



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Elisa Maria Ramos Carvalho

**USOS E “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**

Salvador – BA

AGO/2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Elisa Maria Ramos Carvalho

**USOS E “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**

Orientadora: Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Salvador – BA

AGO/2014

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

C331u Carvalho, Elisa Maria Ramos.

Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre planos municipais de saúde / Elisa Maria Ramos Carvalho. -- Salvador: E.M.R.Carvalho, 2014.

47f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Angélica R. de Menezes e Rocha.

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

1. Planejamento em Saúde. 2. Metodologia. 3. Sistema Municipal de Saúde.
4. Governo Local. 5. Planos e Programas de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



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

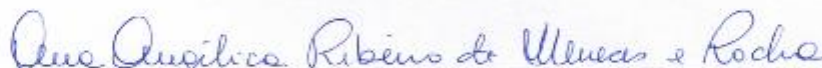
Elisa Maria Ramos Carvalho

“Usos e desusos do planejamento: uma análise sobre Planos Municipais de Saúde”

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 12 de setembro de 2014.


Banca Examinadora:



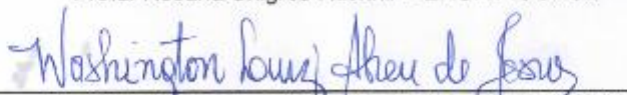
Profa. Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha /ISC/UFBA



Profa. Ana Luiza Queiroz Vilabôas – ISC/UFBA



Profa. Rosana Chigres Kushnir – ENSP/FIOCRUZ



Prof. Washington Luiz Abreu de Jesus – FAMED/UFBA

Salvador
2014

Elisa Maria Ramos Carvalho

**USOS E “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada sob forma de artigo ao Programa de Pós – Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

Data de aprovação: 12 de agosto de 2014

Banca Examinadora: Prof^a Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha (ISC/UFBA)

Prof^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA)

Prof^a Rosana Chigres Kuschnir (ENSP/FIOCRUZ)

Prof. Washington Luis Abreu de Jesus (FAMED/UFBA)

Salvador - BA

AGO/2014

À Bernardo,

Minha re-visão

Máquina breve

Cecília Meireles

*O pequeno vaga-lume
com sua verde lanterna,
que passava pela sombra
inquietando a flor e a treva
— meteoro da noite, humilde,
dos horizontes da relva;
o pequeno vaga-lume,
queimada a sua lanterna,
jaz carbonizado e triste
e qualquer brisa o carrega:
mortalha de exíguas franjas
que foi seu corpo de festa.*

*Parecia uma esmeralda
e é um ponto negro na pedra.
Foi luz alada, pequena
estrela em rápida seta.
Quebrou-se a máquina breve
na precipitada queda.
E o maior sábio do mundo
sabe que não a conserta.*

AGRADECIMENTOS

Após essa caminhada de passos firmes, mas também difíceis, é chegada a hora de agradecer a quem me possibilitou chegar até aqui.

Inicialmente agradeço a Deus, quem permite tudo em nós.

Ao meu filho Bernardo, não foram poucos os momentos em que a ausência da presença de sua mãe, o levou a buscá-la, em todos as etapas deste Mestrado. No início, nos intervalos das aulas, quando ainda amamentava e vinha em casa sempre no almoço só para alimentá-lo e acolhê-lo no colo. Passados os dois anos, nesta reta final, os desafios foram outros: “*Mãe, vamos brincar de pique?*” – dizia ele, enquanto a mãe precisava escrever; “*Mãe, dá só um colinho! Só um colinhozinho?*” e naturalmente tinha que parar o tempo para dar-lhe atenção no momento em que ele se dava conta de minha ausência. Aos meus pais, Carlos Carvalho, o Fuzileiro Naval da Marinha do Brasil (sempre atento ao tempo, perguntando: e o Mestrado, como vai?) e Cléo, minha eterna professora – vocês estão em cada página desta dissertação.

Aos meus irmãos, Vanessa e Gustavo, pelo carinho comigo.

À uma das pessoas das quais sem ela acho que não estaria aqui, pelas luzes que iluminou no início de minha trajetória profissional: Prof^ª Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro, seus estímulos quando fui sua bolsista do PIBIC/CNPq, estão vivos até hoje.

À Roberto Maia, por me possibilitar as viagens mais ousadas no caminho da gestão, espaço onde pude produzir e aprender muito.

Não poderia esquecer de Alcina Andrade, Marlene Carvalho, pela força no início, valorizando os primeiros passos deste Mestrado.

Aos meus colegas de trabalho da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em especial à Cristiano, pelo zelo e atenção de sempre.

À SESAB por abrir cada vez mais portas aos trabalhadores do SUS e, ao Instituto de Saúde Coletiva, um divisor de águas em minha vida. À Ana Luiza Vilasbôas, Washington Abreu e Rosana Kuschnir ao abrilhantar minha banca de defesa desta dissertação, quanta honra. Que agradecer também à Soninha e à Creuza, sempre acolhedoras nesta jornada.

E em especial à querida Ana Angélica, minha orientadora, pela leveza sem deixar de ser firme, pelo prumo, por ter sido meus olhos quando não enxergava – tantas vezes em que você

com sua simplicidade genuína, pegou minha mão, acreditou neste caminho e disse: Vamos? E eu fui e cheguei aqui. Após 2 anos e meio neste caminhar, concluo esta etapa. Hoje, 26 de agosto, somando 08, meu número de sorte, às 03:26 da manhã eu só devo dizer a todos vocês: Muito Obrigada!!

RESUMO

CARVALHO, E. M. R. USOS e “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: *uma análise sobre planos municipais de saúde*. (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Seria coerente esperar que o desenvolvimento de ações de saúde no nível municipal fosse mediado por um processo de planejamento que tivesse como resultado impacto na situação de saúde das populações. Entretanto, pairam interrogações sobre como se constroi e se conforma um Plano Municipal de Saúde em uma gestão, o qual deveria explicitar problemas de saúde e a partir destes, os respectivos objetivos e meios necessários ao seu alcance, mediante processo participativo amparado pela legislação do SUS. Este trabalho objetiva estudar o conteúdo dos Planos Municipais de Saúde em nove municípios do Estado da Bahia no período de 2010 a 2013. Através de estudo exploratório comparativo descritivo, utilizando como técnica a análise documental dos Planos Municipais de Saúde, identificados no conjunto de municípios selecionados, o Plano de Análise, foi elaborado à luz dos momentos do PES (propostos por Carlos Matus); do Postulado da Coerência e Triângulo de Governo. Em todos os planos municipais de saúde avaliados, foram encontradas análises de situação de saúde, mas em pouco mais da metade (05) a análise foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde. Apenas 03 dos planos deste estudo, estão disponíveis em site do município ou outros sites. Em 05 dos planos analisados os termos LDO e/ou LOA sequer são citados. Os achados apontam uma melhor capacidade de governo para elaboração deste documento. Prevalece uma racionalidade normativa no processo de elaboração dos planos municipais de saúde, entretanto contemplam também em menor grau as racionalidades estratégica e comunicativa.

Descritores: Planejamento em Saúde; Metodologia; Sistema Municipal de Saúde, Governo Local; Planos e Programas de Saúde.

ABSTRACT

CARVALHO, E.M. R. USES AND “DISUSES” PLANNING, an analysis of municipal health plans. (Professional Master’s in Collective Health)- Institute of Public Health. Federal University of Bahia.

Would expect the coherent development of health activities at the municipal level were mediated by a planning process that would result in impact health status of populations. However, questions loom about how you build and conforms a Municipal Health Plan in a management, which should explain health problems and from these, their objectives and the means in their power, through participatory process supported by SUS legislation . This work aims to study the contents of the Municipal Health Plans in nine municipalities in the state of Bahia in the 2010-2013 period. Through comparative descriptive exploratory study using a document analysis as a technique of Municipal Health Plans, identified in the set of selected municipalities the analysis plan has been prepared in the light of the moments of the PES (proposed by Carlos Matus); the Postulate of Consistency and Triangle Government. In all analyzed municipal health plans, analysis of population health were found, but in little more than half (05) analysis was presented to the Municipal Health Council. Plans only 03 of this study, are available on the county website or other sites. In 05 of the plans analyzed the terms LDO and/or LOA are even mentioned. These findings indicate a better ability of government to prepare this document. A normative rationality prevails in the drafting of municipal health plans process, though to a lesser extent also include the strategic and communicative rationality.

Descriptors: Health Planning; methodology; Municipal Health System, Local Government; Plans and Health Programs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Postulado da Coerência de Mário Testa.....28

Figura 2 - Triângulo de Governo de Carlos Matus.....29

LISTA DE AVREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do SUS

PPA – Plano Plurianual

PNS – Plano Nacional de Saúde

SMS – Secretarias Municipais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1	INTRODUÇÃO	15
	1.1 Campo normativo	15
	1.2 Campo conceitual	18
	1.3 Campo da produção científica	19
2	ABORDAGEM TEÓRICO – CONCEITUAL.....	24
	2.1 O Planejamento Estratégico – Situacional	24
	2.2 O Postulado da Coerência de Mário Testa	28
	2.3 O Triângulo de Governo de Carlos Matus	29
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7	APÊNDICES	45
	Apêndice 1 - Matriz para análise dos Planos Municipais de Saúde	45

1 INTRODUÇÃO

*O que seria realmente
necessário além disso?
O que estaria realmente
determinado?
Certeza real quanto a
estas questões é quase impossível.
(Campos, 2000:113)*

O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos, prazos e métodos de formulação, como requisitos para fins de repasse de recursos além de serem elementos dos órgãos de controle e fiscalização do sistema. O processo de planejamento nos e entre entes federativos produz outros processos, prazos e escolhas metodológicas que se conformam em espaços e momentos institucionais necessários para sua execução. Nesse sentido, se aproxima de núcleos ou campos, dadas as diversas formas de exercício dessa prática. Assim sendo, será adotado o conceito de campo¹, no desenrolar da análise desta análise.

1.1 Campo normativo

Com relação ao arcabouço jurídico normativo que dá expressão concreta ao planejamento, destacam-se, inicialmente, a Constituição Federal que determina em seu Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esses princípios são regulamentados pelas Leis nº. 8.080/1990 e nº. 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A Lei nº 8.080 determina em seu Capítulo IV – Da competência e das atribuições; Seção II – Da competência; Art. 16. – À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete (..) XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

¹ Para Bourdieu (1993) campo intelectual se conformaria como espaço aberto, ainda quando submetido a conflitos de origem externa e interna. No corpus verificar-se-ia seu subsequente fechamento em disciplinas, quando ocorreria a monopolização do saber, e da gestão das práticas por agrupamento de especialistas. A formação de disciplinas (corpus), no campo religioso, político ou científico, ocorreria com o fechamento ou institucionalização de parte do campo, com a conseqüente criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais a ele referentes. Para Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto com o compromisso da produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de um núcleo de saber e de prática profissional; e o **campo**, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas do saber, e da gestão das práticas por agrupamento de especialistas.

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Em seu Art. 4º traz que para receberem os recursos, de que trata o Art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com (...) III - plano de saúde.

A Lei nº. 8.080/90– atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16) (BRASIL, 2009).

Dando enfoque à gestão municipal, está determinado nesta lei que: Art. 18. À direção municipal do Sistema SUS compete: (...) II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual. Já no Capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento: Art. 36. - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente. Do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Desse modo, os planos de saúde devem ser a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento deverá ser previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo inclusive vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

No Brasil, as experiências de conformação do Pacto pela Saúde são tentativas de avanços normativos do SUS, passando da visão de considerar estados e municípios como meros prestadores de serviço, à assunção do seu papel como gestor na condição de ente federado. Entre os principais objetivos do pacto se insere a necessidade de implementar, difundir a cultura de planejamento e de formular metodologias e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, através da criação de um Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2009).

A portaria nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que *Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS*, no Art. 4º traz que o sistema de que trata esta portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais acerca destes instrumentos.

Em 28 de dezembro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.332, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. No Art. 1º aprova as orientações gerais (...) relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber: o Plano de Saúde (...) como um dos instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS, atentando-se para os períodos estabelecidos para sua formulação em cada esfera de gestão.

Essa norma no seu Art. 2º define o Plano de Saúde como o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS. A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber: a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 traz em seu Cap. III – Do planejamento da Saúde, Art. 15 – O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Segundo a Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Art. 38 – O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio do Tribunal de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual.

Deste modo, considerando a normatização trazida a partir do PlanejaSUS, chama a atenção a assunção do papel constitucional dos entes federados. Muito embora, exista uma dada tensão entre o que estava previsto no Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508/11, houve movimento recente de superação, a partir deste decreto, onde o tema planejamento retoma uma agenda importante no cenário do SUS. Em relação às atividades e instrumentos do planejamento para o SUS, a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, corrobora o planejamento, dentre outros aspectos, como um processo que deve se dar de modo ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

Além disso, trata da necessidade de compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o PPA, a

LDO e a LOA, em cada esfera de gestão e ressalta o aspecto da transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.

Ressalta-se que a partir das diretrizes do Pacto de Gestão, surge o bloco de financiamento da gestão do Sistema Único de Saúde, tendo no item 3e - II do Financiamento – Ações de Planejamento e Orçamento específico para custeio das mesmas. No item 4 – do Planejamento no SUS, a alínea “j” dispõe sobre a necessidade de promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.

Quando se observa as Normas Operacionais Básicas, que por algum tempo normatizaram a estruturação do SUS no país, apenas a NOB/92, cita o aspecto planejamento mas estando este reduzido a critérios de financiamento de AIH.

Ressalta-se, além disso, que a Norma Operacional Básica 01/96, apontou um reordenamento do modelo de atenção à saúde na medida em que, através dos instrumentos gerenciais, os municípios assumiram o papel de gestores do sistema, superando o papel exclusivo de prestador de serviços. Assim, o processo formal de planejamento é incorporado à gestão municipal (VILASBÔAS, 2006; NOB SUS 01/96).

1.2 Campo conceitual

Para além dos aspectos normativos e jurídicos, há que se registrar uma questão central que é o conceito e a prática de planejamento. Diante disso, considera-se alguns conceitos que circunscrevem estas práticas, dentre eles:

Para Teixeira, 2010:17 “(...)Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”.

“Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. (...) ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação” (VILASBÔAS, 2004).

No Brasil, a acumulação de experiências e o desenvolvimento da reflexão acerca das práticas de planejamento no SUS, geraram (...) a elaboração de uma estratégia para organização do chamado “sistema de planejamento do SUS” – PlanejaSUS, cujo objetivo é

criar condições para a articulação dos processos de planejamento nas três esferas de governo (TEIXEIRA, 2010).

Desse modo, no cenário brasileiro as práticas de planejamento, em especial a partir dos investimentos do PlanejaSUS, ganham relevância no contexto do SUS, podendo assim refletir novos modos do agir em saúde. Isto posto, é inegável o valor do planejamento para a execução de ações de saúde que sejam coerentes aos diversos cenários identificados.

1.3 Campo da produção científica

O último Plano Nacional de Saúde (2012 - 2015) traz, dentre os vários aspectos, que o processo de construção contribuiu para o planejamento do Ministério da Saúde e contemplou ampla discussão técnica e política sobre suas prioridades e desafios. Além do respeito à participação social, foi assegurado o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à CIT. Além disso, traz que no processo de construção ocorreu a compatibilização com o Plano Plurianual (PPA) – instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento federal (BRASIL, 2012:4).

Na esfera estadual, pesquisadores apontam que: em cenários institucionais mais frágeis, existe um espaço e uma possibilidade de planejar, mesmo que sejam necessárias formação de alianças (ROCHA, 2008). A incorporação de propostas que impliquem na adoção de métodos, técnicas e instrumentos de gestão “são introduzidos de forma desordenada, caótica, fragmentada e pontual, sem uma opção institucional explícita, um mix de métodos onde cada um aprende de um jeito e tenta aplicá-los à realidade” (LOTUFO, 2001:17). E na gestão essas disputas conceituais e metodológicas interferem na capacidade de decisão e condução das políticas na esfera estadual (MIRANDA, 2003).

Ainda sobre os planos estaduais de saúde e os relatórios de gestão, tem-se que:

estes são relatos de formulações diretivas e prestação de contas, valorizados à medida que são exigidos formalmente e como referências simbólicas. Todos concordam com a necessidade de sua realização, mas muitos questionam sua utilidade como tecnologia de apoio ao processo cotidiano de gestão (LOTUFO e MIRANDA, 2005:1159).

Na Bahia, “na direção da *tecnologia de gestão*² delineou-se o movimento denominado PlanejaSESAB, a partir da iniciativa do PlanejaSUS, considerando que era preciso contagiar a instituição com uma “onda” de planejamento” (JESUS, 2012). Esse movimento destaca-se como uma proposta de intervenção de caráter teórico metodológico, deflagrada em todo o estado, tentando superar alguns aspectos identificados em pesquisas no espaço da SMS de um município da Bahia:

Quanto ao uso do planejamento como ferramenta de gestão, considerado como a expressão de um método, pode-se inferir que a restrição do exercício de práticas de planejamento estruturadas e não – estruturadas para parte da equipe de uma SMS e em situações operacionais muito específicas, a exemplo do trabalho de uma equipe de saúde da família, revelava também a incipiência do próprio método e sua pequena capacidade de contribuir com o fortalecimento da organização (VILASBÔAS, 2008).

Segundo Vilasbôas e Paim (2006), não foram encontrados estudos que revelem possíveis contribuições do planejamento ao modo de conduzir as ações de saúde no âmbito municipal, para lançar os objetivos previstos nas políticas pactuadas em outras instâncias governamentais do SUS. De acordo com o estudo de Vieira da Silva, et al (2002), o planejamento não aparece com score alto nos processos de avaliação de implantação da descentralização mesmo em município classificado como de gestão mais avançada.

Isso corrobora com a temática em questão, pois se deve planejar, conferindo sentido ao processo de planejamento. De acordo com o estudo de Vilasbôas e Paim (2006), pode-se admitir, inicialmente, que em experiências municipais bem sucedidas quanto a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, haveria o exercício de práticas de planejamento para implementar políticas de saúde. Mas, considerando, em especial, a complexidade do cenário baiano, com um total de 417 municípios e em paralelo a necessidade de se desenvolver práticas eficazes, efetivas e eficientes de planejamento, está posto o desafio.

E este é grande, exigindo não apenas da política nacional de saúde, como refere Barata, 1997, mas também dos níveis estadual e municipal: clareza de objetivos, consciência da missão, organização adequada de recursos, financiamento suficiente, profissionais e trabalhadores capacitados.

Para Rocha, 2008, “o desafio é romper os pactos normativos já fixados, usar as instâncias como espaços de diálogo para enfrentar as contradições, inclusive das concepções

² Segundo JESUS (2012), construiu-se uma agenda de trabalho para o planejamento na instituição definido o escopo da intervenção na direção de se consolidar o planejamento como “tecnologia de gestão”, “dispositivo de rede” e “instrumento de intervenção pedagógica”.

teóricas sobre planejamento, cujas características mais avançadas são usadas de forma normativa”, (...).

No entanto para cada cenário municipal, existe uma equipe dirigente e um gestor municipal da saúde, responsável pela condução e acompanhamento desses processos. De acordo com Magalhães (2001), a transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS nos últimos anos encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparados para essa tarefa, incluindo-se nesta situação até as grandes capitais.

Em função desses achados e a percepção do despreparo da gestão municipal, há de se esperar certo descompasso na ação de planejar e o que pode acontecer em uma gestão e alguns fatores que podem estar associados.

O que se encontra, contudo, é uma situação paradoxal. Por um lado, o Planejamento, enquanto produto social da ciência política latina americana provocou movimentos no campo científico e ideológico através de proposições e metodologias potentes. Mas, ao mesmo tempo, parece existir uma força contrária ao processo de institucionalização do planejamento, o que leva os seus produtos a cumprir um papel puramente ritualístico contribuindo para construir “o SUS no papel” (ROCHA, 2008: 23).

Para Lotufo e Miranda (2005), “os gestores públicos de saúde não podem ser meros agentes administrativos providos somente de uma racionalidade instrumental ou normativa, cujos comportamentos seriam regrados para a condução dos sistemas de saúde e serviços”.

Destarte, um dos aspectos observados nos planos municipais de saúde, diz respeito a participação coletiva e compartilhada de gestores, trabalhadores e usuários na construção desse documento. Entretanto, isso também demanda questões relacionadas ao uso do poder nas instituições e como cada gestão opera a racionalidade comunicativa no seu cotidiano.

Esta racionalidade, identificada como um contrapeso ao predomínio da razão tecnocrática e estratégica. A plena vigência da racionalidade comunicativa estaria apoiada no desenvolvimento crescente das capacidades cognitivo – morais dos indivíduos, das capacidades normativas dos grupos sociais e das capacidades de julgamento crítico do saber cultural dos cidadãos (RIVERA 1995:14).

Dentro da perspectiva weberiana, o poder deriva tanto da propriedade quanto do conhecimento das operações. Neste sentido, mostra de como o poder penetra nas estruturas organizacionais de modo a servir a alguns, mas não a todos os grupos de interesse (HARDY, 2001).

Nossa premissa geral é a de que a planificação precisa alargar sua racionalidade. Entendida tradicionalmente como uma atividade racional de apoio à racionalidade finalística no sentido weberiano da produção de uma eficácia econômica ou política, a planificação deveria ser considerada precipuamente uma forma de racionalidade comunicativa (RIVERA 1995:14).

“Talvez o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo. Falar em planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais.” (RIVERA E ARTMANN, 1999:355).

Como ação social, o planejamento pode ser estabelecido em uma organização de forma a torná-la mais coerente com os propósitos do SUS. Também se torna necessário ressaltar que as instituições que compõem o desenho macro-organizativo do sistema de saúde são entes responsáveis pela elaboração e avaliação das políticas de saúde, identificando-as como autores e atores no desencadeamento dessas atividades.

Rocha (2008) aponta que em contexto de tomada de decisão negociada, como acontece no Sistema Único de Saúde, é necessário que se analise, explique e aprecie a realidade, a partir da visão de vários interessados e que estão imersos na situação concreta que precisam transformar. Para isso, a autora apoiada em Artman (1993), torna-se necessário compreendê-los a partir dos aspectos políticos, econômicos e ideológico-culturais da ação do homem na sociedade. Essa função exige novos aspectos institucionais, outra organicidade, a criação de uma rede de compromissos e responsabilidades com objetivos institucionais redefinidos como aponta Testa (1997, p 17). Na pertinência de que o ambiente pressiona a instituição por outros processos de trabalho se cria um novo valor de uso e um novo valor social em uma ação que se constrói como viável, sendo iniciada como um projeto, uma motivação e “para” um futuro. Ou seja, o “motivo para” (diferente das razões históricas originais que a sustentam) e um “motivo porque” (as raízes da motivação para formular em definitivo esse projeto particular) (SCHUTZ, apud TESTA, 2003, p. 22).

Assim, apesar da existência de instrumentos como o Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, o processo de planejamento parece em sua maioria resumir-se em práticas meramente normativas. Estas por sua vez nem sempre envolvem movimentos que possam subsidiar o enfrentamento das situações de saúde postas no cenário social, político-administrativo e em especial no cenário epidemiológico.

E assim, o planejamento resume-se ao normativo/operacional ou realiza-se o planejamento – estratégico – situacional? Instrumentos como o Plano Municipal de Saúde,

Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão são ou não meros documentos cartoriais, elaborados em face às cobranças dos níveis hierárquicos maiores na gestão do SUS? Instrumentos como PPA, LDO e LOA, são considerados para necessária interrelação?

Seria coerente esperar que o desenvolvimento de ações de saúde no nível municipal fosse subsidiado por um desenho de práticas que objetivasse impactar positivamente a situação de saúde das populações. Entretanto, pairam interrogações sobre o conteúdo dos Planos Municipais de Saúde em uma gestão, o qual deveria explicitar problemas de saúde e a partir destes, os respectivos objetivos e meios necessários ao seu alcance, mediante processo participativo amparado pela legislação do SUS.

Segundo Magalhães (2001), é fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Para tanto, neste estudo busca-se também evidenciar quais momentos estão envolvidos na elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

Paralelamente, na busca da base de dados lilacs e medline, a palavra uso está essencialmente voltada ao uso de medicamentos e/ou drogas. Neste estudo, o uso estará relacionado ao que traz o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, entre outros significados: Ato ou efeito de usar; Emprego frequente; Hábito local, costume particular; Costume, hábito, usança, prática consagrada e constante.

Diante do exposto, a partir das inquietações sentidas, frente a processos de gestão nem sempre pautados no planejamento estratégico situacional (PES), a temática escolhida para esta pesquisa foi: *Usos e desusos do planejamento*, considerando que, conforme regulamenta a Lei nº 8.142/90, os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde, dentre eles os Planos Municipais de Saúde, devem pautar sua base legal de sustentação.

A gestão governamental do SUS é essencialmente uma prática social de âmbito setorial, cujo valor de uso refere-se a uma intermediação (direção, comando, condução e comunicação) das políticas públicas de saúde. A direcionalidade das políticas de saúde, embora estabelecida em lei (fundamentos ético-normativos e estratégias de horizonte), não isenta seus gestores de suas responsabilidades na (re)formulação criativa e na garantia da viabilização de um direito social de relevância pública, a partir de condução cotidiana em busca de sua factibilidade, sustentabilidade, responsividade e utilidade em condições reais (LOTUFO e MIRANDA, 2007:1162).

Assim, ressaltados os aspectos de relevância para a estruturação de um bom processo de planejamento, em especial no nível local, este estudo busca analisar o conteúdo dos planos de

saúde dos municípios pólo das macrorregiões de saúde segundo os momentos explicativos e estratégico situacional do período de 2010-2013. Além disso, espera-se descrever o conteúdo dos planos segundo os momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático operacional; analisar o conteúdo dos planos segundo as categorias ator social, problemas e situação; caracterizar possíveis racionalidades contidas nos textos dos planos: normativa, estratégica e comunicativa.

2 ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 O Planejamento Estratégico – Situacional

Para a realização deste estudo utilizou-se, como um dos referenciais, o processo de planejamento estratégico situacional (PES), que possui relevância especial no nível local, a fim de que sejam desenvolvidas ações que efetivamente tenham pertinência às reais necessidades de saúde demandadas pela população.

O PES fundamenta-se em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de *situação* e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento.

Para o conceito de situação, afirma-se que:

o conceito de situação tem pouca tradição acadêmica. O pesquisador acadêmico observa a realidade com olhos do cientista. Só lhe interessa compreender o mundo e compreender aquela parte que é objeto da sua ciência. São duas limitações: compreender por compreender, sem relação direta com a ação; e compreender desde uma sala de estudo apenas um recorte convencional da realidade. (...) O dirigente político é um ator social que está no jogo social em papel de protagonista, não é um mero observador. Para agir precisa compreender (MATUS, 2005:178).

Consoante a estas afirmações, segundo Matus (1993, 1994), o conceito de *momento*, formulado para superar a ideia de “etapas”, muito rígidas, implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos.

O método PES prevê quatro momentos (MATUS, 1993, 1994) para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos *explicativo*, *normativo*, *estratégico* e *tático-operacional*.

Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais. São eles:

- O momento explicativo: onde se formula e explica o(s) problema(s);
- O momento normativo: que traz as propostas de ação em diferentes cenários;
- O momento estratégico: que constroi a viabilidade do plano;
- O momento tático-operacional: onde se propõe a execução e avaliação do plano.

O *momento explicativo*, “implica a análise da situação inicial, a qual inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação” (TEIXEIRA, 2010:29).

Considerando o momento explicativo, destaca-se que:

nenhum governo pode ser melhor que sua seleção de problemas. A arte de governar é a arte de saber escolher os problemas de modo a construir um balanço global positivo. A seleção de problemas é a primeira tarefa que fundamenta a formulação do projeto de governo. Se essa escolha for sistemática e cônica dos resultados possíveis, não haverá surpresas no momento de verificar os resultados obtidos em cada balanço (MATUS, 2005:477).

E então, pode-se pensar: Como os processos de análise de situação são realizados na prática? Que critérios e métodos são utilizados para a explicação da realidade?

O modo de compreender de um dirigente político não tem a serenidade, nem o rigor, nem a objetividade, nem a capacidade de juízo analítico próprias do cientista. Está dominado pela impaciência da ação e às vezes obnubilado por ela. Sua explicação é apenas um recurso para fundamentar sua ação. Não é seu principal propósito (MATUS, 2005:179).

É no cenário em que se insere cada dirigente político que emergem as necessidades de explicação da realidade para a adequada previsão do futuro. A tradução normativa sobre a construção dos planos foi definida/sistematizada pelo Ministério da Saúde. “No âmbito do sistema de Planejamento do SUS o atendimento aos requisitos para elaboração de Planos de Saúde, compreende dois momentos, a saber: análise situacional e formulação de objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009).

“O *segundo momento* contempla a elaboração da situação – objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados” (TEIXEIRA, 2010:29).

O *momento estratégico* supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos módulos operacionais na análise de viabilidade de cada uma das ações propostas.

Por fim o *momento tático – operacional* onde se propõe a execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano. Além disso, os atores envolvidos em sua elaboração podem ter relevância importante na definição dos processos envolvidos.

Para Matus (1994), o ator deve preencher três critérios:

- Ter base organizativa
- Ter um projeto definido
- Controlar variáveis importantes para a situação.

Assim, é importante ter claro o ator que assina o plano. Este sempre controla pelo menos algumas variáveis relevantes na situação e, além do ator-eixo ou ator principal, os outros atores que controlem recursos ou variáveis importantes devem ser considerados (ARTMANN, 1997). Desse modo, este ator, que assina e responde pelo plano, é quem responde aos órgãos de controle como Auditoria/SUS, Tribunais de Contas e outras instâncias de controle existentes no país.

Cada ator vê a realidade com seus próprios óculos. Compreende a realidade com diferente vocabulário, sensibilidade, acumulação de tradições e diferente capacidade de leitura do mundo que nos envolve (MATUS, 2005:177). Matus traz ainda que a explicação situacional de um ator tem como referência o lugar particular que, na prática social, cada jogador ocupa dentro da realidade e comprometimento com suas aspirações e metas (MATUS, 2005).

Assim, a importância deste ator é corroborada, considerando que o ato de planejar relaciona-se com a ação humana “a planificação enquanto processo social, não se reduz a um método propriamente, mas propicia um cálculo, um raciocínio, um pensamento, um diálogo, enfim, a produção de fatos políticos e sociais” (PAIM, 2002 b, 427 e 428).

Para Jesus (2012) é importante problematizar os sujeitos que, de fato, desencadeiam esse processo, ou seja, os atores políticos para quem o planejamento se apresenta. Segundo o mesmo autor, (...) mesmo em um contexto politicamente favorável e contando com atores institucionais comprometidos com o aperfeiçoamento da gestão pública do sistema de saúde, o processo de planejamento enfrenta uma série de dificuldades.

Deste modo, a partir da crítica ao planejamento como resultante de um único ator, o Estado, desponta uma visão mais plural, segundo a qual a dinâmica estatal e de

intervenção social pressupõe situações de compartilhamento de poder, que suscitam a necessidade de planejar em situações de conflito e cooperação entre os atores. Situações de exceção (regimes autoritários) exacerbaram o conflito e a relação de desconfiança reforçou contextos estratégicos (ARTMANN e RIVERA, 2010).

Matus, quando questiona que problemas selecionamos para o nosso plano faz uma relação entre quem é o ator neste cenário e a partir disso, que práticas se pode identificar:

Podemos responder, em primeira instância, que um ator seleciona os problemas que irá enfrentar segundo três critérios: valor dos problemas; eficiência, eficácia ou efetividade com que ele pode ser enfrentado; a possibilidade e oportunidade de enfrentá-los com êxito, que depende também do valor permanente e conjuntura que esses problemas têm para os seus oponentes, ponderados pelo peso ou força desses oponentes (MATUS 1993:305).

A posição de cada ator no cenário da gestão pode contribuir ou não nos processos de planejamento? Para isso este autor, acrescenta:

o espaço direcional de um ator delimita as fronteiras entre o que ele qualifica como problema e o que considera como realidades inevitáveis. Uma realidade inevitável passa a incorporar-se à nossa paisagem social. Não se luta contra o inevitável. Já o problema convida à ação. Ele é uma realidade insatisfatória, superável, que permite um intercâmbio favorável com outra realidade (MATUS 1993:305).

Deste modo, o conhecimento dos atores que estão envolvidos na elaboração de um plano é fundamental para a compreensão do seu contexto de concepção/elaboração e desenvolvimento. Aí se somam diversos elementos, onde se destaca o uso da epidemiologia.

Neste sentido, Teixeira aponta que:

o diálogo interdisciplinar entre as propostas de construção de um novo paradigma em epidemiologia com as formulações teórico-metodológicas desenvolvidas a partir da incorporação do pensamento estratégico e situacional, sustentado na experimentação de práticas de vigilância da saúde, principalmente ao nível local, é um caminho promissor ao repensar e refazer o planejamento em saúde (TEIXEIRA,1999:299).

Na perspectiva de mudança de práticas, a partir de uma nova lógica, a mesma autora complementa que: “isto pode vir a conferir uma nova direcionalidade ao processo de transformação das práticas de saúde, tendo em vista a mudança nas condições e “modos de andar a vida” que determinam e condicionam os fenômenos saúde-doença em populações (TEIXEIRA, 1999).

Assim, partindo do pressuposto que o ato de planejar requer olhar profundo à determinada realidade, diálogo com os diversos atores, com vistas a ampliar o olhar sobre esta

realidade, de modo a que se possam planejar ações que promovam impacto na situação de saúde das populações, planejar então assim, requer efetiva análise da realidade, conhecimento dos seus principais problemas, priorização a partir de diversos olhares (gestão, trabalhadores usuários), definição cuidadosa das ações necessárias para enfrentamento de cada cenário identificado.

Para Paim (2006), no Brasil alguns aspectos estão estreitamente relacionados ao ato de planejar. São eles: aspectos históricos, conceituais, metodológicos, técnicos e práticos.

Dentre estes aspectos, o enfoque neste trabalho será dado aos metodológicos e técnicos, os quais, considerando esta prática, serão destacados os quatro momentos fundamentais do planejamento estratégico situacional, já anteriormente citados.

2.2 O Postulado da Coerência de Mário Testa

Paralelamente a análise da utilização destes quatro momentos fundamentais do PES, será analisada, à luz do pensamento estratégico de Carlos Matus, as possíveis intersecções com o Triângulo de Governo e o Postulado de Coerência.

Sobre o este último afirma-se:

o postulado serviria como marco para entender a eficácia virtual (ou a viabilidade) de um método ou de um enfoque de planejamento. Eficácia aqui corresponde à possibilidade de cumprir o objetivo de promover um deslocamento de poder, de caráter transformador. Para Testa, a viabilidade de um enfoque depende da existência de coerência entre os três elementos nucleares do postulado: os **propósitos de governo, o método de planejamento e a organização**. Os propósitos podem ser de três tipos: crescimento, legitimação e mudança. O enfoque pode ser normativo ou estratégico. A organização, entendida como um centro de poder, é a consolidação institucional de uma associação de sujeitos (que podem ter interesses comuns ou não) e comporta três formas: burocrática, mista e criativa (TESTA, 1985).

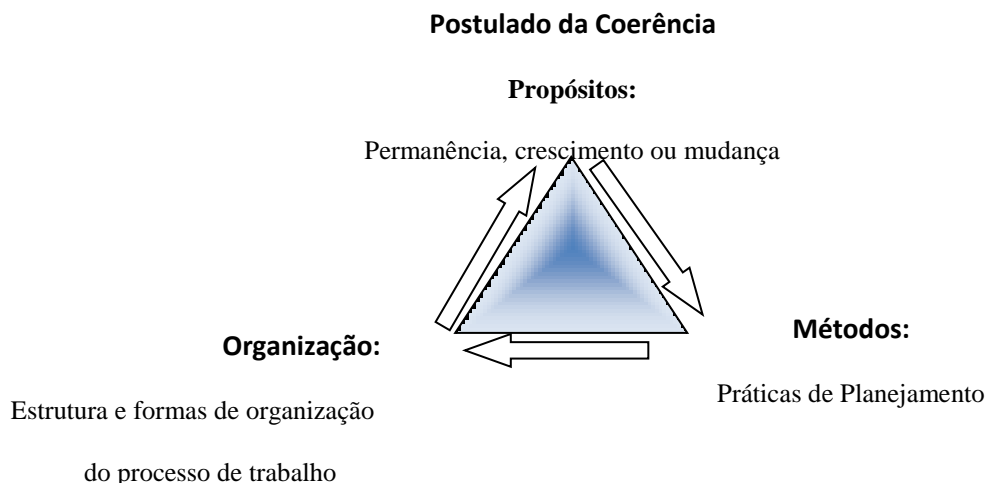


Figura 1 – O Postulado da Coerência de Mário Testa

Mas frente às possibilidades de mudança e o modo como um ator pode lidar com as mesmas, Matus ainda contribui que:

a mudança é a capacidade de enumerar possibilidades em um sistema em que os atores geram as possibilidades, quer dizer, quando as possibilidades não são um inventário estático preexistente. Os problemas novos, que são complexos, e mal definidos, permitem mais espaço para as mudanças do que os problemas rotineiros e bem definidos. Quais os fatores que inibem as mudanças? O ser humano não visualiza as possibilidades de mudanças quando assume cognitivamente restrições que não existem na realidade concreta, sem se questionar sobre a forma de superá-las. Na atitude passiva todas as restrições aparecem como inaceitáveis. Essas são as causas principais da repressão, consciente ou inconsciente, da mudança. E de fato, a mudança se baseia em superar ambos tipos de restrição (MATUS, 2005: 154).

2.3. O Triângulo de Governo de Carlos Matus

Considerando o referencial do Triângulo de Governo (MATUS, 1993), no vértice superior, encontra-se o PROJETO DE GOVERNO, ou seja, a agenda, o plano, o conteúdo programático que dependem do interesse, da possibilidade de ação e da capacidade de desenhar propostas. Para Matus (2005), nenhum plano é melhor do que a capacidade de escolher problemas e desenhar intervenções.

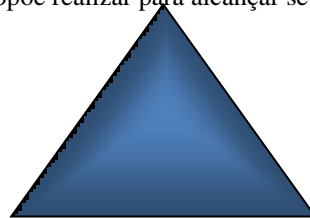
No outro vértice, tem-se a GOVERNABILIDADE, ou seja, o grau de exigência e de demandas relacionadas ao conjunto de variáveis controladas pelo ator para realizar o seu projeto. Por fim, a CAPACIDADE DE GOVERNO, ou seja, a capacidade de condução e de direção, aliada à expertise do dirigente isto é, ao total de técnicas, métodos e habilidades que ele dispõe.

MATUS: Triângulo de Governo

Projeto de Governo:

Conteúdo propositivo dos projetos de ação

que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos



Governabilidade:

Graus de liberdade/exigência do ator
para ação no governo

Capacidade de Governo:

Capacidade de condução ou direção
e refere-se ao acervo de técnicas,
métodos, destrezas, habilidades e
experiências de um ator

Figura 2 – O Triângulo de Governo de Carlos Matus

Sobre a capacidade de governo:

Considerando-se a natureza complexa e o caráter polivalente (político, técnico, administrativo) da gestão governamental no âmbito do SUS, a ideia de capacidade de governo possui expressões variadas pois requer mediações políticas constantes, como a conformação e o exercício de distintas competências de ação, de caráter instrumental, estratégico, normativo, comunicativo. E ainda a aplicação de métodos e tecnologias de gestão compatíveis para a atuação em distintos âmbitos e tempos (curto, médio e longo prazos) (LOTUFO e MIRANDA, 2005:1147).

Neste sentido, uma das contribuições sobre a formulação de projetos e planos numa instituição, traz que esta é influenciada pelo padrão planejado de organização em serviços de saúde e requer a identificação das distintas racionalidades que competem entre si no processo decisório (PAIM, 2002b:412).

Assim sendo cabe destacar, em particular, o papel da liderança do gestor municipal da saúde como fator aglutinador e mobilizador da incorporação de inovações na gestão.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo busca analisar o conteúdo de Planos Municipais de Saúde, à luz dos momentos desenvolvidos, de modo a compreender elementos que vem sendo efetivamente considerados nos processos de elaboração.

O plano diretor de regionalização do Estado da Bahia, vigente até a aprovação do Decreto nº 7.508/11, delimitava nove municípios pólo de macrorregião do Estado da Bahia. Essa definição cumpria critérios de contiguidade entre os municípios, respeito a identidade, rede de transportes e de comunicação, fluxos assistenciais e estruturação da rede de ações e serviços de saúde.

Assim sendo, a seleção dos municípios para realização deste estudo, utilizou o seguinte critério: ser pólo de macrorregião, conforme PDR/BA – 2007. Considerara-se que exista um dado grau de representatividade enquanto município pólo de macrorregião (em função da condição que assumem) e, por conseguinte de estruturação local, pois espera-se que a estrutura e os processos relacionados a gestão do planejamento nestes municípios, sejam realizados de forma mais qualificada, em função da posição que assumem no cenário baiano.

Desse modo, os nove municípios selecionados foram: Salvador, Alagoinhas, Juazeiro, Itabuna, Itabuna, Teixeira de Freitas, Jacobina, Vitória da Conquista, Barreiras, Feira de Santa. Os planos municipais de saúde estudados referiram-se ao período de 2010 a 2013.

Os documentos foram obtidos através do acesso a Comissão Intergestores Bipartite (no caso dos planos entregues) e através de contato direto com os municípios – pólo, nos casos em que estes não foram entregues à CIB.

Através do estudo exploratório comparativo descritivo, utilizando como método a análise documental dos Planos Municipais de Saúde, identificados no conjunto de municípios selecionados, o Plano de Análise, foi elaborado à luz dos Momentos do PES (propostos por Carlos Matus); do Postulado da Coerência e Triângulo de Governo. Deste modo, os planos foram comparados de acordo com a matriz de análise construída, considerando as categorias descritas (apêndice 1).

Quanto ao *Postulado da Coerência* neste estudo buscou-se evidenciar o *propósito* a partir das propostas, políticas e ações do plano, se os propósitos definidos têm relação com as funções da gestão municipal, ou seja, se as propostas de ação indicam legitimação, crescimento ou mudança. Pensando que todo e qualquer município precisa necessariamente garantir atenção básica à saúde da população de seu território, considera-se que esta é uma obrigação comum a todos eles, a partir do que se fez o recorte da atenção básica. A *organização* foi analisada a partir dos momentos desenvolvidos no plano e o *método* segundo verificação se as orientações normativas do PlanejaSUS foram consideradas em sua formulação.

A despeito do *Triângulo de Governo*, conforme descrito no plano de análise, as categorias: *projeto de governo e capacidade de governo*, foram analisadas a partir, respectivamente, da exploração do documento em si e sua composição à luz do que preconiza o PlanejaSUS e a capacidade de governo a partir da análise da composição da equipe e especificidade de relação com a prática de planejamento.

Ainda quanto ao *método da SMS como gestor do SUS*, as orientações do PlanejaSUS (BRASIL, 2009) trazem que o processo de formulação do Plano de Saúde deve considerar:

- Formalização da decisão do gestor de construir o Plano;
- Área de planejamento da respectiva esfera de gestão;
- Elaboração de proposta inicial para discussão com as áreas técnicas;

- Encontros com os Conselhos de Saúde;
- Encontro com outros setores de impacto sobre a saúde;
- Incorporação das propostas à proposta inicial, conformando a versão preliminar;
- Submissão às áreas técnicas;
- Proposta do Plano de Saúde, para apresentação ao CMS;
- Publicação em ato formal do gestor da versão aprovada no CMS

A categoria ***governabilidade*** foi analisada a partir da verificação de disponibilidade dos planos nos sites, CIB e tribunais de contas/órgãos de auditoria.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de melhor compreensão do que aponta a análise realizada dos Planos Municipais de Saúde, serão utilizados alguns elementos de análise, a saber:

Quanto ao ATOR QUE PLANEJA...

Considerando o primeiro eixo do plano de análise documental, que diz respeito à capacidade de governo em planejar, assim como o nível da organização, observa-se no conjunto dos planos analisados que em apenas um deles não se descreveu a equipe responsável pela elaboração deste documento. Ademais, em todos eles, a equipe que compõe a gestão da secretaria municipal de saúde é apresentada. No processo da gestão em saúde, em todos os níveis, o planejamento precisa ou deve estar inserido em todas as dimensões do trabalho em saúde. Entretanto, ressalta-se que em três do total de municípios analisados, não existia equipe específica na área de planejamento, corroborando com os achados nacionais: “nas regiões Norte e Nordeste do país, apenas em torno da metade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de todos os portes municipais, tem área de planejamento institucionalizada e com profissionais com papéis definidos” (BRASIL, 2009).

Assim sendo, pode-se observar que no cenário municipal, nem sempre é priorizada a constituição de equipe própria da área de planejamento, o que certamente tem reflexos ao processo de planejamento local.

Em municípios com mais de 100 mil habitantes, a maior frequência de pessoas atuando em planejamento é a de 1 a 5, em média (BRASIL, 2009); municípios com mais de 100 mil habitantes, essa média sobe para 6 a 10. Ressalta-se que mais de 50% dos municípios

baianos tem menos de 20.000 habitantes, cenário no qual, pela mesma pesquisa do PlanejaSUS, é raro o município possuir equipe própria de planejamento.

Segundo Silveira et al (2010:1715), “alguns autores argumentam que as responsabilidades advindas da descentralização podem agravar as dificuldades territoriais e institucionais existentes diante da escassa capacidade técnica e financeira da grande maioria de municípios”, aponta ainda a existência de carência de estruturas adequadas nas áreas de gestão do trabalho, educação, informação e comunicação em saúde, onde segundo os mesmos autores para efetivação de mudanças no processo gerencial, é necessário ainda que se fortaleça a autonomia dos municípios, se reforce o planejamento local e participativo, e se valorize as instâncias colegiadas e de controle social.

Contrapondo com a capacidade de governo, que é afetada pela ausência/fragilidade, neste aspecto traz Campos (2000) que se um assessor ou apoiador não detém um mínimo de formação na área, dificilmente poderá contribuir para clarear essa parte do mundo das finalidades nos serviços aos quais venha a ser chamado.

Neste sentido Solla (2010) contribui fazendo uma relação entre o desenvolvimento desta prática de modo limitado e os reflexos em função disso, onde diz que a rotina da gestão, a máquina burocrática, são acompanhados de uma redução do potencial “transformador”. E complementa trazendo que isso restringe os marcos da criatividade e da ousadia, distanciando alguns autores do processo de formulação e implementação de políticas públicas. Considerando estas questões complementa-se com a abordagem de outro autor que traz sobre as implicações da ausência de planejamento:

A falta de apoio para fazer política tem gerado a improvisação, o imediatismo e a incapacidade para processar tecnopoliticamente os problemas sociais. As ciências sociais dão costas à política, e a política também dá as costas às ciências sociais. É por isso que impera o pragmatismo das soluções sem planejamento (...) (MATUS, 2005: 31).

Percebe-se, deste modo, a importância da capacidade de governo para uso de um processo adequado de planejamento a fim de que este seja orgânico às necessidades de enfrentamento no diversos cenários encontrados.

Sobre o momento normativo...

Em todos os planos municipais de saúde analisados as etapas propostas foram explicitadas no documento, ressaltando o que aponta a dissertação de Cruz (2012) quando considera que a maioria dos planos seguiu o Guia de Orientações.

Ressalta-se ainda as conclusões de um estudo de Merhy (1994), que todos os métodos que procuram impor-se aos instituintes, ambicionando ser em si um instituinte, acabam configurando-se como processos prescritivos/normatizadores para uma realidade e que os negam do ponto de vista da construção de procederes eficazes para se desenhar o futuro.

Sobre a exploração do momento explicativo: a epidemiologia como ferramenta para tomada de decisão

A análise de situação de saúde foi realizada por todos os 09 municípios, fundamentada em dados epidemiológicos de caracterização do município. Embora não se tenha feito pesquisa mais aprofundada, isso pode apontar resultados do investimento da Secretaria da Saúde do Estado a Bahia, em especial no período de 2007 – 2010, na busca de qualificação dos processos de planejamento nos municípios em nosso estado.

A institucionalização de um planejamento epidemiologicamente orientado, em suas múltiplas dimensões, desde a formulação de macro-políticas até a programação de ações de intervenção sobre os problemas singulares no espaço de uma unidade de saúde local, portanto, é uma opção política radical que leva em conta a especificidade do(s) objeto (s) no campo da saúde e, por outro lado, permite o desenvolvimento de novos sujeitos nas práticas de saúde coletiva (TEIXEIRA,1999:300).

Entretanto, ainda que o uso da epidemiologia apareça como aspecto valorizado nas análises de situação apresentadas, em um dos 09 planos analisados, não foram identificados os problemas de saúde; em dois não foi realizado processo de priorização de problemas e em todos eles não se apresentou a rede explicativa dos problemas priorizados.

Isto aponta para aspectos de fragilidade no conteúdo da análise de situação de saúde, dada a ausência da explicação dos problemas. Tal ausência pode ter comprometido a coerência interna dos planos analisados, pois não há evidências da relação entre as causas dos problemas priorizados e os objetivos apresentados nos planos em análise.

Entretanto, como não consta nos planos, a explicação dos problemas, corre-se o risco apontado por Chorny, quando traz que:

São feitos exaustivos estudos e análises que dão origem a extensos diagnósticos, mas na hora de definir o curso de ação, é tão grande o número de problemas detectados e são tão variadas suas causas, que a proposta está muito longe de aproximar-se ao que seria desejável. Trata-se do planejamento “Aquarela do Brasil”, começa com uma sinfonia e termina como uma marchinha (CHORNY, 1993:37).

Assim, embora não tenha se detido na análise de coerência, autores como Cruz (2012) apontam que, analisando a coerência interna de Planos Municipais de Vigilância Sanitária - VISA, apenas 8,34% são completamente coerentes, ou seja, há coerência entre a análise situacional, os problemas priorizados, as ações propostas(...), as metas ou os resultados esperados, os responsáveis e a previsão de recursos financeiros.

Sobre o tático – operacional...

Em todos os planos municipais de saúde analisados não foi identificado desenho de estratégias para as ações definidas. Em 07 deles definiu-se responsáveis, em 05 foram definidos prazos e em 07 deles houve definição de indicadores de acompanhamento e avaliação. Estes elementos reforçam a capacidade de governo na perspectiva da efetivação de um sistema de petição e prestação de contas, que permita correção de rumos, alcance e cumprimento de metas e conseqüentemente cumprimento do plano.

Observando estes resultados, a categoria porte municipal passa a ser um achado do empírico, considerando que o aspecto (porte) não foi identificado como um elemento na análise. Ressalta-se que este distanciamento entre plano municipal de saúde e programação orçamentária não ocorreu necessariamente nos municípios menores, onde se estima que haja menor capacidade técnica para construção do documento.

Quanto ao Controle Social...

Em 05 dos planos analisados, a análise de situação de saúde não foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em apenas um dos municípios não consta no plano o registro da apresentação, ao final de sua elaboração, ao Conselho Municipal de Saúde.

Paim (2007) aponta que “a saúde como responsabilidade social e como direito conquistado, requer a participação organizada da população, do mesmo modo que os serviços de saúde para serem modificados necessitam de uma participação dos profissionais de saúde.” Além disso o mesmo autor, tratando dos avanços do SUS nos últimos 20 anos, comenta que:

Realizaram-se inovações institucionais como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a

participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema (PAIM, 2011:27).

Para Merhy (2005), a construção de espaços democráticos e dos atores necessários à construção do SUS não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema. Novos arranjos políticos, de gestão e de participação, são, portanto, indispensáveis. Criação e ampliação de espaços discussão e responsabilização implica no reconhecimento dos profissionais como operadores do plano (SANTANA, 1993). E tal reconhecimento implica assumir, no plano institucional, a prática de mecanismos participativos de gestão.

A análise dos planos não permitiu identificar se os mesmos foram apresentados para os profissionais ou toda a SMS, reconhecendo o papel central dos profissionais na vida da organização.

Quanto a avaliação do Projeto de Governo

A análise dos planos revela que a maioria (oito) dos municípios seguiu as orientações normativas preconizadas no PlanejaSUS. Isso pode revelar o impacto dos investimentos deste sistema, e em especial do PlanejaBahia, onde espera-se melhor capacidade técnica para elaboração do projeto de governo.

A atenção básica é sinalizada como área de atenção especial na totalidade de municípios, revelando a especial atenção dada a esta área de atenção. Em quatro dos planos analisados, o orçamento não foi elaborado e em cinco deles os termos LDO e/ou LOA sequer foram citados, denotando ainda uma prática não consolidada de vinculação destes elementos às ações planejadas, não coincidindo necessariamente com os municípios menores, onde se estima que haja menor capacidade técnica para construção do documento. Apenas três dos nove planos analisados estão disponíveis em sites do município ou outros sites.

Quanto à formação de alianças, disso dependeria analisar as alianças que a gestão assumiu em que só seria possível verificar com a realização de entrevistas com os gestores (de saúde e do município). O projeto de governo pode ser influenciado pelas alianças e processos contidos no programa. Entretanto, isso se constitui numa lacuna desse estudo, pois, exigiria acesso aos gestores, o que não foi realizado nesta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acaso modifica o Necessário.

*O sujeito constroi e desconstroi
necessidades durante todo o tempo.*

*Sujeitos sustentam necessidades caducas e
concretizam desejos impensáveis.*

Assim tem sido.

(Campos,2000:113)

A análise dos planos municipais de saúde de nove municípios do estado da Bahia, aponta que: prevalece uma racionalidade normativa no processo de elaboração dos planos municipais de saúde. Entretanto, percebem-se em menor grau práticas que consideram as racionalidades estratégica e comunicativa. A maioria dos planos mantém coerência com as orientações normativas do PlanejaSUS, o que demonstra nesse cenário de estudo, reflexos importantes do esforço desse sistema e em especial do PlanejaBahia. Além disso, considerando todos os aspectos normativos seguidos, e um dado equilíbrio na elaboração dos planos (à luz da análise documental), percebe-se melhor capacidade de governo para o desenvolvimento deste processo, apesar da inexistência de equipe específica da área de planejamento em boa parte dos municípios analisados.

Outrossim, chama a atenção o nível de distanciamento entre esse instrumento de gestão e elementos que subsidiem a programação orçamentária no nível da saúde, possivelmente assumida em outro nível da gestão externo e/ou alheio à saúde. Ressalta-se que não existiu correlação direta entre capacidade de governo e projeto de governo no que tange a proposta orçamentária definida. A categoria porte municipal não foi utilizada no plano de análise. Entretanto, percebe-se que municípios de menor porte frente a outros maiores, garantiram em seu plano tal dimensão.

Resta saber, se alcançada a evolução normativa e qualificação de pessoal, consegue-se garantir se o que está escrito no plano está coerente com a função que a gestão municipal tem em promover, proteger e cuidar da saúde da população.

Destarte, quanto ao o valor de uso aferido ao processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde, uma vez considerados os momentos realizados durante a construção do

documento, constitui-se uma lacuna do estudo que possa se aprofundar sobre a questão com os gestores e dirigentes da saúde.

Mostram-se deste modo, definição de propostas de ação a partir de uma realidade não plenamente investigada/explicada; fragilidade de métodos e por consequência a manutenção de uma certa debilidade na organização para os fins a que se propõe.

Portanto, a partir desta análise, evidencia-se relativo desuso ao planejamento, considerando a necessidade do desenvolvimento de práticas processuais no desenrolar de sua composição, que contem com racionalidades estratégicas e comunicativas, não percebidas em boa parte dos planos analisados.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**, 1997. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.
2. BARATA, R.B. **Condições de Saúde da População Brasileira em Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997.
3. BOURDIEU, P. 1983. **O campo científico**. In Ortiz R. (org.) Pierre Bourdieu. Editora Ática, coletânea Grandes Cientistas Sociais.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006: 76p.
5. BRASIL. DECRETO Nº 7.508 DE 28 DE JUNHO DE 2011. Disponível em < http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_25%20_201_decreto_7508.pdf > acesso em 21/07/2014.
6. BRASIL. **Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012; 14 de jan.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º95, de 26 de janeiro de 2001. Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília, 2001.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar -2. ed. revista e atualizada. – Brasília, 2002.
10. BRASIL. **Portaria MS/GM N° 3085 de 01 de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 2006; 02 de dez.
11. BRASIL. **Portaria MS/GM N° 3.332 de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 2006; 29 de dez.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Organização e Funcionamento**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. v. 1.
13. _____. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. v. 2.
14. _____. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. v. 5.
15. _____. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. v. 6.




16. CAMPOS, G.W de S., **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.
17. CAMPOS, G.W.S. **O anti – Taylor e o método Paideia:** a produção de valores de uso, a produção de sujeitos e democracia institucional. Tese de livre – docência. Campinas – SP. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 2000.
18. CAMPOS, R.O. **O planejamento no labirinto:** uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.
19. CHORNY, AH, **Planificación em Salud:** viejas ideas em nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales* 73: 23-44, 1993.
20. CRUZ, S.P.L. **Planos Municipais de Vigilância Sanitária:** análise de coerência e consistência técnica. Dissertação de Mestrado. Salvador, 2012.
21. HARDY, C. and Clegg, S. **Alguns ousam chamá-lo de poder.** In: Clegg, S.; Hardy, C.; Nord, W. *Handbook de Estudos Organizacionais* volume 2. São Paulo: Atlas, 2001, p. 260- 292.
22. HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa,** 2014.
23. JESUS, Whashington Luiz Abreu de. **Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 2007 – 2009.** Whashington Luiz Abreu de Jesus, Salvador - 2012. f:170.
24. LOTUFO, M. e MIRANDA, A. S. de. **Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde.** *Rev. adm. pública;*41(6):1143-1163, nov.-dez. 2007. tab.
25. MAGALHÃES, H. M. J: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.344 p.

26. MATUS, C. **O plano como Aposta**. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez.1991.
27. MATUS, C. **Guia Teórico de Análises. Curso de Governo e Planificação**. Caracas.Fundação Altadir, 1994.
28. MATUS C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA; 1993.
29. MATUS, C. **Teoria do Jogo Social** / Carlos Matus; tradução Luíz Felipe Rodriguez. Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant´Ana. – São Paulo: FUNDAP, 2005. 524p.
30. MERHY, E.E.,Engravidando as palavras, o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATOS, R. (Org.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2005.p.195-206.
31. MERHY, E.E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**,1994.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009,56 p.
33. PAIM, J.S. **Estratégia, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária em Reforma Sanitária Brasileira**, 2007.
34. 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, 2002b. p.407-429.
35. PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas** / Health Planning for not

- specialists In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.767-782, tab.
36. PAIM, J. S. Travassos, C. Almeida, C. Bahia, L. Macinko J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, Saúde no Brasil maio de 2011, p 11 – 32.
37. RIVERA, F. J.U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma Crítica ao Enfoque Estratégico/** Francisco Javier Uribe Rivera. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.253 p.
38. RIVERA, F. J. U e ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metológica e agir comunicativo.** Ciência e Saúde Coletiva, 4 (2):355 – 365, 1999.
39. RIVERA, F. J. U e ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa.** Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010.
40. ROCHA, A. A. R. de M. e, **O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/SERGIPE.** / Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha. – Salvador: A.A.R.M. Rocha, 2008. 156p.
41. SANTANA, JPA 1993, **Gestão do Trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta.** Cadernos RH Saúde. Brasília v I, n. 3, PP. 51-61.
42. SILVA, K. C. L.; SANTOS, E. R. R.; MENDES, M. S. **O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil.** Journal of Management and Primary Health Care, Olinda - PE, v. 3, n. 1, p. 15-25, 2012.

43. SILVEIRA, D. S. et al. **Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde nos municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, Set. 2010.
44. SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997 – 2008.**/Jorge Solla. – São Paulo: Hucitec, 2010. 347p.
45. TEIXEIRA, C.F. **Epidemiologia e planejamento de saúde. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.287-303, 1999.
46. TEIXEIRA, C. F.(organizadora). **Planejamento em saúde: Conceitos, Métodos e Experiências** – Salvador: EDUFBA, 2010, 161p.
47. TESTA, M. Planejamento em Saúde: **As Determinações Sociais**. In: Duarte Nunes, Everardo. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. OPS, Brasília, 1985.
48. VIEIRA DA SILVA, L.M. Hartz Z.M.A., Chaves, S.C.L., Alves G.P. e Paim, J.S. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil.** Cad Saúde Pública 2007; 23(2): 355-370.
49. VIEIRA DA SILVA, L.M. et al. Análise de implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde na Bahia: município C. Relatório de pesquisa. Salvador, Brasília. ISC/MS, 2002.
50. VILASBÔAS, A.L.Q. **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.
51. VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** [Tese de Doutorado] /Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – Salvador: A.L.Q. Vilasbôas, 2006. 129p.

	O Plano ao final foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde ou outras entidades/representações?	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Propósito	Está definido como propósito a ampliação de cobertura da SF?	Não se aplica	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Método	No Plano Municipal de Saúde estão descritas as etapas da construção do mesmo?	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
Governabilidade	Todos os Planos Municipais de Saúde estão disponíveis na CIB?	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
	Os planos estão disponíveis nos sites de cada município ou outros sites	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
	Os planos foram estão disponíveis tribunais de contas/órgãos de auditoria	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado

	Não realizado
	Realizado
	Não se aplica