento na SMS conforme demonstrado nas entrevistas.

(...) os aliados (...) o grupo da vigilância, da saúde bucal, da atenção secundária, alguns da regulação, a equipe de condução do Gespública, do CMS, os técnicos efetivos da SMS (...). Tinha também os neutros, os que ficavam nas oficinas como espectadores, os que permaneciam calados (...) alguns cargos e técnicos da regulação, da área meio, do administrativo (...). Resistências (...) individual, como do (...) lá na oficina, bem individual (...) (E1 e E2).

(...) por área de diretoria, e depois com a indicação de representantes de cada área nós fizemos a parte aonde a gente retomou com os problemas já priorizados (...) trabalhamos em plenária, lá na Escola de Saúde Pública (...) daí fez a oficina validando a identidade da instituição, (...) acho que tinha umas 80 pessoas (...) diretorias, coordenadores, gerentes, representantes das equipes técnicas (...) (E 1 e E3).

O Conselho Municipal de Saúde, a Ouvidoria do SUS (vinculada ao Conselho) e a Conferência Municipal de Saúde foram considerados na categoria de *ator não governamental*, por representarem grupos de pressão ou mobilização de interesses de segmentos sociais, e por exercerem a função primordial de controle social constituído no setor saúde. Além de, historicamente, no seu sentido de formação, constituírem um canal de expressão da sociedade, um espaço de participação social e de democratização das políticas de saúde no âmbito do município de Cuiabá.

Assim, os representantes do Conselho Municipal de Saúde participaram desse processo, como *atores não governamentais* e foram identificados pelo “*apoio político real*”, diretamente, através da participação de todos os conselheiros na elaboração da análise situacional, quando foi realizada a construção do cenário provável para a implementação da política a ser formulada e na participação dos representantes nas oficinas de formulação do plano. Indiretamente, através das deliberações das conferências distritais e da VIII Conferência Municipal de Saúde.

(...). Fizemos um cenário também com o Conselho Municipal de Saúde, onde os conselheiros levantaram a partir da visão deles quais eram as forças, as fraquezas, as ameaças, as oportunidades que a secretaria enfrentaria. E a gente levou para o grupo então, de definição de objetivos e metas, quer dizer de definição de tudo, inclusive de missão, valores, visão e tal. Nós levamos esse material sintetizado (...). Então foi o momento que a gente construiu o que a gente ia levar pra subsídio, que a gente ia levar para as oficinas de planejamento (...) (E3).

Conforme considerações de Müller-Neto *et al.*(2006) e Spinelli *et al.*(2008), as conferências de saúde se traduziam em fóruns que se conformavam em espaços de formação

de opiniões e de vontades políticas da população, através de suas representações, colaborando na formulação do plano de saúde.

Segundo os entrevistados, a VIII Conferência Municipal de Saúde ganha um valor a mais nesse processo, por ter sido contemplada praticamente no tempo real da formulação do plano, devido à conjuntura institucional que provocou um desmembramento do processo de formulação (ver Figura 4), e também pelo envolvimento e implicação da equipe de planejamento na coordenação das conferências. Na perspectiva dos entrevistados esses fatores representaram um ganho nesse processo, tanto na contribuição metodológica da equipe de planejamento na organização da Conferência de saúde, principalmente na etapa de levantamento de problemas a ser priorizados, quanto pela oportunidade de utilização das deliberações dessa Conferência na elaboração das ações estratégicas do plano.

Superou-se, assim, a falta de sintonia entre os calendários de realização das conferências e de elaboração dos planos nos anos anteriores, quando pela não coincidência de datas, utilizavam-se na definição da política de saúde municipal, relatórios de conferências passadas²⁶.

(...) Controle social (o conselho) estava organizando a Conferência de Saúde Municipal, acontecendo nas regionais e a diretora [do planejamento] coordenava as duas coisas (...) estava coordenando em nome do Secretário a conferência e ela estava coordenando o processo de elaboração do plano (...) (E 3).

(...) na hora de escolher as ações, tinha um documento novo na plenária, que eram (...) as deliberações da última conferência, então isso ajudou também a incorporar a mais o desejo da população (...). Então eu acho que esse plano (...) acabou tendo esse ganho (...) eu ainda não tive condições de discutir isso, mas a dissertação de meu mestrado mostrou isso, que a escala das prioridades dos problemas acabam não sendo definidas pela população (...) o tempo que a gente faz o Plano Municipal de Saúde não dá, com o tempo da conferência nacional. Eu reparei também, que estudando a conferência municipal que, quando faz dois anos, que não tem conferência nacional, não tem a mesma força que quando bate com o período da conferência nacional (...) tem um “destemper” aí de tempo entre as duas conferências, que acaba interferindo nas prioridades do plano (...) e geralmente são as deliberações daquela conferência [de dois anos atrás] que subsidia o nosso plano e acaba não subsidiando (...) como a sociedade e os problemas são dinâmicos fica desatualizada (...). Esse plano ganha em qualidade de receber mais as deliberações da conferência (...) (GF-E2).

O Plano, ele teve grandes contribuições de ações reivindicadas pelos próprios usuários, trabalhadores e até do governo, através das Conferências (...) ele se

²⁶ Müller-Neto *et al.* (2006, p. 217), aponta o desequilíbrio na relação das Conferências Municipais com a Conferência Nacional de Saúde, como se essas fossem apenas mais uma etapa da nacional, valorizando pouco a agenda política e os interesses dos atores locais.

apropriou das propostas da Conferência (...) que é o marco, que é aonde o usuário vai lá e fala “Não... Olha no meu bairro, na minha região está precisando disso e disso”. Isso foi levado em consideração (...). Eu acredito que houve sim grande contribuição, (...) dos Conselhos Gestores, que os Conselhos Gestores foram convidados pra Conferência (...) não pra elaboração do plano, mas pra Conferência. E daí saíram as propostas. Então a gente tinha esse espaço democrático garantido dentro da Conferência. E já se utilizou o instrumento, que seria o relatório da Conferência pra transformar em ações dentro do plano, acredito que sim, que houve uma contribuição (...). O Conselho (...) conseguiu na medida do possível, contribuir pra formação desse Plano 2010-2013 (...) (E2).

Importante também a posição do Secretário (o que assumiu a SMS já na etapa final do processo de elaboração do plano de ação), após as negociações e convencimentos dos novos gestores, por parte da equipe de planejamento, resultando na participação favorável desse ator nas oficinas de planejamento e desencadeando, conseqüentemente, maior participação dos diretores, coordenadores, gerentes do nível tático e equipes técnicas nessa última fase do processo de formulação.

Refletindo ainda, que o sistema de saúde municipal em Cuiabá teve sua fundamentação numa lógica de expansão pela via do setor privado, segundo Meirelles *et al.* (1991), somado à elevada rotatividade de secretários (Figura 2) em grande maioria médicos empresários da saúde e a elevada contratação e rotatividade de prestadores de serviços na SMS (mais de 50% do total de servidores), poderíamos conjecturar como possível (ou não) que essas condições tiveram implicações no posicionamento dos atores indiferentes ao processo de formulação do plano.

No entanto, muito ocorreu de participação de *atores governamentais*, com destaques à atuação da equipe de planejamento (*ator central*) na condução desse processo, principalmente no enfrentamento das crises e substituições dos secretários e gestores do nível estratégico, na conquista de oportunidades para manter a condução dos movimentos de formulação do plano, criando, mesmo na adversidade, espaços na agenda política da organização, assim como os servidores de carreira e outros profissionais prestadores de serviços, que participaram da construção desde o início, e dos *não governamentais*, destacando a VIII Conferência Municipal de Saúde, com as contribuições das conferências regionais, colaborando assim, com a formulação do plano, onde cada sujeito (coletivo ou individual), com suas posições políticas em relação à saúde, desempenharam papel importante nesse processo.

Figura 3- Mapeamento dos atores participantes e suas posições em relação ao processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013.

Atores	Posição em relação ao processo		
	Aliados	Desfavoráveis	Indiferentes
Governamentais	<p>-Profissionais do SUS e dirigentes contratados ocupando cargos de confiança de secretário, secretário adjunto, diretores, e técnicos da área de Vigilância em Saúde; Atenção Secundária; Controle Avaliação e Regulação e Saúde Bucal;</p> <p>-Comissão da Avaliação da Gestão;</p> <p>- Representante da SES no apoio à formulação do processo;</p> <p>-Servidores efetivos e de carreira (militantes do SUS).</p>	<p>-Profissionais do SUS e dirigentes contratados ocupando cargos de confiança ou de direção mais localizados na Atenção Básica e no Pronto Socorro e Hospital Municipal;</p>	<p>-Profissionais do SUS e contratados ocupando cargos de confiança e técnicos lotados em funções na área administrativa, financeira e em estabelecimentos de assistência à saúde.</p>
Não Governamentais	<p>-Representantes do segmento dos usuários e trabalhadores no CMS;</p> <p>- Ouvidoria do SUS;</p> <p>- Conferência Municipal de saúde.</p>	<p>- Empresários da saúde (influência velada)</p>	-

4.2.2- Bases conceituais e metodológicas

Partindo de avaliações dos processos e produtos anteriores, que eram desenvolvidos mais na perspectiva gerencial (Gerenciamento pelas Diretrizes), a equipe do planejamento da SMS, responsável pela condução do processo de formulação do plano municipal de saúde de Cuiabá, definiu a proposta metodológica²⁷, fundamentando-se nas proposições do PlanejaSUS (Brasil, 2009), e nas sugestões de Artmann (2000), sobre a utilização do planejamento estratégico situacional no nível local, realizando as adaptações necessárias à realidade institucional. (DOC. 06; DOC. 07; DOC. 09).

(...) a gente buscou o PlanejaSUS (...). A gente não recebeu capacitação (...) trouxe os “livrinhos” (...) então a gente estudava (...) (GF-E1).

(...) até o conceito de planejamento de Paim, de processo (...) tudo que pode ser o planejamento (...) a gente se preparou para esse movimento (...) a gente sensibilizou os diretores (...) (E3).

(...) os Planos de 2002-2005 e 2006-2009, eles eram puramente subsidiados pela metodologia do gerenciamento pelas diretrizes de Falconi. Eu nessa época estava afastada para o mestrado (...) voltei para Secretaria em 2009 (...) e a gente já estava na tentativa, avaliando, o grupo estava na tentativa de migrar para o PlanejaSUS, estudando, avaliando alguns conceitos porque o PlanejaSUS, que era diferente do gerenciamento pelas diretrizes (...), focado no pensamento teórico de Carlos Matus, que chama a gente para uma análise situacional, que era diferente, o método nosso anterior não trazia, mas (...) então a gente pensou que mudar tudo de repente seria ruim, a gente resolveu misturar (...) continuou tendo medida, trouxe diretriz que é do PlanejaSUS, incluímos os objetivos específicos (...) identificar, priorizar, hierarquizar problemas, que a gente não priorizava (...) (GF-E2).

(...) foi então depois dessa oficina, desse encontro com os diretores (...) tanto que nós lemos, discutimos um texto da Elizabeth Artmann²⁸ sobre priorização de problemas (...) de fazer o levantamento e priorização de problemas setorializados, por área de diretoria, e depois com a indicação de representantes de cada área nós fizemos a parte aonde a gente retomou com os problemas já priorizados (...) trabalhamos em plenária, lá na Escola de Saúde Pública (...) (E 1e E 3).

²⁷Etapas do processo proposto pelo planejamento: 1ª- Análise Situacional de Saúde; 2ª- Identidade Institucional (missão, visão, valores); 3ª- formulação dos objetivos estratégicos, metas e indicadores; 4ª- formulação das Diretrizes; 5ª- elaboração dos programas e ações no nível tático e operacional (SMS, 2009 c).

²⁸ O texto referido pela entrevistada trata-se do “Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial.” de autoria de Elizabeth Artmann, pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em saúde da ENSP/FIOCRUZ, publicado nos Cadernos da Oficina Social 3, 2000, p. 98-119.

Nesse sentido o processo de formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010- 2013 foi sistematizado, para fins desta análise, em momentos do planejamento estratégico situacional, levando em consideração as circunstâncias em que eles aconteceram (Figura 4).

Importante destacar que esse processo de planejamento é a primeira experiência empírica da SMS em atuar na abordagem de problemas sistematizados de forma estruturada (DOC. 9).

A análise documental (DOC. 11; DOC. 16; DOC. 17) e as entrevistas demonstraram que a **identificação dos problemas**, foi desencadeada no “momento explicativo”, permeando o conjunto dos demais momentos do processo de formulação do plano e seus diferentes contextos situacionais, conforme observado na figura 4.

Os problemas foram primeiramente identificados, descritos e explicados em relação as suas determinações de causalidades pelas diretorias da SMS, em suas respectivas unidades, o que possibilitou o envolvimento dos técnicos e demais profissionais ligados àquele setor, uns mais, outros menos, dependendo do poder de articulação de cada Diretoria. (DOC. 8; DOC 13; DOC. 17).

(...) conseguimos fazer algumas oficinas por diretoria levantando problema com gestores. Então a gente problematizou. Primeiro a gente enviou o material para eles problematizarem. Aí a gente sintetizava e chamava a diretoria com sua coordenação, com seus supervisores e tal, em oficinas e fazia a priorização do problema, com a Matriz de GUT, eles colocavam a pontuação para aquele problema relacionado a urgência, gravidade e tendência. Então, com isso a gente passou uns dois meses (...) fazendo esse movimento, para fora, externo com as diretorias (...) (E3).

Para a realização desse movimento, a equipe do planejamento orientou as diretorias em relação aos conceitos teóricos metodológicos, técnicas e instrumentos a serem utilizados. Procedimento considerado coerente, segundo Matus (1993), com as características do ator que lidera o processo e o conteúdo propositivo, utilizando distintos métodos de planejamento (DOC. 9; DOC. 11).

Eu lembro que na época que a equipe técnica recebeu a orientação lá na Asplan (...) depois reunimos no auditório com os gerentes das 10 clínicas odontológicas, fizemos tempestade de ideias para levantar problemas, discutimos todos eles, depois priorizamos na Matriz de GUT para encaminhar para a diretoria da atenção básica, para agregar aos demais levantados pela atenção básica e depois encaminhar para a Asplan. Nós recebemos a orientação da metodologia e para subsidiar, eu me lembro que era para utilizar as deliberações da Conferência de Saúde, os indicadores de saúde, os relatórios de gestão anteriores (...), né? Seriam os documentos para subsidiar essa

priorização, utilizando essas ferramentas feitas através da orientação da Asplan (...) (GF-E5).

Os problemas foram identificados e priorizados, a partir das múltiplas perspectivas e experiências dos atores convocados pelas diretorias, no nível setorial, demonstrando as particularidades de suas práticas sociais, como uma primeira listagem.

(...) a ideia era também olhar que problemas as áreas estavam entendendo como problema, como ameaça e que soluções a gente teria (...) (E3).

Algumas Diretorias conseguiram avançar nessa etapa com a explicação dos problemas, identificando e priorizando as causas, como as Diretorias de Vigilância em Saúde, Administrativa e Financeira, Tecnologia da Informação, Atenção Básica e Atenção Secundária (DOC. 14). Para o levantamento dos problemas e das causas foi utilizado a técnica *brainstorm*²⁹, ou “tempestade de ideias” e para priorização, uma matriz de análise, que incluía os critérios Gravidade, Urgência e Tendência (Matriz G.U.T.)³⁰ (DOC. 11). Nessa perspectiva, a equipe do planejamento, responsável pela condução do processo, consolidou e mapeou os problemas com as maiores pontuações, totalizando vinte e seis problemas que foram comuns a todas as diretorias (DOC. 13).

Enquanto ocorria o movimento para levantamento dos problemas na perspectiva das Diretorias, a equipe do planejamento elaborou uma **análise de situação de saúde da população**, utilizando série histórica de indicadores de morbidade e mortalidade, dados populacionais, do sistema de serviços de saúde e outras informações como saneamento, educação, renda, segurança e habitação (SMS, 2010). Com isso, objetivava subsidiar a identificação das necessidades de saúde da população e estabelecer alguns parâmetros orientadores da política a ser formulada (DOC. 11).

Esta análise da situação de saúde foi elaborada de forma que foi possível comparar os indicadores de saúde de Cuiabá com outras realidades municipais. Comparou-se a situação de saúde da população cuiabana através de indicadores com tendências favoráveis e

²⁹ *Brainstorm*: técnica de criatividade em grupo, na qual se busca a geração de ideias que, isoladamente ou associadas, estimulam novas ideias e subsídios direcionados à solução de um problema (Brasil, 2005).

³⁰ Matriz de GUT (Técnica de Kepner e Tregoe, 1974): para analisar problemas e suas causas a serem priorizados, a fim de determinar quais ações serão definidas, fundamentado em três perguntas relativas ao futuro: qual a gravidade do desvio, qual a urgência de se eliminar o problema, qual a tendência do desvio e seu potencial de crescimento. Estabelecendo pontuações de 1 a 5 atribuídas à gravidade, à urgência e à tendência (Brasil, 2005).

desfavoráveis em relação à situação de saúde das regionais mato-grossenses e dos indicadores com tendências de crescimento positivo ou negativo em relação à situação de saúde do Brasil, Campo Grande e Mato Grosso. Por último, descreveu-se o sistema de serviços de saúde, focando-se na gestão, prestação de serviços, financiamento e infraestrutura da SMS (SMS, 2010).

(...) a gente inovou trouxe a situação de saúde com indicadores favoráveis, desfavoráveis, com tendência positiva, tendência negativa (...) (GF- E1).

Ainda na análise situacional, a equipe do planejamento realizou uma prospecção de cenários interno (forças e fraquezas), no âmbito da SMS e do município, e externo (oportunidades e ameaças), no âmbito estadual e nacional, a partir da identificação de tendências com base em informações acerca das políticas públicas estruturadas (documentadas) e do levantamento direto junto aos conselheiros municipais de saúde. Com isso, buscava formar uma ideia acerca do conjunto de condições em que se situaria a implementação do plano, tratando, portanto, de guardar certa coerência com as proposições das políticas de saúde no âmbito estadual e nacional (DOC. 5; DOC. 10; DOC.11).

(...) a gente levantou toda análise da situação (...) nós fizemos um movimento muito interessante (...) um cenário (...) a partir de documentos forças e fraquezas, oportunidades e ameaças (...) as metas do milênio (...) o plano nacional, plano estadual, as conferências, (...) o Plano Diretor de Cuiabá, (...) tem mais um grande, qual é? O Plano da Educação e aí (...) colocava em ameaças, algumas coisas forças, conforme o documento ia se apresentando, das coisas que o município tinha, das coisas que estava dando certo, como forças. E as ações, diretrizes como oportunidade, né? O aumento, por exemplo, eu me lembro na Educação, o aumento da evasão, o aumento da violência, das drogas, tudo como ameaças, então a gente fez um cenário a partir de força e fraqueza, ameaça e oportunidades, a partir dos grandes documentos institucionais. (...). Nós fizemos um cenário com o Conselho onde os conselheiros levantaram a partir da visão deles quais eram as forças, as fraquezas, as ameaças, as oportunidades que a secretaria enfrentaria. E a gente levou para o grupo então, de definição de objetivos e metas, quer dizer de definição de tudo (...) foi o momento em que a gente construiu o que a gente ia levar (...) para as oficinas de planejamento (E3).

(...) o cenário a gente fez para ver a tendência. Que tendência positiva a gente teria para futuros financiamentos, futuras instersetorialidades, parcerias (...) a ideia era essa. Fizemos um cenário também com o Conselho Municipal de Saúde, onde os conselheiros levantaram a partir da visão deles quais eram as forças, as fraquezas, as ameaças, as oportunidades que a secretaria enfrentaria (...) para definição de tudo (...) (GF- E2).

A análise situacional, somada aos resultados do primeiro levantamento de problemas, subsidiou um segundo movimento, denominado de “*oficinas para seleção e priorização dos*

problemas” de alcance geral (sistêmico), onde se trabalhou também a apresentação de **alternativas de soluções** (DOC. 11; DOC. 16).

Os produtos dessas oficinas foram analisados pela equipe de planejamento (*ator central*), processo que pode ser comparado ao *exame policêntrico da realidade inicial*³¹ citado por Matus (1993), na medida em que se elaborou uma síntese das análises das Diretorias e se consolidaram os problemas priorizados em três grandes eixos, a saber:

a) Relacionados às condições de saúde da população (envelhecimento populacional; morbimortalidade por agravos e doenças crônicas degenerativas; aumento de transtornos mentais e comportamentais; aumento da violência; mortalidade materna; baixo peso ao nascer);

b) Relacionados à rede de atenção (foco na média e alta complexidade; baixa cobertura de PSF; baixa cobertura de ações de saúde bucal; inexistência de determinadas especialidades médicas; baixa cobertura de exames citopatológicos; insuficiência dos serviços de urgência e emergência; desorganização na rede de atenção; deficiência nos processos de regulação, controle e avaliação; serviços sem resolutividade; deficiências nas ações de vigilância das doenças e agravos; insuficiência na rede terciária; insuficiência de ações de saúde direcionadas ao adolescente e ao homem);

c) Relacionados à gestão (inexistência de política de gestão de pessoas; precarização do trabalho; ineficiência das práticas de comunicação e informação; recursos financeiros insuficientes; modelo de gestão não focado em resultados; gestão de processos ineficiente; inexistência de manutenção da rede e dos serviços; fragilidade do controle e participação social; centralização da gestão; estrutura organizacional inadequada; judicialização da saúde) (SMS, 2009e).

(...) daí a gente fez a programação para o segundo passo que eram as oficinas com cada diretoria que já foi lá na UFMT (...) aí com cada Diretoria e de acordo com aquele levantamento a gente fez primeiro uma exposição, falava lá sobre o que era o plano (...) levamos até informação de indicadores de cenário (...) para subsidiar aquele olhar final na priorização e se realmente o que estava posto por eles era um problema mesmo, se a primeira descrição de problema, de fato era um problema. Aí então (...) era dividido em grupo em salas, onde reuniam e, aí com esse olhar, com essas informações, eles priorizavam, ou reviam os problemas, aí depois a gente consolidou com os resultados dessas oficinas, por eixos, a gente decidiu juntar os problemas por eixo de atenção, de gestão (...) (E1).

³¹ *Exame policêntrico da realidade inicial* segundo Matus (1993) é um reexame da visão global central, tendo em conta o processamento das análises realizadas na base social, nas instituições públicas e não públicas, nas quais o ator central do plano fixa sua posição e nela articula a explicação dos outros.

(...) mais de seis que a gente fez [oficinas para levantamento de problemas] (...) com atenção básica e secundária juntas. Fizemos uma com eles, uma com o Pronto Socorro, fizemos uma com a parte administrativa, que era o financeiro, o orçamento, o administrativo e planejamento, a parte da área meio fizemos uma juntos (...) fizemos a da vigilância, fizemos a dos conselheiros. No mínimo nós fizemos seis. O que me ocorre agora são essas. (...) a vigilância a gente fez separado. A gente fez até no CCZ [auditório do Centro de Controle de Zoonoses].(...) Então no final desse movimento, a gente tinha duzentos e tanto problemas levantados (...) depois priorizados com a Matriz de Gut. O que a Asplan fez? Pegou então, desses duzentos e tantos, problemas que receberam maior pontuação, receberam máximo em gravidade e urgência e tendência, aí (...) a gente fez três eixos de problemas (...) a gente ainda ficou meio insatisfeito porque a gente queria ter menos problemas (...) a gente está entendendo que um plano estratégico ele deve trabalhar (...) que para um município tivesse uns cinco grandes problemas e que esses problemas teriam que ser estratégicos mesmos. Você vai condensando (...) imagine você com cinco grandes problemas estratégicos (...) então ficamos com muito problema. Aí a gente fez isso, dividimos por eixos (...) então na plenária a gente mostrou (...) (E 3).

Observou-se que os problemas foram priorizados com base em critérios de decisão (Matriz de G.U.T.), no entanto não foram totalmente sistematizados quanto à relevância dos mesmos em relação a sua importância estratégica (valor do problema, custo econômico das soluções, custo político do enfrentamento ou postergação do problema, eficácia da intervenção entre outros), antes da seleção definitiva, assim como não foram descritos com suficiência na sua totalidade, com indicadores ou descritores que poderiam defini-los com a clareza necessária para expressá-los e não confundi-los com suas próprias causas e consequências, ou com outros problemas, conforme alerta Artmann³² (2000).

Nesta pesquisa, foram encontradas evidências na programação da oficina para definição do plano (DOC. 16), da criação de um momento para o desenvolvimento do “protocolo simples de seleção” e um roteiro “Protocolo para priorização de problemas”, com critérios definidos para análise do valor dos problemas em relação aos atores e população, ao custo político e econômico, eficácia da intervenção, entre outros (DOC. 19). Porém, não foi

³² Artmann (2000) chama a atenção para a necessidade de se conhecer bem cada problema, para identificar corretamente os processos de causalidade, da mesma forma que Matus (2007), alerta para o risco da “*cegueira situacional*” ressaltando a necessidade de se buscar um conhecimento profundo sobre cada problema e exercitar os diferentes olhares, aproveitando o conhecimento da realidade de cada ator participante, tal como o uso de um *fluxograma situacional* como o proposto no referencial teórico metodológico de Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010).

identificada a sua aplicabilidade por parte do total dos grupos de trabalhos nas oficinas, conforme relato dos entrevistados.

(...) tanto que a gente não conseguiu viabilizar a questão da hierarquização dos problemas, a gente tinha até preparado o material (...) não fez em todos os grupos (...) daí fez a oficina validando a identidade da instituição, definindo a missão (...) até os objetivos (...) acho que tinha umas 80 pessoas (...) diretorias, coordenadores, gerentes, supervisores, representantes das equipes técnicas (...) (E 1e3).

(...) o último passo, ainda teve o terceiro passo que foi na escola de saúde pública aonde foram revistos outra vez esses problemas em grupos, pra realmente fechar e usava uma técnica de hierarquização (...) mas não foram todos os outros que usaram essa técnica de hierarquização. Era (...), assim priorizou, mas agora, hierarquicamente, qual que seria o primeiro problema a ser atacado? Para isso tinha uma ponderação de valores (...) político, o valor financeiro (...) então tinha um critério para você hierarquizar esses problemas (...). Tinha até problemas, agora me lembro de que era levantado como problema, mas não tinha governabilidade e não tinha informação para você realmente priorizá-lo e até propor ações para solucionar esse problema. Então a gente falava um termo que era “aprisionava”, “condicionava” o problema para estudo, aprofundar o estudo, para posteriormente em outro plano, ele vir já com base de dados, dados mais sólidos para a gente poder realmente definir ações que poderiam intervir nesse problema, como exemplo o caso do aumento da violência (...) aí depois (...) foram feitos esses grupos, foi priorizado, deu esse último olhar de que era problema (...) aí foi para a plenária, cada grupo levou o que eram problemas (...) fechou em plenária os problemas, depois foi (...) a plenária (...) ver a identidade institucional (...) (E1).

No entanto, foram identificadas explicações causais dos problemas selecionados pelos grupos de trabalho, com priorização das causas mais diretamente relacionadas ao espaço de governabilidade dos atores envolvidos (DOC. 14), o que pode ser considerado a priori como um critério ou filtro de seleção, segundo Artmann (2000 p. 10).

Esse consolidado de “eixos de problemas” somado aos demais documentos utilizados nas oficinas anteriores compuseram a síntese da análise situacional que subsidiou mais um movimento: as oficinas de planejamento para a definição da política de saúde, ou seja, a definição dos objetivos e as diretrizes políticas (linhas de ações a serem seguidas) da SMS, no período de 2010 a 2013, ocorrendo já no segundo momento do processo do planejamento, considerado o momento normativo (DOC. 16).

Para apresentar os conceitos teóricos e metodológicos selecionados pela equipe de planejamento foi elaborado um “Glossário” (DOC. 12), fundamentado em grande parte no PlanejaSUS (Brasil, 2009) e outros referenciais relativos à gestão, como o Gespública (Brasil, 2005), visando nivelar o conhecimento e conduzir os trabalhos nas oficinas (nos grupos e nas

plenárias), que foi amplamente debatido haja vista as diferentes posições, e por fim, validado pelo conjunto dos atores envolvidos (SMS, 2009e).

Em plenária, os participantes desse processo debateram, revisaram e validaram a missão da SMS, expressando os propósitos da organização. Esses propósitos foram discutidos a partir dos problemas finais, ou terminais (relativos ao estado de saúde da população) (SMS, 2010).

Primeiro momento a gente validou os problemas, depois (...) na plenária (...) a gente fez um movimento (...) a missão, a visão da secretaria e os valores (...) a primeira manhã foi relembrando, o que é uma missão, visão e aí ia validando (...). A missão foi melhorada (...). Os valores continuaram, mas a missão e visão foram mudadas (E2).

Da mesma forma, em plenária revisaram e validaram uma visão de futuro, expressando uma imagem- objetivo para a SMS definida a partir dos desejos e expectativas dos diferentes atores, em relação aos seus valores e o desempenho da instituição num cenário futuro (DOC. 16; SMS, 2010).

A definição dos objetivos ocorreu em plenária, a partir da síntese da análise situacional e da reflexão sobre a situação- objetivo, ou seja, da situação futura desejada pelo conjunto dos atores participantes (DOC. 11; DOC. 16). Foram definidos três **objetivos estratégicos** de longo prazo, que extrapolam o período temporal do plano, desagregados em quatro objetivos específicos para o período de execução do plano. Os **objetivos específicos** formulados podem ser assim classificados, segundo Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010):

- a) *Relativos a resultados* (Reduzir as taxas de morbimortalidade; Reduzir situações de risco à saúde);
- b) *Relativos a produtos* (Garantir integralidade das ações e serviços de saúde à população);
- c) *Relativos a processos* (Fortalecer a gestão e o controle social).

Para cada objetivo específico foram traçadas **ações** (medidas) e **metas** estratégicas que se constituíram no ponto de partida para a definição das ações e procedimentos (atividades) a serem desenvolvidos pelo nível estratégico e tático da SMS, podendo alguma, ser desdobrada até o nível operacional. A meta representou o objetivo quantificado, sendo desagregada a cada ano correspondente ao período do plano (SMS, 2010; 2010 a).

A equipe do planejamento elaborou proposições para as metas, baseada na análise de situação de saúde da população e na análise do sistema de serviços de saúde, monitorou o

desenvolvimento do plano nos grupos de trabalho, revisou e consolidou os resultados (DOC. 11).

Para cada ano correspondente ao período da política formulada (quatro anos), tem sido elaborado um plano de ação, ou uma programação anual. Neste estudo foi analisado o plano, de ação, ou programação anual, para 2010, como um traçador. A elaboração desse plano de ação ocorreu em dois momentos distintos, como pode ser observado na Figura 4.

Podendo considerar, portanto, que o primeiro momento (normativo) encerrou-se com a formulação da política de saúde e definição das linhas de ação (agosto de 2009) e o segundo (momento estratégico), após a retomada do processo (março de 2010), com as estratégias utilizadas para a definição das ações e suas respectivas atividades (*subações*) do plano para 2010 (DOC. 16).

(...) fizemos uma oficina, primeiro validamos com esse grupo novo toda formulação estratégica (...) aí esse grupo não modificou nada disso. Validamos os objetivos estratégicos e validamos as ações até onde a gente estava. Feito isso, foi um dia inteiro de oficina. Nós já deixamos ali marcado a oficina de uma semana aonde iríamos rever essas ações e iríamos construir os procedimentos [atividades]. Realmente não tinha procedimento, nem prazo, nem responsável. E assim nós fizemos, ficamos uma semana no Hotel Palace Mato Grosso e o secretário ficou o tempo inteiro e a gente fez o levantamento das ações. Quando terminamos essa semana então a gente tinha o plano Municipal 2010-2013 (...) (GF-E2).

Então foi feita também essas oficinas, primeiramente a gente (...) dividimos em grupo também, a gente dividiu os grupos por objetivos, se não me engano, cada grupo com um objetivo específico (...) eles definiram as ações que seriam desenvolvidas (...) desdobrava as ações (...). O que precisava de ações pra atingir as metas, os objetivos (E1).

Em grupos de trabalhos, as ações foram desenhadas a partir dos objetivos específicos e suas respectivas metas, utilizando a técnica de tempestade de ideias (*brainstorm*), das causas priorizadas (na Matriz de G.U.T. e na Espinha de Peixe³³) e nas soluções apresentadas. Um elemento novo foi acrescido na avaliação para a definição das ações: o relatório final da VIII Conferência Municipal de Saúde, haja vista que os problemas levantados nas conferências regionais e na conferência final se assemelhavam aos problemas já priorizados no processo de formulação do plano (DOC. 16; DOC. 17).

³³ Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) método de localizar a "causa original" de um problema. Cada "espinha" desse diagrama representa uma causa que contribui para o problema.

(...) na época da Conferência (...) tinha a condução da Conferência e ao mesmo tempo a condução do plano (...) pensar em método (...) tanto que várias coisas que a gente usou para o plano a gente usou para a conferência (...) até o método para levantar problemas, só que a gente usou diferente na priorização, a “espinha de peixe” (...) era forte, muito forte, fraco. O que era muito forte a gente priorizava (...) (GF- E 7; E8).

(...) só que aí a gente conseguiu na hora de escolher as ações, tinha um documento novo na plenária, que eram os problemas e as deliberações da última conferência, então isso ajudou também a incorporar a mais o desejo da população, muitos vieram de encontro a problemas que já estavam levantados. Os problemas que a rede levanta como (...) aparece fortemente, com sugestões muitos legais. Tem sugestões que viraram ações (...) então eu acho que esse plano (...) acabou tendo esse ganho (...) (GF-E2).

Assim, poderia considerar que ações foram traçadas a partir do conhecimento técnico e das experiências acumuladas, dos atores participantes:

(...) a partir dos problemas e das causas desdobrava as ações. O que precisava de ações pra atingir as metas, os objetivos (...). A viabilidade não. Porque foi usado, lembro que aí foi usada a Espinha de Peixe [técnica de seleção] que é muito forte, forte ou fraco (...) para selecionar, priorizar as causas do problema e definir as ações que impactariam naquele resultado, naquele problema, para atingir a meta (...) (E1).

Cada ação foi desdobrada em atividades (*procedimentos ou subações*). Cada atividade foi definida com responsáveis, prazos e indicadores de acompanhamento, para monitoramento e avaliação dos resultados (SMS, 2010 a). Após a conclusão dos trabalhos pelos grupos, os módulos operacionais foram apresentados, discutidos e revisados pelo conjunto de atores participantes, em plenárias. Instantes em que foi realizada análise tipo **viabilidade política**, baseada no posicionamento do Secretário, dos gestores e técnicos presentes, em relação à vontade política de implementar o plano proposto, e **viabilidade técnico-operacional** em relação à disponibilidade manifestada de recursos técnicos (conhecimentos e habilidades técnicas) para a execução das ações propostas (DOC. 16; DOC. 17).

(...) o fechamento foi por umas oitenta pessoas que participaram e validaram. Todos os secretários adjuntos e diretores, todos os técnicos escolhidos pelos seus diretores e coordenadores (...). Então o secretário (...) participou de tudo, teve uma participação maior na plenária. No fechamento do planejamento ele participou da avaliação. Tinha coisas que a plenária tinha colocado, por exemplo, não me lembro agora (...) queria naquele ano desse plano, implantar cinco equipes de PSF com odontólogo e ele “não, isso eu não dou conta” (...) Ele falava “baixa a bola, baixa a bola, isso não vai, isso eu não consigo” (...) “eu não dou conta” e isso (...) ele dizia “Eu vou assumir o que eu realmente for dar conta.” (...) Aí os técnicos falavam, “não secretário a gente dá conta”, explicava (...) e ele cedeu em várias ações, mas nas que ele achava que não ia dar conta (...) (GF- E2, E3, E8).

Nesse processo (...) a gente foi avançando em algumas questões. Por exemplo, a gente melhorou a análise situacional, a gente começou a fazer priorização de problemas, mas a gente pouco conseguiu fazer da questão da viabilidade, na análise de viabilidade. Acho que a gente não avançou pra isso... (...) a gente não instrumentalizou os técnicos, diretores, gestores em fazer a viabilidade (...) mudaram gestores (...) (GF- E7).

As ações não foram submetidas à análise de **viabilidade financeira**. No entanto, encontram-se medidas propostas para revisar e adequar a LOA, visando assegurar em termos de disponibilidade de recursos financeiros as ações do plano (SMS, 2010 a). Além de outras estratégias desenvolvidas pelo planejamento, para vincular o setor de orçamento ao processo de planejamento e romper com um processo histórico, da vinculação do setor de orçamento à gestão financeira, desarticulado das demais áreas da SMS. Foi possível constatar a transferência do setor de orçamento para o planejamento, ainda em 2010 (SMS, 2012 b).

(...) agora nesse momento então eu pensei (...) eu acho que ele [o secretário juntamente com os cargos de confiança do orçamento e financeiro] agrega uma coisa que as pessoas não tinham, que era quanto era o recurso que a secretaria tinha, porque o secretário, todos que eu conheci até hoje, eles pensam muito no Fundo Municipal, quantos acordos eu já fiz (...) quanto estou realmente devendo, quanto eu ainda tenho (...) tem algumas informações que só o secretário tem a gente não tem (...) o processo de planejamento não deu conta disso ainda não. Parece que para esse próximo [plano] talvez, porque a gente trabalhou muito para aprofundar nas coisas do orçamento para trazer para o planejamento (...) gente tá com um sistema novo da prefeitura, que dá relatório muito mais avançado, que o outro sistema não dava, talvez agora se a gente se empenhar muito a gente vai conseguir no próximo plano aproximar (...) na análise de viabilidade do recurso (...) (GF- E2).

Importante observar que tanto a viabilidade política como a viabilidade técnica-operacional segundo Matus (1993), são recursos multidimensionais, pois referem-se ao poder e à capacidade de ação em geral e situacional. Um ator os detém em uma determinada situação e os perde em outra, ou, um os tem em relação a uma ação especificamente e pouco em outra. Artmann (2000, p.18) discute, que o poder “*é dinâmico e portanto, a análise de poder não pode cristalizar-se pois os atores acumulam ou desacumulam poder e é necessário acompanhar as mudanças (...)*”.

Nesse sentido é importante refletir sobre a deficiência da análise de viabilidade em relação ao plano elaborado, o que pode implicar na redução da potencialidade da sua implementação e, conseqüentemente, gerar dificuldades para alcançar os objetivos propostos, conforme sinalizam Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010).

Assim, vale destacar que as ações elaboradas pertinentes à sistemática de acompanhamento e avaliação do plano (SMS, 2010 a), se executadas, podem contribuir com

os ajustes necessários ao plano e na organização do processo de planejamento, como sinaliza Artmann (2000, p.22) em relação ao *sistema de monitoramento ou acompanhamento e avaliação do plano* para suprir às demandas de informações, e atender as necessidades de modificações no plano de ação.

O Plano Plurianual (PPA) e a LOA 2010 foram elaborados como “peças” orçamentárias para cumprimento da legislação vigente, no mesmo período em que ocorreu o processo de formulação do plano (agosto de 2009), sob a condução da prefeitura, no período em que se deu início ao desenvolvimento do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde. A equipe do planejamento recebeu capacitação em relação às normas e instrumentos, os quais foram analisados e preenchidos, estabelecendo como estimativa a previsão orçamentária para o setor saúde, no período de quatro anos da execução do Plano Municipal de Saúde. Essa estimativa foi sofrendo as correções e adequações possíveis, em cada ano de execução do plano, através da elaboração da LOA (Maia Junior, 2012).

(...) tempo muito curto para você elaborar o plano até chegar a nível de ação pra você orçar, e transformar em linguagem, peça orçamentária. Então o que a gente fazia? Levantava os problemas, a parte estratégica até ação e depois, na hora vinha a LOA para ser elaborada, o tempo era muito curto e aí a gente adequava o nosso plano à proposta da LOA. Pelo menos foi assim que nós fizemos (...) (E1).

Importante observar que, apesar das limitações do contexto político institucional e das práticas incipientes de planejamento em saúde, observou-se a incorporação de elementos teóricos metodológicos do planejamento estratégico situacional ao processo de elaboração do PMS e cuja organização passamos a descrever e analisar.

4.2.3- Organização

A organização do processo de formulação do PMS foi uma das atribuições da equipe de planejamento da SMS, que se preparou para conduzi-lo, mobilizando desejos e esforços na própria equipe, para que ele acontecesse, conforme observado nas entrevistas.

(...) foi o mais difícil da situação da Secretaria, com a mudança de gestores. Acho que foi uma motivação da própria equipe mesmo, um motivando o outro, porque da instituição, realmente não teve muito respaldo dos gestores, mas acho que a gente mesmo, que já vinha no processo, se preparando, mesmo com a situação que estávamos passando, a gente acreditava (...) a gente tinha toda uma preparação interna

primeiro, né? Já fazia um preparo, uma programação do que ia apresentar (...) preparação interna com toda a equipe da Asplan, com divisão de tarefas (...) (GF- E1).

(...) o que motivava a gente (...) naquele momento, era a persistência. (...) que a equipe da Asplan tinha também essa característica em conduzir o processo do planejamento, pois há permanência de uma questão, de uma proposta feita por nós dentro da secretaria alguns anos atrás, em outro momento (...) quando a gente começou. Então, eu acho realmente que tudo que é importante mostrar que independente dos gestores, não sei quantos foram até hoje, (...). Enfim, independente dessas alterações a equipe tinha ainda esse desejo (...) acho que quando se conduz esse processo, mesmo acreditando ou não (...) eu acho que é uma responsabilidade de condução. Quando você está à frente daquilo, você está à frente da instituição. Representa a instituição. Então você precisa mostrar para essa instituição que é possível fazer as coisas, e ser responsável por aquilo que você faz. Eu acho que era isso o que mais me motivava naquele momento (...). (GF- E7).

Na mobilização dos esforços foram incluídos momentos de estudos, buscas por novos conhecimentos e alternativas de práticas inovadoras de planejamento com participação nos grupos de trabalhos do PlanejaSUS, avaliações dos processos e produtos já realizados pela SMS (DOC. 6; DOC. 7; DOC. 9), somados às discussões em grupos, o que culminou na elaboração de propostas de organização do desenvolvimento da formulação do plano para o período de 2010-2013 (DOC. 8; DOC. 11) .

Internamente, nós também nos preparamos, estudamos, fizemos todo um estudo (...) sobre planejamento local e sobre priorização de ações, problemas (...) fizemos um seminário interno, nós fizemos toda orientação para as oficinas. A gente se preparou pra esse movimento (...) (E2).

(...) uma das coisas no processo desde 2002, que foi bom para a gente, para equipe, é que a consultoria possibilitava a capacitação da condução (...) a gente começava capacitando e fazendo o planejamento da nossa parte para aprender (...). Então o PlanejaSUS (...), eu fiz parte representando a Asplan, a Secretaria de Saúde de Cuiabá, em Brasília. Eu capacitei o grupo do Estado, estava vinculada a nível nacional, a gente fazia as oficinas de PlanejaSUS das Regionais, né? (...) A gente capacitou o núcleo estadual. (...) nas regionais de saúde (...). Aí depois o Ministério fez os cursos. PlanejaSUS fez um curso (...), veio a Carmen lá de Mato Grosso do Sul, (...) eram cem pessoas. Na época eu estava assessora de planejamento, quem fez esse curso foi (...) uns cinco técnicos da Asplan fizeram esse curso, que era de multiplicador (...) - Depois esse curso foi reproduzido para outros técnicos de Cuiabá? Não (...) (GF-E2).

A organização do processo foi constituída de momentos de construção (DOC. 8; DOC. 11), sem a ideia de divisão de partes, mas de unidades articuladas e integradas entre si, implicados com o contexto político institucional, desde a definição pela equipe do planejamento sobre o referencial metodológico (caminho escolhido) até a consolidação do

produto final (o Plano Municipal de Saúde), a sua implementação, com acompanhamento e avaliações periódicas.

A equipe de planejamento apresentou a proposta metodológica primeiramente (DOC. 8), ao Colegiado de diretores, que a recebeu com ressalvas e restrições por parte de alguns membros, em relação à organização das oficinas, à duração e à ampliação de participantes . Para superar essas restrições e viabilizar o processo, organizou-se um encontro com todos os Diretores. A equipe, como medida estratégica, contou com o apoio de um ator externo, então, pesquisadora de questões relativas à gestão da SMS.

(...) era no colegiado de diretores, ainda estavam decidindo, discutindo (...) tanto que a gente chamou (...) ela veio ajudar nessa fase como representante da SES, veio ajudar a equipe da ASPLAN a discutir no colegiado, a viabilizar esse processo (...) fizemos uma oficina só com os diretores, ela mostrou os resultados da dissertação dela, mostrando os resultados da pesquisa, que era com relação à gestão da SMS, em uma condição crônica (...) foi então depois dessa oficina, desse encontro com os diretores (...) que foi reflexiva e o ponto de partida, que eles então chegaram em consenso no colegiado, na programação com a proposta (...) (E 1 e 3).

Vencidas as “barreiras” institucionais preliminares, realizadas as adequações necessárias à proposta metodológica e programações, definidas a infraestrutura e os insumos para a condução dos trabalhos, deu-se início ao movimento de formulação do plano.

A organização desse processo pode ser compreendida em dois grandes momentos articulados entre si: a formulação da política, instância em que ocorreu a identificação dos problemas, as alternativas de soluções e a prospecção de cenários prováveis para a construção e implementação do plano e a elaboração do plano de ação, com a análise da situação de saúde, caracterização da missão, visão e valores institucional (conjunto de propósitos e a imagem - objetivo da organização), os objetivos, diretrizes, metas e ações estratégicas (medidas), desdobrados em módulos operacionais (conjunto de ações e atividades, responsáveis e prazos) para os quais foram realizadas algumas análises de viabilidade, visando alcançar os objetivos propostos.

Complementada aqui, com a definição das “peças” orçamentárias, que mesmo acontecendo em circunstâncias paralelas ao conjunto da formulação do Plano Municipal de Saúde, sob o comando da prefeitura, fez parte do processo (Maia Junior, 2012).

Como foi um processo fundamentado no enfoque estratégico situacional (Matus, 1993; Artmann, 2000; Teixeira, Vislasbôas e Abreu de Jesus, 2010), foi possível demonstrar graficamente as formas de sua organização nos momentos explicativo, normativo, estratégico

e tático operacional, descrevendo os elementos técnicos organizacionais que compuseram os processos de trabalho para a formulação do Plano Municipal de Saúde, como se observa na Figura 4.

O *momento explicativo* correspondeu à análise da situação de saúde, com a identificação dos problemas, inicialmente de forma descentralizada por unidades de diretorias da SMS, em momentos setorizados, com orientação e acompanhamento da equipe de planejamento (DOC. 11).

Posteriormente, em duas oficinas compostas por representantes de cada diretoria, retomaram com o total de problemas levantados pelas diretorias, já selecionados a partir das maiores pontuações obtidas na primeira etapa descentralizada e consolidadas pela equipe de planejamento. Uma das oficinas foi realizada com representantes das Diretorias da Atenção Básica e da Atenção Secundária, onde havia um maior número de atores envolvidos e a outra, com representantes das demais diretorias: Regulação, controle e avaliação; Vigilância em saúde; Financeira; Administrativa; Planejamento; Recursos Humanos e Hospital e Pronto Socorro Municipal (DOC. 16; DOC, 17).

Nessas oficinas, aconteceram a análise global do conjunto dos problemas levantados, a priorização e explicação dos processos causais através de matriz de seleção e priorização (Matriz de G.U.T.), identificando e selecionando causas e apontando alternativas de soluções. (DOC. 8; DOC. 13; DOC. 14; DOC. 16; DOC. 17).

(...) Primeiro os setores, levantaram problemas lá na secretaria, por diretoria e pontuaram, aí veio as oficinas (...) da situação de saúde, dos indicadores, situação dos cenários e tudo (...) aí os grupos por diretoria, iam rever os problemas levantados pra priorizar (...) Nós recebemos os problemas dessas oficinas com as diretorias já pontuados, (...) aí fizemos um trabalho interno, aí agrupou por eixos e viemos para cá [Escola de Saúde Pública] para validar a lista de problemas (...) (GF- E1; E 4).

Para essas oficinas, a equipe do planejamento elaborou uma análise de situação de saúde da população e do sistema de serviços de saúde, além de uma prospecção de cenário externo e interno, através de levantamento de informações junto aos conselheiros (uso de questionário com questões abertas) e em documentos (políticas públicas), identificando oportunidades e ameaças, forças e fraquezas (DOC. 05; DOC. 10).

(...) a gente tinha toda uma preparação (...) preparou a identificação do cenário através de análise de vários documentos (...) dois tipos de cenários um a partir de documentos e outro com os conselheiros (...) com o conselho e com documentos, tipo: planos de saúde estadual, nacional, (...) as deliberações das conferências (...) (GF-E1).

Para orientar a condução dos trabalhos nos grupos e na plenária, a equipe de planejamento elaborou um glossário com os principais conceitos teóricos e metodológicos adotado para esse processo de formulação do plano. Os resultados dessas duas oficinas (priorização dos problemas e alternativas de soluções) foram consolidados pela equipe de planejamento e subsidiou o próximo movimento (DOC. 12; DOC. 13; DOC. 14).

(...) me lembro até da última plenária, no auditório lotado (...) as divergências de entendimentos teóricos e aí a gente usava o glossário, que a gente elaborou na Asplan, assumindo para nós o que seria aquele entendimento dentro da instituição e assim a gente levava também para as oficinas (...) (GF-E1).

Constituindo o **momento normativo**, aconteceram dois dias de oficinas, para definição da política de saúde ou “programa direcional” segundo Matus (1993), quando, a partir da análise situacional, em plenária, debateram, revisaram e definiram a missão, visão e valores da SMS e os objetivos estratégicos e em grupos de trabalhos, validando posteriormente em plenária os objetivos específicos, as metas e as ações estratégicas e táticas. O produto final dessa oficina foi consolidado pela equipe de condução do processo (DOC. 16; DOC. 17; DOC. 15).

Concomitantemente, aconteceu a elaboração do Plano Plurianual (PPA) do município, para o período 2010-2013, quando a equipe de planejamento se organizou para acompanhar o processo conduzido pela equipe da Prefeitura Municipal de Cuiabá (Maia Junior, 2012).

Posterior a esse movimento, o processo foi interrompido, ocorriam os preparativos para a VIII Conferência Municipal de Saúde “Cuiabá 2014- Saúde, a bola da vez!” e as conferências regionais, no mesmo período em que era conduzido o processo de formulação do plano. Ainda mais que, a pedido do secretário municipal de saúde, coube a coordenação da conferência à assessora de planejamento, o que acabou envolvendo toda a equipe na condução desse processo (DOC. 16). Somado a esse contexto, ocorreu, nesse mesmo período, uma greve geral dos médicos e, posteriormente dos odontólogos, mobilizando totalmente a atenção do secretário e dos diretores às consequências da greve na rede de serviços da saúde do município, causando uma crise política, troca de secretário e de diversos diretores, coordenadores e gerentes, conforme entrevistas.

(...) a condução da Conferência Municipal de Saúde, era minha, era coordenadora (...) e tinha a condução da conferência e ao mesmo tempo a condução do plano. E a equipe acabou se envolvendo nas duas coisas, a equipe reduzida já, então foi um momento muito complicado, até mesmo pensar em método, era conferência e plano (...) foi (...) tanto que várias coisas que a gente usou para o plano, a gente usou para a conferência (...) (GF-E7).

Só que estava acontecendo uma crise (...), os médicos declararam a greve geral na Secretaria. Então isso agravou mais ainda o movimento que já estava difícil de planejar. O cenário não era favorável. O cenário era totalmente desfavorável, às vezes eu fico até pensando na hora que eu olho (...) fico pensando (...) como que a gente conseguiu fazer isso naquele momento (...) assim que os médicos entraram em greve, dali a pouco os dentistas, os odontólogos entraram em greve também (...) (E3).

No início de 2010, após a composição do quadro de gestores e vencidas as negociações políticas e técnicas com a nova gestão, a equipe de planejamento retomou o processo de formulação do Plano Municipal de Saúde. Em uma oficina de planejamento com os novos gestores do nível estratégico, incluindo o secretário municipal de saúde, foi retomada a política elaborada no momento anterior, num **momento estratégico**, com outra conjuntura política institucional, (re) avaliando no contexto atual, (re) discutindo e validando toda a definição estratégica anteriormente estabelecida, definindo as viabilidade política e técnica do Plano Municipal de Saúde (DOC. 16; DOC. 17).

(...) trocou Secretário, aí em fevereiro que o Secretário foi lá no planejamento, ele já tinha escolhido seus diretores (...) o planejamento foi o último do *staff*, e aí foi que (...) assumi o planejamento, e aí o combinado com ele, uma das condições era valorizar a equipe da Asplan e recomeçar por isso, pelo planejar, e aí ele topou, aí nós fizemos a primeira reunião com a nova diretoria, aí nós utilizamos toda parte já da formulação estratégica, e fizemos uma validação com eles (...) de missão, visão, valores e objetivos. Eles validaram isso e aí nós fomos para outra etapa, que era a etapa das metas e ações e procedimentos. Aí fizemos isso. Metas ações e procedimentos (...) (E3).

Em outro movimento (estratégico), ocorreu mais uma oficina de planejamento com duração de cinco dias consecutivos, ampliada para mais participantes, para validação final da política estabelecida anteriormente, e elaboração do plano de ação (os módulos operacionais) e análise de viabilidade (DOC. 15; DOC. 16; DOC. 17).

(...) desdobramento em ações já com outro gestor, e ele [o secretário] participando. Foi uma coisa até boa, ele participou de várias oficinas e já como outra assessora nova, que foi a (...) já na frente do processo (...). Então foi feita também essas oficinas, (...) eles definiram as ações que seriam desenvolvidas (...) então os grupos validaram (...) elaborou (...) ações e procedimentos. Esse foi o processo que durou uma semana, né? Terminamos, quando a gente terminou isso, a gente (...) (E1)

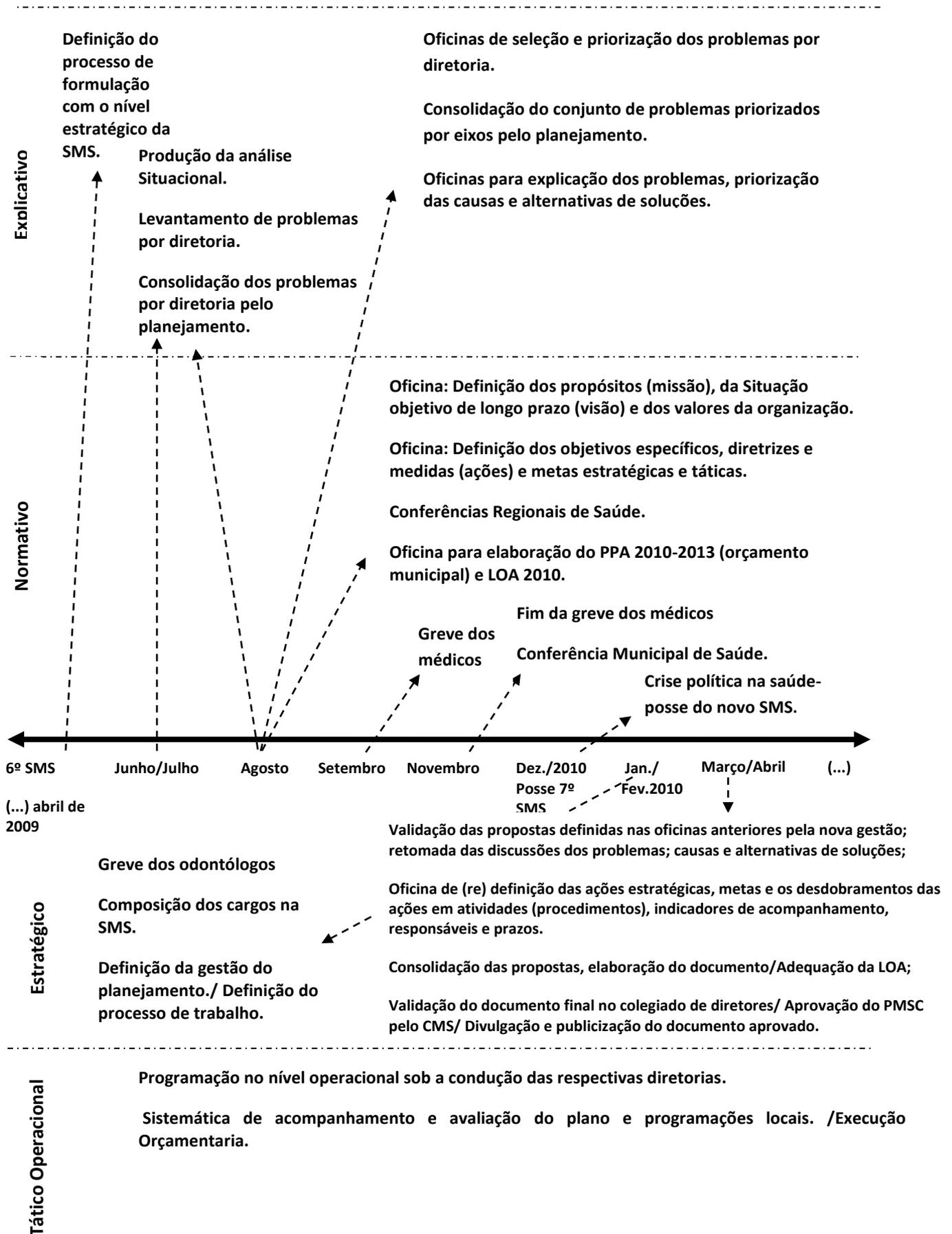
O produto final dessa última oficina foi analisado e consolidado em forma de documento pela equipe de planejamento: Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 e seu respectivo Plano de Trabalho Anual 2010, ou programação anual. Somou-se a este a LOA que foi posteriormente readequada ao plano (SMS, 2010; 2010 a).

(...) o tempo era muito curto e aí a gente adequava, a gente adequava depois a proposta da LOA no nosso plano. (...) (E1).

Finalmente, o PMS foi validado pelo colegiado de diretores, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (Ata nº 03/2010 CMS) e disponibilizado em formato de documento impresso e em meio eletrônico a todos os níveis de direção da Secretaria Municipal de Saúde, e juntamente com o Plano de Trabalho Anual 2010 foi também disponibilizado em site da SMS para acesso da comunidade em geral. As suas características, formas estruturadas e as principais características dos conteúdos de seus capítulos ou itens serão agora apresentados.

Figura 4- Linha do tempo do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010-2013.

(Adaptado da Linha do Tempo de Abreu de Jesus & Teixeira, 2010, p.109).



4.3- PRODUTO

Como exposto nos itens anteriores, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 foi construído a partir de um conjunto de processos articulados e interdependentes entre si, constituído de diferentes momentos, em contexto político institucional complexo, envolvendo a gestão de dois Secretários municipais de saúde. Foi elaborado por um conjunto de atores do nível estratégico e tático (secretários, diretores, coordenadores, equipe técnica), representantes do nível operacional (gerentes e, ou, técnicos) e representantes do CMS.

A elaboração do plano foi sistematizada em dois momentos articulados entre si: a *formulação da política*, composto da identificação dos problemas e alternativas de solução, e da prospecção de cenários (para construção e implementação do plano) e a elaboração do *Plano de Saúde*, contendo a análise da situação de saúde, o conjunto de propósitos e a imagem-objetivo da instituição (missão, visão e valores), os objetivos gerais, objetivos específicos e diretrizes, apresentando para estes “medidas”, ou seja, ações, e metas estratégicas, finalizando com a sistemática de acompanhamento e avaliação para a implementação do plano.

Cada objetivo específico foi composto de um conjunto de ações e atividades, com responsáveis e prazos (módulos operacionais) para alcançar os objetivos propostos, denominado de Plano de Trabalho Anual (2010). As ações foram posteriormente reorganizadas na LOA, para previsão e alocação orçamentária.

4.3.1- Plano Municipal de Saúde 2010-2013

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013³⁴ apresenta-se como documento impresso em forma de caderno com capa ilustrativa, formatado em oito itens, como resultados ou subprodutos de todo o processo: 1- Apresentação; 2- Caracterização do Município; 3- Metodologia; 4- Análise Situacional; 5- Identidade Institucional; 6- Objetivos Estratégicos e Específicos; 7- Diretrizes Estratégicas e, 8- Sistema de Acompanhamento e Avaliação, cujas principais características dos conteúdos de cada item constituíram-se em:

1. A apresentação do plano que traz (embutida) um pensamento ideológico de modelo

³⁴ Disponível na SMS de Cuiabá, Assessoria de Planejamento e Gestão, telefones de contato (65) 3617-7327, 7336 ou em www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude.

de gestão baseado na flexibilidade, na tomada de decisão de forma descentralizada, que proporciona aos atores maior autonomia de ação e ampliação de espaços criativos e audazes, na busca de soluções aos problemas existentes na área da saúde pública. Destaca a necessidade de os gestores se empenharem no processo contínuo do planejamento, chamando a atenção para a fase do acompanhamento e avaliação do plano de ação.

Refere a base metodológica em que o processo de formulação do plano foi fundamentado e expressa o compromisso do Secretário municipal de saúde, enquanto gestor, com o conjunto de proposições políticas do governo e com o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde da população em Cuiabá.

2. A caracterização do município constituiu-se de uma sistematização de informações geográficas, como limites e extensão territorial, informações demográficas, populacional e da infraestrutura municipal, como saneamento, transporte, composição da rede de educação e de serviços de saúde, além da disponibilidade de leitos por especialidades médicas e por cobertura populacional, de forma a possibilitar ao leitor informações mínimas e importantes sobre as condições socioeconômicas da população e a configuração dos serviços a ela oferecidos, especialmente os de saúde.

3. O item metodologia destaca a existência de outros marcos teórico metodológicos em planejamento, dando ênfase ao referencial teórico que a equipe de planejamento da SMS escolheu para a formulação do plano, fundamentado em identificação e seleção de problemas, identificação dos fatores causais, considerando contextos internos e externos e os atores sociais envolvidos no processo do planejamento. Coloca o caráter inovador desse processo para a instituição, e destaca a coerência do plano com as políticas de saúde estadual e nacional, com o pacto pela saúde e com as propostas e recomendações emanadas da Conferência Municipal de Saúde.

Enfatiza o movimento da equipe do planejamento junto ao colegiado de diretores para viabilização do processo de formulação do plano e para o entendimento dos gestores (secretários e diretores) sobre a sua importância, sobre o método e a organização adotada. Chama a atenção para as experiências vivenciadas pela instituição nos processos anteriores de planejamentos e sobre o método de “gerenciamento pelas diretrizes” adotado pela SMS, desde o ano de 2002.

Em seguida, refere os acordos junto ao colegiado acerca da organização do processo de planejamento e apresenta os principais conceitos utilizados e uma síntese de todos os

momentos desenvolvidos, tanto na preparação quanto no processo de formulação do plano.

4. O quarto item do plano é composto da análise situacional, incluindo análises do perfil demográfico (as alterações na estrutura etária da população), perfil epidemiológico (morbidade e mortalidade), indicadores sociais (educação, renda, habitação, saneamento, segurança e meio ambiente) e a relação dos problemas relacionados à gestão do sistema de serviços de saúde, à organização e infraestrutura da rede de serviços, ao financiamento e à gestão de pessoas.

Essa análise traz uma reflexão inovadora ao incluir a comparação dos indicadores de saúde do município de Cuiabá com a situação observada nas várias regionais do Estado de Mato Grosso, discutindo as tendências positivas (melhorias), ou negativas (agravamento), a partir de série histórica dos últimos dez anos, comparando também a situação do município com outras realidades brasileiras.

5. Esse item, intitulado “Identidade Institucional” apresenta os propósitos que expressam a razão da existência da instituição em manter a garantia dos direitos constitucionais à saúde do indivíduo e da coletividade, de forma humanizada e com uma gestão democrática, respaldada em valores e princípios do SUS e uma visão de futuro da organização em ser excelência na atenção à saúde. Configura, portanto, certo referencial político, na medida em que reafirma o compromisso da SMS com o projeto de construção do Sistema Único de Saúde.

6. O item seis apresenta os três objetivos macros do plano, desdobrados em quatro objetivos específicos, configurando a “imagem objetivo” no horizonte temporal do PMS, ou seja, os objetivos definidos para o período de governo (2010-2013). Esse item desdobra-se no seguinte (item 7), que contém as linhas gerais de ações a serem seguidas, com as respectivas medidas, ou seja, ações e metas estratégicas, para as quais foram definidas responsáveis pela implementação.

8. Este item explicita o sistema de acompanhamento e avaliação do plano entendido como um processo permanente, visando à análise sistemática do processo de execução do plano, foi estabelecido através de análises das não conformidades apresentadas na execução das atividades previstas no Plano, através da elaboração de relatório de acompanhamento mensal, e a avaliação dos resultados em termos do alcance das metas, a partir da utilização dos indicadores de acompanhamento, em relatórios trimestrais.

Os objetivos específicos, com as diretrizes, medidas (ações) e metas estratégicas foram

desdobrados nos seguintes Módulos Operacionais: Atenção Integral à Saúde; Vigilância à Saúde e Ambiente; e Gestão Participativa no SUS, que foram apresentados no Plano de Trabalho Anual (2010). Os dois primeiros contêm as ações voltadas para intervenção nos problemas relativos às condições de saúde da população, e o de Gestão concentra-se nas propostas de intervenção sobre os problemas relacionados aos sistemas de serviços de saúde (gestão e rede de atenção).

O Módulo Operacional de Atenção Integral à Saúde apresenta as ações e metas estratégicas definidas para a efetivação da atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS; articulação setorial (interno e externo à organização) para atenção integral à saúde e melhorias na assistência das principais causas de morbimortalidade. Essas medidas foram desdobradas em ações, procedimentos (atividades ou *subações*), responsáveis e prazos, especificando uma relação de indicadores de acompanhamento e avaliação.

O Módulo Operacional de Vigilância à Saúde apresenta ações e metas estratégicas voltadas à identificação, acompanhamento, monitoramento, avaliação e intervenção nos fatores de risco à saúde da população, desdobrada em ações, procedimentos (atividades ou *subações*), responsáveis e prazos, especificando uma relação de indicadores de acompanhamento e avaliação.

Da mesma forma o Módulo Operacional Gestão Participativa no SUS apresenta ações e metas estratégicas para o fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, da política da informação em saúde para a tomada de decisão e implantação da política de valorização de recursos humanos na SMS, além de ações e metas estratégicas para o fortalecimento do controle social e do processo de planejamento na SMS, constituído das etapas de elaboração, execução, acompanhamento e avaliação do plano (PDCA). Para cada ação e meta estratégica, o plano apresenta um grupo de ações, desdobradas em procedimentos (atividades), responsáveis e prazos, especificando uma relação de indicadores de acompanhamento e avaliação.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de formulação e do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 foi possível, tendo em vista as evidências encontradas na análise de conteúdo dos documentos e entrevistas realizadas, que forneceram informações suficientes para a

caracterização do Contexto político-institucional, dos atores envolvidos, das características do processo de formulação e do Plano em si, enquanto documento de orientação e condução da política municipal de saúde.

Como exposto nos itens anteriores, constatamos o empenho da equipe responsável pela elaboração do Plano, ainda que trabalhando em um contexto político e institucional desfavorável, marcado por trocas de gestores e de resistências à institucionalização do processo de planejamento. Esse empenho revelou-se na busca pela aquisição de novos conhecimentos, no aprendizado de métodos e técnicas que qualificassem a equipe para a condução desse processo, adotando uma concepção e estilo qualitativamente diferentes das experiências vivenciadas, até então, pela instituição, ou seja, o enfoque estratégico situacional. Isso revela um firme *propósito* de utilizar o planejamento como meio de promover o *crescimento* e, eventualmente, a transformação da situação de saúde existente no município.

No entanto, a utilização dos *métodos* e *técnicas* selecionados pela equipe de planejamento, pareceram se revelar frágeis, *no momento* em que o conjunto de problemas identificados pelos atores, não foi totalmente sistematizado quanto a sua relevância e importância estratégica antes da seleção definitiva, assim como pareceu, também, serem descritos de forma insuficiente, para não confundi-los com suas próprias causas e consequências, ou, até mesmo com outros problemas.

A *organização* do processo de formulação do plano apresentou-se de forma que foi possível identificar e analisar os elementos que constituíram os diversos e diferentes *momentos* e a fluidez entre eles, remetendo-nos à ideia de que a equipe do planejamento pareceu demonstrar habilidades para mobilização de esforços, tanto interno (na própria equipe) como externo.

Porém, essa organização demonstrou-se menos robusta no momento em que houve a retomada do processo, já com envolvimento de novos atores (incluindo o novo Secretário), no que parece ter sido um cenário mais favorável ao processo de planejamento. A equipe de condução, entretanto, parece não ter aproveitado essa possível “*janela de oportunidade*” para aplicar os recursos metodológicos disponíveis, visando aprofundar a explicação dos fatores causais (fluxograma situacional) dos problemas selecionados, nem tampouco avançou na análise mais sistematizada de viabilidade das propostas de ação, antes da definição final das estratégias de intervenção e da elaboração do plano de saúde.

Utilizando, à guisa de síntese, a relação entre estes três elementos: *propósito* do ator central (a equipe de planejamento), *método* utilizado (enfoque estratégico situacional) e *organização* do processo de elaboração do PMS (participativo), com base no “postulado da coerência” proposto por Testa (1992), podemos considerar que o processo de elaboração do PMS 2010- 2013 em Cuiabá guardou coerência interna adequando-se à realidade municipal e às condições institucionais nas quais foi desenvolvido.

A pesar disso, é possível considerar também, que esta experiência ainda é incipiente, porquanto, a incorporação do enfoque estratégico no âmbito da SMS ainda não tem a amplitude necessária, como se constata na análise do momento da seleção definitiva dos problemas a serem priorizados, requerendo por parte da equipe maior preparo e investimentos em projetos de capacitação visando ao aprimoramento da capacidade técnica e política de formulação e implementação de planos de saúde.

A análise do processo e do produto final permite destacar pontos importantes, como:

a) Apesar do caráter participativo do processo, que envolveu gestores e técnicos da SMS e representantes do Conselho Municipal de Saúde, observa-se ainda certo distanciamento do nível operacional do sistema com o processo de tomada de decisões estratégicas da instituição;

b) A metodologia adotada além de permitir a identificação e a seleção de problemas de saúde da população e do sistema de saúde, facilitou a incorporação das deliberações das Conferências distritais e municipal de saúde no momento da elaboração das propostas de solução incorporadas ao plano;

c) A busca de coerência externa e interna das propostas de ação do Plano com a Política Estadual e Nacional de Saúde, Metas do Milênio, Pacto pela Saúde, Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, Política do Governo Municipal, dentre outras;

d) Apesar do plano de saúde apresentar módulos operacionais com medidas de intervenção e metas voltadas para o fortalecimento da atenção básica e das ações de vigilância em saúde, visando à integralidade da atenção, assim como medidas para o fortalecimento da política de informação em saúde, da valorização de recursos humanos, do controle social e do processo de planejamento (no que tange ao acompanhamento e avaliação), isso não significa que existem sistemas de trabalhos na SMS com suficiência, capazes de garantir a implementação do plano de ação, o que reforça, inclusive, achados da pesquisa de Lotufo (2003), que apontam esse fator como um dos elementos que

comprometeram a *capacidade de governo* do Estado de Mato Grosso na execução da política de saúde;

e) A operacionalização do Plano de Saúde exige novas negociações, decisões, de modo a se estabelecer novos pactos, agora com novos atores, muitos dos quais não participaram do processo inicial de formulação, exigindo, portanto, o acompanhamento e avaliação sistemática, para subsidiar reformulações no processo e no Plano, através dos Planos anuais de ação, lembrando aqui importante observação de Carlos Matus (1991): “*o plano sempre está se fazendo, mas sempre está pronto para dar suporte à ação do dirigente*”.

Cabe comentar ainda, as limitações deste estudo em explorar toda a complexidade de temas possíveis de serem abordados, a exemplo, da análise da coerência interna do plano entre os problemas priorizados, os objetivos definidos e as estratégias de intervenções propostas. Com isso, apontamos a necessidade de novos estudos, que possam explorar aspectos não abordados em nosso trabalho, tendo como objeto de análise, por exemplo, o Governo como um todo e não apenas o processo de planejamento.

Enfim, podemos considerar que o cálculo técnico político utilizado na condução desse processo foi importante para gerar as condições necessárias à formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, naquele contexto, podendo expressar-se como uma prática de planejamento de forma estruturada, vindo agregar experiências na utilização de metodologias de planejamento de caráter participativo, inspirados no planejamento situacional, podendo ser ampliado e melhorado, no conjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Rio de Janeiro. Cadernos da Oficina Social nº3. COPPE/UFRJ, 2000, 25p.

BAPTISTA, T.W.F.; RESENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das Políticas de saúde**, 2011. p. 138-172. Online: disponível em <www.ims.uerj.br/ccaps>.

BARBIER, R. **A pesquisa ação**. Brasília: Líber livro editora. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva**. Brasília. Série: Cadernos de planejamento, Vol.2, 2. ed., 2009.

----- . Ministério da Saúde. **Formação e capacitação de recursos humanos para o Sistema de planejamento do SUS**. PlanejaSUS. Relatório. Coordenação Geral de Planejamento. 2011.

----- . Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Gespública. **Guia de Simplificação de processos**. Brasília: MPOG/SEGES, 2005. 300 p.

----- . Ministério da Saúde. Lei 8.080 e Lei 8.142 (1990). **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Online: disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/>, acesso em 15/10/2012.

----- . Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde** (2006). Brasília: Online: disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/>, acesso em 15/10/2012.

CALHAO, A.C. **A gestão de uma condição crônica de saúde no Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá**. 2008. 185p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

CAMPOS, G.W. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S. (org.) **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-42.

CAMPOS, N.M.F. **A gestão do sistema de serviços de saúde em Cuiabá na perspectiva de definição de prioridades**: um estudo de caso. 2009. 152 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

CAPELLA, A. C. N. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais- BIB (61), 2006: 25-52.

CPPS (Centro Panamericano de Planificación de la Salud). OPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile, Julio, 1975.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. **Perfil Socioeconômico de Cuiabá**. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano- IPDU, Vol. IV, 2009.

----- Prefeitura Municipal de Cuiabá. **Plano Diretor de Desenvolvimento Estratégico de Cuiabá**. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano- IPDU, 2008.

GERSCHMAN, S. **Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 90**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 417-34, 2001.

HABERMAS, J. *Relaciones com el mundo y aspectos de la racionalidade de al acción em quatro conceptos sociológicos de acción*. In: HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa I*. Madri: TAURUS, p. 110-146.

HEIMANN, L.S. (organizadora). **A descentralização do sistema de saúde no Brasil- uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas**. Relatório Final. São Paulo, Instituto de Saúde, junho de 1998.77p.

KINDON, J.W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. USA: Hallper Collings College Publishers, 1984.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES-MT em 2001**. Salvador, 2003, 151 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

LUNA, S.M.M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres [MT]: Ed. UNEMAT, 2008, p.134.

MACIEL, L.A. A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso 1880-1940. 1985. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (org.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e Regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT, 2012, p.21-80.

MAIA-JUNIOR, J.P. **Integração entre planejamento estratégico, orçamento e financiamento: um estudo de caso na secretaria municipal de saúde de Cuiabá**. 2012. 66 p. Monografia (Especialização de Gestão de Sistema de Serviços de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2012.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA; 1993.p. 297-554.

----- **Adeus, senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo, Ed. Fundap, 2007, 2ª impressão, p.381.

MEIRELLES, S.M.P. *et al.* Leis Orgânicas Municipais em Mato Grosso: Capítulo da Saúde. 1990. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (org.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e Regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT, 2012.p.85-94.

MEIRELLES, S.M.P.; SPINELLI, M.A.S.; AZEVEDO, J.O.; DUARTE, E; SOUZA, D.M.H.; BONNA, V. J. O processo de municipalização da saúde de Mato Grosso: Notas Prévias. 1991. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (org.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e Regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT, 2012. p.95-108.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. Ed. Editora Hucitec/ São Paulo, 2010.

MÜLLER-NETO, J.S. *et al.* **Conferências de Saúde e Formulação de Políticas em 16 Municípios de Mato Grosso, 2003-2005**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.30, n.73/74, p.248-274, maio-dez., 2006.

----- . Participação Social, Conferências de Saúde e Formulação de Políticas em Municípios de Mato Grosso. 2006. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (org.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT, 2012.p.169-230.

OLIVEIRA, H.M. Sistema de planejamento: uma análise exploratória do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013. **Relatório de pesquisa**. Salvador. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, novembro, 2011. 8p. (+ gráficos).

PAIM, J.S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. p. 408 - 433.

----- . Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G. W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.767-782.

----- . **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. EDUFBA/Editora Fiocruz, Salvador, Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. **Política e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública, 40(N Esp.): 73-8, 2006.

PINTO, I.C. de M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: O caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 2004. 237p. Tese (Doutorado) - Escola de Administração da UFBA, 2004.

RIVERA, F.J.U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. 1987. In: Rivera, F.J.U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.p. 153-176.

------. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. 1989. In: Rivera, F.J.U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989. p. 13-55.

ROCHA, A. A. R. M. **O Planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES Sergipe**. 2006.156 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SÁ, M.C.; ARTMANN, E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E.V. (org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil, 1994. p. 19-44.

SMS. FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Plano Municipal de Saúde 1999-2000**. Coordenadoria de Planejamento. Cuiabá, 1999.

------. FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Coordenadoria de Planejamento. Cuiabá, 2002.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Sistema Unificado e descentralizado de Saúde de Cuiabá-MT**. Manual de Referência e Contra Referência do SUDS. Cuiabá: SMS, 1998.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2005.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2010.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Plano de Trabalho Anual 2010**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2010 a.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Relatório de Gestão 2009**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2010 b.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Relatório de produção da rede, 1º quadrimestre**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2012.

------. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ. **Relatório de Gestão 2011**. Assessoria de Planejamento e Gestão. Cuiabá, 2012 a.

SIMON, H.A. **Comportamento administrativo. Estudo dos Processos Decisórios nas organizações administrativas**. Rio de Janeiro: FGV, 1970.

SIQUEIRA, E.M. **Historia de Mato Grosso: da ancestralidade aos dias atuais**. Cuiabá: Entrelinhas, 2002.

SPINELLI, M. A.S; MÜLLER-NETO, J.S.; SCHRADER, F.A.T; VENITES, V. As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro, Editora: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO, 2008.p.105-127.

TEIXEIRA, C.F. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303,1999.

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

------. **Planejamento Municipal em Saúde**. CEPS/ISC. Salvador, Bahia, 2001.80p.

------. Enfoques Teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDUFBA, 2010.p.17-32.

TEIXEIRA, C.F.; ABREU DE JESUS, W.L. Correntes de pensamento em Planejamento de saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDUFBA, 2010.p.33-50.

------. Proposta Metodológica para o Planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDUFBA, 2010. p.51-75.

TESTA, M. Mario Testa e o pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE RIVERA, F.J.; MATUS, M. **Planejamento e Programação em Saúde. Um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. Vol.2. 222p.

------. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992. 226p.

VASCONCELOS, C. M. Política e gestão no SUS: uma inteiração conflitiva. In: CASTRO, J. L.; FORMIGA, J.M.M.; VILAR R.L.A. (Org.). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos**. Natal: Observatório RH, NESC/UFRN; 2006.p.49-68.

VIEIRA DA SILVA, L.M.*et al*. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23(2): 355-370, Fev, 2007.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006.129p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

-----**. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

VILASBÔAS, A.L.Q.; PAIM, J.S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): 1239-1250, junho, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 (DOC. 01- SMS, 2012);
2. Plano de Trabalho Anual 2010 (DOC. 02- SMS, 2010 a);
3. Plano de Metas do Governo Municipal de Cuiabá: 2009-2012. (DOC. 03 - PMC, 2009);
4. Plano Diretor de Desenvolvimento Estratégico Cuiabá (DOC. 04 - Cuiabá, 2008);
5. Relatório: “Síntese documentos de políticas de saúde municipal, estadual e nacional para subsídios na formulação do PMS 2010-2013” (DOC 05 - SMS, 2009);
6. Relatório técnico: “Análise dos Planos de Saúde de longo prazo da Secretaria Municipal de Saúde” (DOC. 06 - SMS, 2009);
7. Relatório técnico: “Análise dos Planos Anuais de Saúde (2002 a 2009), da Secretaria Municipal de Saúde” (DOC. 7 - SMS, 2009);
8. Relatório de propostas metodológicas de “etapas para a construção do PMS 2010-2013” (DOC. 08 - SMS, 2009).
9. Documento “Síntese de reflexões do processo de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde” (DOC. 9 - SMS, 2009);
10. Relatório “Síntese do estudo de viabilidades políticas internas e externas” para o PMS 2010-2013 (DOC. 10 - SMS, 2009);
11. Plano de Ação para elaboração do PMS 2010-2013 (DOC. 11 - SMS, 2009);
12. Glossário para a formulação do Plano Municipal de Saúde (DOC. 12 - SMS, 2009);
13. Relatório “Consolidado dos problemas identificados por diretoria da Secretaria Municipal de Saúde” (DOC. 13 - SMS, 2009);
14. Relatório “Consolidado dos problemas e causas priorizados e suas respectivas pontuações” (DOC. 14 - SMS, 2009);
15. Apresentações (SLIDS) utilizadas como apoio nas oficinas de elaboração do PMS 2010-2013 (DOC. 15 - SMS, 2009);
16. Programações das Oficinas de elaboração e validação do PMS 2010-2013. ASPLAN/SMS, 2009, 2010 (DOC. 16 - SMS, 2009);
17. Listas de frequência dos participantes por oficinas de elaboração do PMS 2010-2013. ASPLAN/SMS, 2009, 2010 (DOC. 17 - SMS, 2009);
18. Atas de aprovação do PMS 2010-2013, dos Planos de Trabalhos Anuais 2010, 2011 e 2012, Plano Plurianual de Saúde 2010- 2013 e LOAS 2010, 2011, 2012. Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, 2012 (DOC. 18 - CMS, 2009);
19. Roteiro para Protocolo de Priorização de Problemas (DOC. 19, SMS 2009).

APÊNDICE 2

RELAÇÃO DOS INFORMANTES CHAVE CONVIDADOS A PARTICIPAREM DO GRUPO FOCAL E ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADA EM PROFUNDIDADE.

Nº	Representação	Setor	Formação	Cargo ou Função no Período	
				2009 e 2010	Atual
01	Gestores	Gabinete da SMS	Médico Especialista	Secretário Adjunto de Assistência	Secretário Adjunto de Assistência
02		Programa Saúde da Família	Enfermeira	Diretora do Controle, Regulação e Avaliação	Enfermeira ESF Pedregal
03		SMS e ISC/UFMT	Enfermeira	Assessora de Planejamento da SMS em 2009	Professora Titular da UFMT
04		ASPLAN	Assistente* Social	Assessora de Planejamento da SMS em 2010	Técnica da ASPLAN
05	Técnicos	DIVISA	Enfermeira	Técnica da ASPLAN	Coordenadora Vigilância Epidemiológica
06		Diretoria de Atenção Básica	Odontólogo	Técnico da Coordenadoria de Saúde Bucal	Técnico da Coordenadoria Saúde Bucal
07		Diretoria Vig. Saúde e Ambiente	Médica Veterinária	Técnica Diretoria Vig. Saúde e Ambiente	Técnica Diretoria Vig. Saúde e Ambiente
08		SEPLAN/MT	Tecnóloga* Ambiental	Técnica da ASPLAN	Técnica da SEPLAN- MT
09	Membros do CMS	Ouvidoria do SUS	Economista*	Ouvidora do SUS	Ouvidora do SUS
10		CMS	CMS

(*) Participaram da entrevista semi estruturada.

APÊNDICE 3

ROTEIRO UTILIZADO NO GRUPO FOCAL

1- IDENTIFICAÇÃO: Registrar a posição dos participantes, deixando fluir a sua apresentação e a posição ocupada no processo de formulação do PMSC.

Nome:

Instituição ou Setor que representa:

Cargo ou função que ocupou no período da formulação do PMSC 2010-2013?

2- CONTEXTO POLÍTICO – INSTITUCIONAL

a) Qual era a situação política na SMS no período de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013?

b) As questões da saúde pública foram priorizadas pelo governo municipal e pela Câmara de Vereadores nos últimos três anos (a partir de 2009)?

c) Quais foram os propósitos políticos que levaram à elaboração do PMSC?

3- PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO

a) Quem participou da elaboração do PMSC?

b) O que motivou a participação dos atores no processo de elaboração do PMSC?

c) Quais as orientações conceituais e metodológicas utilizadas na elaboração do PMSC? Como se deu a construção desse conhecimento? Houve participação em capacitações como o Planejasus?

d) Como foram organizados os trabalhos para a elaboração do PMSC? Quais as dificuldades encontradas?

e) Como se deu a identificação, a seleção, a priorização dos problemas?

f) Como se deu a definição dos objetivos e medidas de intervenções? Há objetivos e intervenções para cada problema priorizado? Houve discussões sobre a viabilidade das ações propostas?

g) Quem consolidou o documento final do PMSC? Como foi o processo?

h) O produto final (PMSC) foi validado? Pelos participantes do processo? Pelo CMS? Apresentado ao Executivo e Legislativo? É de fácil acesso aos técnicos e à comunidade?

i) Como é o sistema de planejamento da SMS? Participativo, normativo?

j) A equipe de planejamento da SMS foi tecnicamente qualificada?

k) A equipe de planejamento foi capaz de conduzir o processo de planejamento na formulação do PMSC?

ROTEIRO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS

(GESTORES E TÉCNICOS)

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Formação:

Instituição ou Setor que representa:

Cargo ou função que ocupou no período da formulação do PMSC 2010-2013?

Cargo ou função atual?

2- CONTEXTO POLÍTICO – INSTITUCIONAL

a) Como era a **situação política** na SMS no período de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 (PMSC)? Havia apoio do SMS, seus diretores e coordenadores no processo? A prefeitura apoiava as decisões definidas no âmbito do setor saúde? Havia projetos políticos, investimentos que favoreciam o setor saúde?

b) Houve **troca de dirigentes** (secretários, diretores, coordenadores) durante a elaboração do PMSC? As trocas eram devido a que circunstâncias? Essas trocas interferiram no processo de elaboração do PMSC?

c) Houve **intervenções políticas** por parte de partidos políticos, governos, vereadores, deputados, organizações de ensino, sindicatos, sociedade entre outros na elaboração do PMSC? Que tipo de intervenção? Foi positiva ou negativa para o processo de elaboração do PMSC?

d) Nos últimos três anos como foram as **relações do Poder Executivo** (Prefeito) e do **Legislativo** (Vereadores) **com a SMS** e o SUS em Cuiabá? As questões da saúde pública foram priorizadas pelo governo municipal e pela Câmara de Vereadores? Os princípios e diretrizes do SUS eram levados em consideração na tomada de decisões pelos diferentes poderes, através de leis, projetos, entre outros?

e) Quais foram **os propósitos políticos** que levaram à elaboração do PMSC? O cumprimento da Legislação? O repasse de recursos financeiros? A definição de prioridades na SMS? A lógica do orçamento no município e no Estado?

3- PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO

a) **Quem participou** da elaboração do PMSC? Houve algum **envolvimento** do Prefeito, secretários? Câmara de Vereadores? Outros setores de organização governamental e não governamental? Secretario Municipal de Saúde? Gestores da SMS? Técnicos da SMS? Do nível central? Das unidades de saúde? Do CMS? Da comunidade?

b) O que **motivou a participação** no processo de elaboração do PMSC? O reconhecimento da importância do processo? A obrigatoriedade imposta pelo gestor? A busca por informação e conhecimento? A colaboração técnica? A curiosidade?

c) Houve **orientações** sobre os **conceitos e os métodos** de planejamento utilizados

para a elaboração do PMSC? Quem repassava as orientações? Como eram repassadas? Houve discussões?

d) Como foram **organizados os trabalhos** para a elaboração do PMSC? Quem organizou? Quais as dificuldades encontradas? Houve vários encontros para a elaboração? Houve realização de trabalhos de grupos? Discussões em plenárias? Oficinas de trabalhos? Seminários?

e) Houve momentos para **apresentar e discutir os problemas** de saúde? Como foram apresentados e discutidos? Quem participou? Quais informações foram utilizadas? Utilizaram indicadores e outras informações de saúde? Relatórios de Conferências Municipais? Dos serviços de saúde? Opiniões dos participantes?

f) Como se deu a **seleção e a priorização dos problemas**? Houve técnica para escolha? Qual? Quem participou? O que subsidiou a escolha dos participantes?

g) Como foi a elaboração dos **objetivos e medidas de intervenções**? Houve discussões entre os participantes? Houve discussões sobre a viabilidade das propostas? Houve consensos na escolha das propostas? Há objetivos e intervenções para cada problema priorizado?

h) Quem consolidou o **documento final** do PMSC? O documento final representou o resultado dos trabalhos?

i) Você **conhece o produto final**, o PMSC? Foi aprovado pelo CMS? Foi apresentado ao Prefeito? Foi apresentado à Câmara de Vereadores? Está disponível para a comunidade em geral? É de fácil acesso?

j) Como você caracteriza o **Sistema de Planejamento da SMS**? É participativo? A equipe de planejamento é tecnicamente qualificada? Consegue se articular com o conjunto dos setores da SMS? Consegue se comunicar com os setores da SMS, fora da SMS e com o Conselho Municipal de Saúde? Esse sistema é capaz de conduzir o processo de planejamento na SMS?

(REPRESENTANTE DO CMS)

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Formação:

Instituição ou Setor que representa:

2- CONTEXTO POLÍTICO – INSTITUCIONAL

- a) No **período de elaboração** do Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013 (PMSC), como era a **situação política** vivida nos movimentos organizados no município? Como era a relação do CMS com a SMS? Os gestores se faziam presentes no CMS?
- b) Houve **trocas de dirigentes** (secretários, diretores, coordenadores) durante a elaboração do PMSC? Se sim, essas trocas interferiram no processo de elaboração do PMSC?
- c) Nos últimos três anos como foram as **relações do Poder Executivo** (Prefeito) e do **Legislativo** (Vereadores) com o CMS e com o SUS em Cuiabá? As questões da saúde pública foram priorizadas pelo governo municipal?
- d) Houve **intervenções políticas** na elaboração do PMSC? Que tipo de intervenção? Foi positiva ou negativa para o processo de elaboração do PMSC?
- e) Qual foi o **propósito** de elaboração do PMSC? A proposta do plano da SMS está em conformidade com o SUS? Traz alguma contribuição para a saúde da população?

3- PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO

- a) Quem **participou da elaboração** do PMSC? A comunidade foi ouvida? Os dirigentes da SMS (secretários, diretores, coordenadores) e os técnicos participaram de todo o processo?
- b) O que **motivou a participação** do CMS no processo de elaboração do PMSC? O reconhecimento da importância do processo? A busca por fazer valer os direitos da população? A busca por informação e conhecimento? A curiosidade?
- c) Houve **orientações** (explicações sobre conceitos, técnicas e métodos) para a elaboração do PMSC? Quem repassou as orientações? Como as orientações foram repassadas?
- d) Como foram **tomadas as decisões**? As opiniões dos participantes foram ouvidas e debatidas? As deliberações da conferência municipal de saúde foram levadas em consideração?
- e) Houve momentos para **selecionar os problemas** de saúde? O CMS participou desse momento? Os problemas foram discutidos?
- f) Para a **elaboração do plano** houve várias oficinas de trabalhos? Seminários? Trabalhos de grupos? Discussões em plenárias?
- g) Você **conhece o produto final**, o PMSC? Foi aprovado pelo CMS? Esta disponível para a comunidade em geral? É de fácil acesso?
- h) Como você caracteriza o **Sistema de Planejamento da SMS**? É participativo? A equipe de planejamento é tecnicamente qualificada? Consegue se articular com o conjunto dos setores da SMS? Consegue se comunicar com os setores da SMS, fora da SMS e com o Conselho Municipal de Saúde? Esse sistema é capaz para conduzir o processo de planejamento na SMS?

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela. Salvador/ Bahia- CEP 40110-040.
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398

Título do Projeto de Pesquisa: Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso.

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, da autoria de Hugna Mayre de Oliveira, sob a orientação da professora Carmen Fontes Teixeira, tem por objetivo analisar o processo de formulação e o Plano Municipal de Saúde de Cuiabá 2010-2013.

Procedimentos: A coleta de dados dessa pesquisa implicará na realização de análise documental, grupo focal e entrevistas semiestruturadas em profundidade com dirigentes e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. O grupo focal e as entrevistas envolverão perguntas relacionadas ao contexto político, institucional, conceitos e métodos utilizados, a organização do processo de elaboração e as características do Plano Municipal de Saúde 2010- 2013. As informações obtidas no grupo focal e nas entrevistas serão filmadas, gravadas, transcritas, analisadas e utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. Os resultados serão apresentados sob a forma de dissertação de mestrado, como também, em forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

Esse projeto de pesquisa segue as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil e foi submetido ao parecer do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia.

Destaca-se que a participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento do estudo. Vale ressaltar que a participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao entrevistado, também não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer momento, o (a) Sr. ou Sra. terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar com a pesquisadora responsável pelo estudo e a orientadora no Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelos telefones: (65) 9972-5376 (pesquisadora principal) Hugna Mayre de Oliveira e (071) 3283-7409 da orientadora Prof.^a Dr^a Carmen Fontes Teixeira. Além disso, terá garantida a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial.

Tendo recebido todas as informações e esclarecido dos meus direitos apontados anteriormente, declaro estar ciente do exposto e concordo em participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Cuiabá-MT/ Salvador-BA, _____, _____, 2012.

Assinatura do informante

Pesquisadora responsável

APÊNDICE 6

MATRIZ PARA ANÁLISE DO GRUPO FOCAL E ENTREVISTAS

N°	EVIDÊNCIAS DAS ENTREVISTAS EM RELAÇÃO ÀS UNIDADES DE ANÁLISE						
	Contexto político-Institucional	Relacionadas ao Processo					O produto
		Atores	Bases Conceituais/ Metodológicas	Seleção de Problemas	Formulação dos Objetivos/ Estratégias de Intervenção	Organização	

APÊNDICE 7

MATRIZ PARA COLETA DOS DADOS

CATEGORIA DE ANÁLISE	OBJETIVO	ROTEIRO PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS	FONTES DE VERIFICAÇÃO
Contexto Político e Institucional;	Caracterizar o contexto político-institucional em que foi elaborado o PMSC.	<p>Como era o contexto político – institucional quando da elaboração do Plano Municipal de saúde 2010-2013?</p> <p>Qual foi a posição dos gestores no processo de formulação da política de saúde, para o período de estudo?</p> <p>Qual a compreensão dos atores acerca do sistema de planejamento na SMS?</p>	Entrevistas com gestores, técnicos e representantes do Conselho Municipal de Saúde.
Processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde;	<p>Mapear os atores envolvidos no processo de elaboração do PMSC.</p> <p>Identificar as bases conceituais e metodológicas do processo de elaboração do PMSC.</p> <p>Descrever a organização do processo de elaboração do PMSC.</p>	<p>Quais atores participaram do processo de elaboração do Plano Municipal de saúde 2010-2013?</p> <p>Os atores envolvidos discutiram o conjunto das propostas e participaram da decisão delas?</p> <p>Qual foi a orientação metodológica para a elaboração do Plano Municipal de saúde 2010-2013? Quais as etapas para a formulação do plano?</p> <p>Como foi realizada a identificação e priorização dos problemas? Quais os métodos</p>	<p>Entrevistas com gestores, técnicos e representantes do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Análise documental de relatórios técnicos produzidos pelo setor de planejamento, atas, documentos normativos, técnicos e de apoio utilizados no processo de elaboração do plano de saúde.</p>

		<p>e as técnicas utilizadas?</p> <p>Como os atores chegaram à definição dos objetivos e ações de intervenção propostas?</p> <p>Houve discussões sobre a viabilidade das ações propostas?</p> <p>Como foi realizada a elaboração do Plano Municipal de saúde 2010-2013? Como foi a organização dos trabalhos?</p>	
Produto (Plano Municipal de Saúde)	Analisar as características do PMSC.	<p>Qual é a forma de estruturação do PMSC?</p> <p>Como estão apresentados e quais as principais características os itens ou capítulos do PMSC?</p>	Análise documental do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e dos Planos de Trabalho Anuais 2010,2011 e 2012.