

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva - ISC

**O Plano de Saúde no âmbito da gestão local: o caso da
microrregião sul matogrossense de saúde**

Mirela Rodrigues Padilha

CUIABÁ - MT
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

O Plano de Saúde no âmbito da gestão local: o caso da microrregião sul matogrossense de saúde

Mirela Rodrigues Padilha

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Wildce da Graça Araújo Costa.

**CUIABÁ - MT
2009**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processo fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha filha Luiza. Apesar de não conseguir lhe dar a atenção que deveria nos seus primeiros meses de vida, espero que tudo isso se reverta a você como exemplo de dedicação e força na busca de seus ideais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida e ao Espírito Santo por me guiar e direcionar na realização desse trabalho.

Ao meu marido, que tantas vezes compreendeu minha ausência como mãe e esposa, fazendo o possível para compensá-la nos cuidados com nossa filha;

Aos meus pais, que tanto me incentivaram e colaboraram na concretização desse sonho: à minha mãe que sempre me impulsionou a permanecer no caminho do conhecimento para melhorar profissionalmente e como pessoa. Ajudou-me em todos os sentidos. Cuidou da Luiza nas horas de aflição para finalizar o trabalho, nos períodos de orientações, e sempre com palavras de determinação e confiança me deu força para ir até o fim. E ao meu pai que sempre torceu por mim e confiou em minha capacidade. Sem o apoio de vocês teria sido muito difícil chegar até aqui;

À minha orientadora, professora Wildce pela paciência e por aceitar o desafio de conduzir-me, até o final dessa jornada;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CAPES, pela bolsa fornecida durante dois anos de estudos o que contribuiu e possibilitou a realização desse trabalho;

Aos professores Cipriano, João Carlos, Scatena, Lígia e Maria Clara pelas contribuições na banca de defesa, nos processos de qualificação e pré-banca, e a todos os professores do ISC com quem tive aula;

Aos funcionários, em especial Haílton e Jurema pela disposição em ajudar nos episódios burocráticos pertinentes ao trabalho;

Aos colegas de turma pelo período de aprendizagem que passei com todos, e por toda ajuda recebida em minhas estadas em Cuiabá, com um especial agradecimento à Ana Calhao pelos elogios e palavras de incentivo, e por acolher-me tantas vezes em sua casa; e à Vera Onório pelo companheirismo e hospedagens quando precisei pernoitar em Cuiabá;

A Tânia, Kedma e Larissa por conduzirem tão bem as lacunas geradas em minhas ausências na clínica;

À Edy e agora Graziela, secretárias compreensivas, que conseguiram administrar os problemas com sabedoria e responsabilidade nos momentos em que estive ausente.

RESUMO

PADILHA, M.R. O Plano de Saúde no âmbito da gestão local: o caso da microrregião sul mato-grossense de saúde. [Dissertação de Mestrado] Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2009.

O plano de saúde é um documento de elaboração obrigatória que explicita as ações de governo e define estratégias na condução da saúde de uma população. Este estudo teve por objetivo verificar sua utilização na gestão procurando-se identificar os atores participantes em sua formulação, a importância dada à utilização no cotidiano da gestão e a finalidade conferida a ele após sua elaboração. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os secretários municipais de saúde e com os representantes do setor de planejamento dos municípios de Campo Verde, Itiquira, Pedra Preta, Primavera do Leste e Rondonópolis, pertencentes à microrregião Sul-Mato-Grossense de saúde, definida pelo Plano Diretor de Regionalização 2005/2006. Realizou-se, análise documental dos Planos de Saúde, Relatórios de Gestão e Atas dos Conselhos Municipais de Saúde para cruzar informações e evidências objetivas das respostas dos entrevistados. Os resultados demonstraram pouca participação de atores envolvidos no processo de gestão na elaboração dos planos nos municípios estudados. O envolvimento com a elaboração dos Planos ocorre em nível estratégico e a participação efetiva de usuários ou do Conselho Municipal de Saúde na tarefa é pouca. Todos os entrevistados reconheceram a importância prática da utilização do Plano na gestão mas relatam sua utilização como documento formal para alocação de recursos e cumprimento da lei. Entre outros aspectos, considera-se que a obrigatoriedade de apresentação dos Planos de Saúde não garante sua incorporação no processo de gestão local, comprometida por fatores como: problemas emergentes, influências externas e os aspectos políticos partidários inerentes às esferas públicas no país.

Palavras Chave: Plano de Saúde, gestão em saúde, planejamento em saúde.

ABSTRACT

PADILHA, MR The Health Plan under the local management: the case of micro south of Mato Grosso-health. [Dissertation Masters] Ghaziabad: Federal University of Mato Grosso, Mato Grosso, 2009.

The health plan is required of preparing a document that explains the actions of government and sets out strategies in conducting the health of a population. This study aimed to verify its use in the management seeking to identify the actors involved in its formulation, the importance given to use in the daily management and purpose given to him after their preparation. We performed semi-structured interviews with the municipal health secretaries and the representatives of business planning in the municipalities of Campo Verde, Itiquira, Pedra Preta, Primavera do Leste and Rondonopolis, belonging to the micro-South Mato Grosso health, defined by Regionalization Master Plan for 2005/2006. Was held, documentary analysis of Health Plans, Reports and Minutes of the Management of Municipal Health Councils The analysis found little participation of actors involved in the preparation of management plans in the municipalities studied. The involvement with the preparation of plans takes place at strategic level with no verbal reports of the effective participation of users or the Municipal Health Council in the task. All respondents recognized the importance of using the plan in the daily management, but in practice, it is seen as a formal document for allocation of resources and law enforcement. Among other things, it is considered that the requirement for submission of Health Plans does not guarantee inclusion in the local management, committed by many factors including: problems, mainly by external influences and political aspects related to public spheres in the country.

Keywords: Health Plan, health management, health planning

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. A GESTÃO DE SAÚDE EM DISCUSSÃO.....	15
2.1. A estrutura organizacional: gestão x administração.....	15
2.2. A política no contexto da gestão.....	20
2.3. A estratégia no contexto da gestão.....	23
2.4. A gestão pública em saúde.....	24
2.5. A gestão dos serviços públicos de saúde.....	29
2.6. O planejamento estratégico x gestão estratégica.....	31
2.7. Modelo de gestão: a identidade gerencial da organização.....	34
2.8. A definição de prioridades em busca da missão.....	38
2.9. A informação para a definição de prioridades em saúde.....	39
2.10. O planejamento em saúde: do normativo ao estratégico.....	43
2.11. A gestão no âmbito do município.....	50
2.12. NOB, NOAS e Pacto de Gestão.....	52
2.13. O Plano Municipal de Saúde no contexto do SUS.....	60
3. A CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	65
3.1. Caracterização do estado de Mato Grosso.....	65
3.2. A municipalização e a descentralização da saúde no Mato Grosso	67
3.3. A regionalização e as microrregiões de saúde do estado	72
3.4. A microrregião sul-matogrossense de saúde	75
3.5. Caracterização dos municípios estudados.....	78
4. OBJETIVOS	85
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	86
5.1. Tipologia da pesquisa	86
5.2. O objeto de estudo	87
5.3. Local do estudo.....	88

5.4. Critérios de seleção dos municípios.....	88
5.5. Fonte de dados.....	90
5.6. Coleta de dados.....	91
5.7. Análise e interpretação dos dados.....	92
5.7.1. Aspectos da capacidade de gestão.....	92
5.7.2. Definição de prioridades.....	93
5.7.3. Elaboração do plano.....	94
5.7.4. Medidas de controle e avaliação.....	95
5.7.5. Aspectos dificultadores da utilização do plano.....	95
5.8. Considerações éticas.....	96
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	97
6.1. Aspectos da capacidade de gestão.....	97
6.1.1. Condicionantes da capacidade de gestão	97
6.1.2. Componentes da capacidade de gestão.....	101
6.2. A definição de prioridades para o plano municipal de saúde.....	107
6.3. O processo de elaboração do plano municipal de saúde.....	111
6.4. Medidas de controle e avaliação para as ações definidas no plano.....	120
6.5. Aspectos dificultadores da utilização do plano de saúde.....	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
APENDICE I – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	138
ANEXOS	
Anexo I - Solicitação para coleta de dados	139
Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	141
Anexo III – Sistematização dos Resultados	143

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CENDRS /	Centro Nacional de Desenvolvimento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FPM	Fundo de Participação Municipal
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
GPABA	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica Ampliada
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRS	Pólo Regional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretarias Estaduais de Saúde

SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCU	Tribunal de Contas da União

LISTA DE TABELAS QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 – Atribuições e competências das três instâncias de governo no processo de gestão do SUS	28
Tabela 2 – Caracterização dos elementos de gestão do SUS.....	28
Tabela 3 – Distribuição das regiões de saúde e os municípios polarizadores.....	74
Tabela 4 – Serviços especializados de nível ambulatorial, Rondonópolis/MT, 2008.....	78
Tabela 5 – Serviços especializados de nível hospitalar Rondonópolis/MT, 2008.....	79
Tabela 6 – Serviços especializados de nível ambulatorial – Primavera do Leste/MT, 2008.....	80
Tabela 7 – Serviços especializados de nível hospitalar – Primavera do Leste/MT, 2008.	80
Tabela 8 – Serviços especializados de nível ambulatorial – Campo Verde/MT, 2008.	81
Tabela 9 – Serviços especializados de nível hospitalar Campo Verde/MT 2008.....	82
Tabela 10 – Serviços especializados de nível ambulatorial Pedra Preta/MT 2008.....	82
Tabela 11 – Serviços especializados de nível hospitalar Pedra Preta/MT 2008.....	83
Tabela 12 – Serviços especializados de nível ambulatorial Itiquira/MT 2008.....	83
Tabela 13 – Serviços especializados de nível hospitalar Itiquira/MT 2008.....	84
Tabela 14 – Resultados do Censo 2007 e IDH 2006 dos Municípios da Microrregião sul-mato-grossense de Saúde.	90
Tabela 15 – Número de habitantes e FPM dos municípios estudados	97
Tabela 16 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo classificação e quantidade	99
Tabela 17 – Distribuição das características dos entrevistados.....	103
Quadro 1 - Distribuição das dimensões analíticas do estudo.	96
Figura 1 - Mapa das Microrregiões de Saúde dos Escritórios Regionais de Saúde de Mato Grosso – MT.....	72
Figura 2 - Mapa das Regiões e Microrregiões de Saúde de Mato Grosso - MT.....	74
Figura 3 - Mapa da Microrregião Sul-Matogrossense de Saúde.....	76

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objeto o Plano de Saúde, instrumento de gestão do SUS preconizado para que estados e municípios exponham suas propostas de governo e as ações pretendidas.

Portanto, buscou analisar a utilização do plano no processo de gestão a partir da sua elaboração pelas secretarias de saúde e tem por foco 5 municípios da microrregião Sul-Mato-Grossense de saúde do estado de Mato Grosso, definida pelo PDR - Plano Diretor de Regionalização de 2005/2006.

As transformações ocorridas no sistema de saúde do país, determinadas com a transição do regime militar para uma maior abertura política, além dos conflitos pela democracia e ao mesmo tempo a crise fiscal e econômica do Estado, culminaram com o movimento de descentralização da saúde que emergiu a partir de 1991 como uma estratégia para transferir aos estados e municípios a responsabilidade com relação à saúde da população (VIANA, 2000; BRASIL, 1988; MS, 1991b).

Apesar de possuir uma vertente ideológica neo-liberal que preocupava-se com o crescimento econômico e procurava reduzir a intervenção do Estado sobre as questões sociais, houve no processo de descentralização das ações uma outra concepção que defendia maior autonomia para o poder local. Defendia-se a idéia de que os gestores teriam melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua implementação, aumentando assim, a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades que se apresentassem.

Para que o município pudesse gerir a saúde em seu território estabeleceu-se a elaboração de um plano formal, um documento para demonstrar as intenções, os objetivos, metas e ações da gestão a serem realizadas num período de quatro anos.

Tal documento recebeu nas instâncias municipais a denominação de Plano Municipal de Saúde e sua formulação foi proposta para ser utilizado como instrumento das práticas de Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.

Sabe-se, contudo, que os municípios possuem diferentes condições políticas, sociais, econômicas, organizacionais e gerenciais, que lhes exigem ações e capacidades diversas para responder às demandas que surgem.

Diante disso e visualizando o aprimoramento da gestão local do sistema, surge a necessidade de desenvolver estudos que permitam uma aproximação com a realidade da elaboração do Plano para ampliar os conhecimentos quanto às dificuldades existentes em semelhante processo.

O objetivo foi investigar a sistemática de utilização do Plano de Saúde, verificando a importância e a finalidade dada a este instrumento no processo de gestão local e o que poderia estar dificultando sua aplicação na prática cotidiana da gestão.

A fundamentação teórica é apresentada sob dois aspectos: a gestão da saúde e a caracterização do território.

O primeiro trata as diferenças fundamentais entre a Gestão e Administração, são discutidas apresentando-se algumas correntes de pensamento que diferenciam a utilização prática e conceitual dos dois termos. Em seguida, partindo-se do pressuposto de que o Plano Municipal de Saúde é a concretização de um processo de formulação de políticas estabelecidas no projeto de governo do prefeito. Que constitui-se em documento que deve explicitar a política de governo para as ações em saúde; e por fim, considerando-se o “jogo de poder” político que permeia as organizações de saúde, incorpora-se à discussão o tema político no contexto da gestão, discutindo-se as diferenças inerentes à sua relação por um lado com o poder e por outro com o estabelecimento de diretrizes, planos e programações são discutidas nesse item, posicionando no centro do debate, os conceitos de gestão política e sua influência no âmbito da gestão pública. Discute-se também sob esse aspecto, os conceitos de estratégia associados à gestão para então abordar a gestão do SUS com ênfase em seus princípios e elementos. Uma aproximação com o objeto do estudo o Plano Municipal de Saúde encerra esse item focando-o no contexto do SUS e como instrumento que integra o planejamento em saúde do país.

O segundo aspecto da fundamentação apresenta uma breve caracterização do estado de Mato Grosso, o histórico da descentralização e regionalização no estado e a caracterização da microrregião sul de saúde e dos municípios estudados.

Os objetivos e os caminhos metodológicos do estudo são apresentados a seguir e no capítulo 6 encontra-se a discussão dos resultados à luz do referencial teórico com

foco nos processos limitadores da utilização do Plano Municipal de Saúde na perspectiva da gestão local.

Cabe ressaltar as limitações do estudo, uma vez que se deu com 5 municípios do estado o que não permite uma inferência que generalize os resultados para outras realidades. No entanto, se propõe a contribuir para melhor apreensão do tema e para fornecer subsídios a possíveis mudanças e transformações na gestão municipal.

2. A GESTÃO DE SAÚDE EM DISCUSSÃO

2.1. A estrutura organizacional: gestão x administração

Segundo DUSSAULT (1992) “a estrutura de uma organização é o conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho” (p.3).

As organizações podem utilizar vários mecanismos de coordenação do trabalho para desenvolver suas ações. Tais mecanismos podem ser representados pela padronização dos processos, das qualificações e normas de comportamento, focando assim, um padrão normativo nas ações; ou então, por uma maneira mais voltada aos resultados com maior envolvimento dos atores na gerência, levando em conta além de outros elementos, as habilidades, subjetividades e a comunicação para alcançar seus objetivos.

Segundo MOTTA (2004) o termo “organização”, de onde se origina a expressão estrutura organizacional, se traduz no senso comum de que a instituição é movida por ações ordenadas de maneira racional, normativa e que quando seguidas rigidamente levarão aos resultados desejados. Até a compreensão do termo concebe segundo o autor, um engessamento da estrutura organizacional com padrões normativos, burocráticos e autoritários.

Existem dois termos usados normalmente para definir ou caracterizar os mecanismos de coordenação do trabalho: Administração e Gestão. A expressão Administração costuma ser mais utilizada para significar o caráter burocrático das organizações sendo mais entendida como uma forma de controlar processos, dotada de ferramentas normativas, sendo mais bem representada pela racionalidade e pelo foco nos lucros e no controle de custos (TOBAR, 2006; MOTTA, 2004). Já a *Gestão* tem sido vista por autores como MOTTA (2001) como uma nova concepção para a gerência das organizações com uma dimensão mais participativa e envolvimento do maior número de atores possível. Tal termo tem sido mais frequentemente ligado ao controle de resultados, fazendo inclusive correlações com metáforas que indicam o emprego de habilidades artísticas para a gerência.

TOBAR (1997) julga difícil estabelecer os conceitos entre administração e gestão considerando a complexidade que envolve os dois termos. No entanto, muitas discussões permeiam as diferenças práticas entre eles.

Em países como a Inglaterra e em outros de língua francesa, a palavra *administration* é utilizada para referir Administração na área pública e *management* para referir Gestão principalmente na área privada (TOBAR, 1997).

Para MANDELLI e FEKETE (1995) a diferença se dá porque gestão é “a capacidade de promover consenso e articular interesses e esforços com a finalidade de alcançar objetivos estabelecidos” (p. 255).

TOBAR (2006) considera que não existe gestão de coisas e sim de pessoas, de vontades e de ações. Para ele administração existe, mas não é gestão porque não corresponde à essência, àquilo que dá vida à organização.

Ao dizer que *Gestão* “é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados”, MOTTA (2004 p. 36) também demonstra considerar tal diferença, já que inclui o termo “arte” em sua definição, buscando de certa forma “dissolver” as características objetivas, normativas, presentes na condução *administrativa*. O autor leva em conta os consensos, os interesses, as intuições e as vontades dos indivíduos envolvidos no processo de *gestão*. Ao mesmo tempo em que considera o fator técnico, com as características racionais imbricadas na “arte” da gestão, associa os fatores subjetivos que permeiam qualquer processo de gestão organizacional. O pensar apontado pelo autor encerra uma forte relação com o planejar, pois quando se planeja se pensa, o decidir relaciona-se com a definição de prioridades, e o agir com o ato de executar, de operacionalizar ações de fazer acontecer.

DUSSAULT (1992) também assevera algumas particularidades da gestão e diz que apesar de utilizar os conhecimentos da administração das organizações não a considera uma ciência. Diz ainda que a gestão não é uma técnica, embora use um conjunto de métodos e instrumentos formais para conduzir as ações e finalmente nega a concepção puramente artística ao ressaltar que a gestão não é uma arte, que pudesse ser praticada apenas por pessoas com vocação inata, mas, destaca intuição, empatia, visão e imaginação como componentes que a distingue na condução das organizações.

Segundo esse autor, as organizações de serviços públicos podem até ter autonomia na direção de seus negócios, mas dependem do ambiente sócio-político.

Além disso, o autor alega que a utilização da técnica e das normas e a preocupação com os custos, enfim com os processos, pode contradizer os objetivos fundamentais e

muitas vezes significar um contra-senso à acessibilidade de certos serviços nesse tipo de organização.

É possível que essa afirmação justifique a utilização do termo administração para instituições públicas que tendem a gerir de maneira racional, segundo critérios lógicos. Essas organizações administram recursos humanos, sincronizam condutas e padronizam habilidades (TOBAR, 1997).

A Evolução do pensamento organizativo e o surgimento de diferentes opiniões sobre como as decisões deveriam ser tomadas também fundamentaram as discussões sobre o que é gestão que segundo TOBAR (2001b) “bebeu na sociologia, na antropologia e na psicologia” (p.3).

Para esse autor, “Gestão é a preocupação e a ocupação na sincronia entre as ações e os objetivos” (p. 12).

A preocupação das últimas décadas desvia-se das questões de como dividir o trabalho para produzir mais ou de como organizar para produzir mais e melhor, assim concentrando-se em novas exigências que requerem do gestor uma atitude de agente de mudanças e de adaptação constante no processo decisório (TOBAR, 2001b).

Segundo JUNQUILHO (2002), não se deve tomar a gestão como simples instrumento para a busca de compromissos comuns e de alcance de produtividade organizacional, pois isso a reduziria a uma técnica neutra, imparcial, dotada de habilidades profissionais. O autor problematiza os conceitos de gestão e da ação gerencial e concentra suas críticas para as instituições que idealizam a figura do líder organizacional como um “rei”, o “super herói” capaz de levar a organização ao sucesso deixando do “outro lado”, os trabalhadores, passivos e incapazes de gerenciar a si próprios.

O gestor então é descolado de sua realidade organizacional e a gestão ao invés de ser utilizada como forma de condução das ações para escolher as alternativas mais satisfatórias entre várias possíveis, transforma-se em ferramenta técnica para maximizar objetivos e racionalizar ações (JUNQUILHO, 2002).

Para MOTA (2004), a influência política, a coalizão de poder, os processos de interesses internos, externos, individuais e de grupos estão presentes no âmbito da gestão.

JUNQUILHO (2002) também defende a influência dos saberes no cotidiano, das relações coletivas que segundo ele, “implicam em construção e reconstrução de sistemas de relações sociais” (p. 314).

Autores como MERHY (1995), MOTTA (2004), RIVERA (1992) e CAMPOS (2000) consideram classificações para cada nível ou esfera de gestão (estratégica, tática e operacional), definidas segundo a atividade que lhes compete, e o grau de complexidade e amplitude das decisões a serem tomadas. Nesse estudo optou-se por utilizar a expressão “esfera” para caracterizar a condição horizontal considerada fundamental para uma gestão estratégica na condução das organizações de saúde.

A esfera estratégica é a responsável pelo desenvolvimento de estratégias para atingir os macro-objetivos da organização; à esfera tática cabem as decisões sobre as operações de controle, formulação de novas regras de decisão que serão aplicadas na esfera operacional; e essa última então é responsável pela execução das operações através de procedimentos e regras de decisão previamente definidos pelas esferas superiores (FREITAS e KLADIL, 1995; MERHY, 1995; MOTTA, 2004).

Ainda quanto à esfera intermediária (tática) MOTTA (2004) diz que pode haver certo entrave na realização das atividades “por sua própria natureza de estar no meio” (p. 132) o que a faz refém de pressões no sistema organizacional. O autor retrata que essa esfera de gestão foi inserida tradicionalmente para que as políticas e os objetivos definidos pelo plano superior fossem transmitidos aos demais setores da organização, porém os atores responsáveis por esses níveis trabalham sob pressão interna de seus superiores e precisam ainda enfrentar os descontentamentos dos que lhes são subordinados. Para esse autor, a esfera intermediária está fadada ao desaparecimento, pois à medida que a descentralização na tomada de decisões é colocada em prática e as recomendações são transferidas diretamente para as esferas operacionais, dando maior flexibilidade à organização, as funções da esfera intermediária vão se tornando cada vez mais inócuas.

Assim, os gestores estão sujeitos a uma gama de pressões de coalizões de poder advindas de todas as esferas da organização, e ainda dotadas de interesses divergentes em relação a objetivos organizacionais, pessoais e profissionais.

JUNQUILHO (2002) relata tal complexidade e ressalta a dificuldade dos gestores em controlar todas as variáveis presentes na organização:

A tomada de decisão, portanto é um fato complexo em todos os seus aspectos, levando o gestor a nem sempre poder utilizar métodos predeterminados ou programados para a solução de problemas, dado que não é capaz de conhecer todas as variáveis que o cercam (p. 311).

A influência do ambiente externo, conhecida atualmente como contingência, é uma das variáveis presentes na complexidade das organizações cujo controle torna-se difícil para os gestores.

A Teoria Contingencial surgiu por volta de 1960 a partir de várias investigações, que tentaram demonstrar como uma mesma instituição funcionava de diferentes modos em condições variadas.

Estes estudos concluíram que as condições em que as organizações trabalham sofrem influência do ambiente externo a elas tanto no contexto de estruturação como nos processos organizacionais. As contingências externas podem significar benefícios ou restrições influenciando a estrutura e os processos internos das organizações (MOTTA, 2002).

Quanto mais diferenciada é uma organização, mais difícil é a solução de pontos de vista conflitantes da contingência, daí ser mais difícil a integração na organização e o controle dessa variável pelo gestor (MOTA, 2004).

Assim as organizações de saúde, ao realizarem ações variadas tanto com relação à condução da gestão quanto à oferta de serviços, enquadram-se entre as instituições que sofrem influências contingenciais a serem consideradas no processo de gestão.

Além disso, há que se considerar que tais organizações fazem parte de um **Sistema**, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Levando-se em conta que a expressão *ambiente* significa o contexto ou **sistema** que envolve externamente a organização, fica fácil visualizar a influência das políticas externas e dos interesses de instâncias superiores e de diversos “atores” envolvidos no processo de gestão do SUS no ambiente interno das organizações de saúde, considerando-se aqui tanto a macro (União, estados, ministério), quanto a micropolítica (municípios).

Algumas considerações podem ser feitas apoiando-se nas discussões apresentadas. São inúmeras as questões que permeiam o ambiente interno das organizações, em especial as organizações públicas. Fatores como a influência do ambiente externo; os interesses políticos, de pessoas e de grupos sempre presentes nesse

tipo de instituição; as pressões partidárias, sociais, de profissionais e de classes; a visão, intuição e experiência do gestor; as características dos serviços prestados entre outros, inibem a afirmação de que o termo gestão seja o mais adequado para caracterizar uma condução baseada na participação e na comunicação entre os atores. Pondera-se que apesar de ser associado, com uma característica que considera as subjetividades do ser, que possui uma concepção democrática, de troca de experiências, com horizontalização das decisões, tal termo não assegura que tais atributos sejam permanentes em organizações que o utilizam. Conduzir ações a partir da “gestão” não significa que há mais participação e comunicação na coordenação dos trabalhos. É possível dizer talvez, que exista uma forma diferenciada de observar, de produzir ações, uma coordenação baseada em inovações, em novas concepções, novas experiências, mas não como uma condição que garanta a democracia, a autonomia e a comunicação entre os atores envolvidos no processo.

2.2. A Política no contexto da Gestão

A palavra política na língua portuguesa expressa tanto as questões relacionadas ao poder, quanto ao estabelecimento de diretrizes, planos e programações (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

No que se refere à relação da política com o poder há que se pensar no jogo de interesses dos atores em ação no processo de gestão.

Os formuladores de política detêm o controle sobre o processo de decisão política e por isso não fica difícil que os seus interesses e/ou os do grupo a que pertencem sejam contemplados (LINDBLON, 1981).

LINDBLON (1981) utiliza a expressão “jogo de poder” para definir a interação e influência das pessoas umas sobre as outras. Para o autor, essa expressão “sugere um conjunto de inter-relações mais complexas e mais íntimas do que o termo genérico *política*, ou simples *inter-relacionamento*” (p. 39).

No jogo de poder do processo decisório político sempre existe um conjunto de controles que surgem de várias direções, não necessariamente obedecendo a uma ordem hierárquica e verticalizada, mas há uma relação mútua e recíproca de persuasão, intercâmbio, autoridade e negociação (LINDBLON, 1981).

Dentro dos governos, sempre há negociação de interesses para um controle e ajuste mútuos que se baseia em mais do que a simples troca de vantagens ou favores, a famigerada barganha. Há na verdade um ajuste de cooperação onde todos agem com cautela, evitam hostilidades e procuram interesses comuns que não sofram resistências entre si (LINDBLON, 1981).

JUNQUILHO (2002) também ressalta que as organizações são palcos de conflitos entre grupos ou coalizões que se apóiam nas relações de poder para influenciar os processos de escolhas decisórias.

No que se refere à relação da política com o estabelecimento de diretrizes, planos e programações, BRASIL (1998) a conceitua como a forma de tornar públicas as intenções de governo e orientar o planejamento através de planos, programas e projetos.

Considerando-se que o processo de gestão, em particular a gestão pública, tem além da função de conduzir ações a de elaborar políticas públicas, ou seja, políticas de gestão pública, considera-se importante diferenciar a Gestão Política da Gestão Partidária.

A Gestão Política ocorre em qualquer instituição pública ou privada. Significa gerir a organização por meio de cooperação, negociação e ajuste de interesses. Nas instituições públicas pode volta-se para o desenvolvimento de ações que asseguram direitos civis, políticos e sociais aos cidadãos de forma otimizada e transparente.

O conceito de otimização empregado refere-se ao fato de fazer com qualidade, minimizando recursos. A transparência implica em assegurar aos cidadãos o conhecimento e a participação nas decisões relacionadas a questões de seu legítimo interesse garantindo inclusive a possibilidade de exigirem dos dirigentes conduta ética compatível com o cargo que ocupam (MARTINS, sd).

A Gestão Partidária, entretanto é o retrato do que o “jogo de poder” pode significar na condução e na formulação de políticas públicas.

A política perpassa todas as instituições públicas e seu desaparecimento desse contexto não condiciona a resolução dos problemas que esse tipo de organização apresenta. No entanto, uma coisa é utilizar-se da política para defender os interesses da coletividade com objetivos firmes para a instituição outra, é ter objetivos igualmente firmes, porém não para a sociedade, mas servindo-se dela para alcançar interesses

personais ou partidários. Aí reside a diferença essencial entre a gestão política e a gestão partidária.

Muitos até bem intencionados gestores no início de sua função, são adeptos da gestão política, mas acabam sucumbindo às pressões e aos benefícios até então não visualizados da gestão partidária. Trata-se de uma gestão que acolhe desde honestos vencidos pelo cansaço, ou convencidos, até os descomprometidos e desmotivados com os objetivos da instituição. A falta de pressão social sobre os gestores públicos para defenderem os interesses universais e centralizarem mais seus esforços na gestão política pode, explicar tal diferença.

Para JUNQUILHO (2002), a interrelação da política com a disputa de poderes e interesses no controle das decisões colabora, com o abandono da concepção mecanicista, determinista e racional da gestão, pois considera a dinâmica da ação humana em seu processo.

Esse autor cita as críticas feitas por MINTZBERG (2004), às considerações de Fayol no início do século XX sobre as funções administrativas de planejar, comandar, controlar, avaliar e organizar. MINTZBERG (2004) caracteriza tais funções como o “folclore” da gestão, diante do “fato” de os gestores terem dificuldades para exercer as atividades sistematizadas pelo planejamento.

RED (1989) apud JUNQUILHO (2002) ressalta, porém que a dualidade entre o determinismo das estruturas e suas sistematizações e a ação humana com seus conflitos, contradições, dilemas éticos e políticos são problemas a serem resolvidos no âmbito da gestão.

A proposta desse autor é incorporar ao mesmo tempo, aspectos inerentes às duas questões, de forma que os atores passem a ser vistos não só como agentes responsáveis pelo exercício dos interesses organizacionais e de suas racionalidades, mas também como vivenciadores de conflitos e contradições.

A partir do que foi exposto, pode-se dizer, que toda tentativa de implantação de uma racionalidade sistêmica à gestão, abarcará a influência política em seu processo. Trata-se de uma realidade a ser considerada ao se programar qualquer política de gestão.

2.3 A estratégia no contexto da gestão

Segundo MOTA, (2004), nenhuma palavra tem sido tão associada aos conceitos modernos aplicados à administração e à gestão quanto a estratégia.

O termo *estratégia* originou-se no século IV com os escritos de Sun Tzu sobre estratégias de guerra e difundiu-se na área empresarial nos meados dos anos 50 como uma visão de futuro para a empresa implicando entre outras coisas na definição clara de seu campo de atuação, na habilidade de previsão e no direcionamento para o crescimento (MALIK e PENA, 2003, MOTA, 2004).

A transferência desse conceito para os princípios gerenciais incorporou muitas idéias e métodos das operações militares no campo empresarial, e segundo MOTA (2004), ocorreu sem considerar algumas diferenças fundamentais:

O uso ou a simples transposição de perspectiva militar ou do sentido comum de estratégia pode ser perigoso e falacioso para a gerência organizacional moderna. A complexidade alcançada pela empresa contemporânea exige habilidades gerenciais específicas para decidir e agir num contexto de grandes riscos e incertezas. São habilidades adquiridas em formação, treinamento e experiência, que pouco ou nada têm a ver com o fato de ser especialista em praças de guerra, hábil em jogos, ou muito menos douto em artimanhas e espertezas (p. 82).

Para o autor, a velocidade das mudanças sociais, econômicas e políticas acentuaram a necessidade de se estudar a aplicação do termo no ambiente empresarial, considerando a necessidade de implantação de uma visão ampliada da organização, focada no meio ambiente onde está inserida.

TOBAR (1997) descreve peculiaridades básicas para o termo estratégia:

Em primeiro lugar, diz que a estratégia não é monopólio de uma profissão ou setor; considera também que ela não envolve apenas a força - como a origem conceitual, de caráter militar, reporta - mas que possui a negociação como uma de suas características; por último, coloca a persuasão, a comunicação e a motivação como partes de sua formulação.

Para esse autor, as estratégias são as pautas fundamentais que definem os recursos e as interações ambientais para que a organização alcance seus objetivos. O autor diz que “a função da estratégia não é resolver problemas, mas estruturar para que os problemas emergentes sejam resolúveis” (p. 61).

MINTZBERG (2004) não considera suficiente apenas identificar soluções para resolver um problema. Segundo ele, torna-se fundamental o desenvolvimento de

estratégias para que as soluções sejam aplicadas, pois segundo o autor, o fato de saber que existem soluções para determinado problema identificado, não é suficiente para que esta seja aplicada.

Esse autor afirma que não existe uma única definição de estratégia e ainda sintetiza os diferentes significados atribuídos ao seu conceito, ressaltando cinco características que ele denomina os cinco “p” (pés) da estratégia: plano, padrão, piège (armadilha), posição, perspectiva.

Como plano, a estratégia consiste numa linha de conduta ou um guia de ação intencional, que conduz os diferentes níveis e áreas da organização. Nesse caso, as estratégias são formuladas antes das ações, às quais elas se aplicam, e desenvolvidas intencionalmente.

Como padrão, pode surgir de uma constância no comportamento e indicar um padrão de continuidade (rotina). Segundo essa definição, a estratégia surge das próprias ações cotidianas, de forma intencional ou não.

Como armadilha, age através de manobras para eliminar o problema ou enfraquecer o concorrente.

Como posição, transforma-se em uma forma de localizar a organização no seu meio ambiente. Nessa concepção a estratégia permite definir onde irá concentrar os seus recursos, visando manter ou melhorar sua posição.

E como perspectiva, a estratégia reflete os conceitos, os valores e as perspectivas compartilhados pelos membros da organização. Nessa definição, a estratégia é também influenciada pela forma como a instituição e seus membros percebem o ambiente e nesse caso, a personalidade e a cultura da organização serão determinantes para a definição da estratégia.

Os diferentes significados de estratégia apresentados por MITZBERG (2004) demonstram que a estratégia pode ser fruto de um processo deliberado, conduzido pelo staff estratégico de forma sistemática, como também pode surgir de um problema emergente.

A estratégia deliberada representa as intenções expressas diante de fatos ou problemas previstos. Podem ser plenamente realizadas ou não realizadas. A estratégia emergente representa uma ação realizada, porém não expressamente pretendida, ou seja,

não há uma real intenção em realizá-la. Ela se dá a partir de um fato novo, a partir daquilo que não estava previsto.

Para muitos estudiosos sobre gestão (MINTZBERG, 2004; TOBAR 1997; 2001a, 2001b; TOBAR, 1999; MOTTA, 2004), as estratégias eficazes misturam as características deliberadas e emergentes. Nesse caso a instituição tanto seria capaz de prever problemas e reagir a eventos inesperados, quanto de trabalhar com o que foi pré-definido no processo de definição de prioridades.

ARTMAN (1993) discute a tendência em se privilegiar as questões urgentes e de rotina em detrimento das estratégias definidas a partir dos problemas elencados:

As questões estratégicas e as questões de rotina devem ser tratadas de forma diferenciada. Se todos se preocupam com tudo com a mesma intensidade, no mínimo, não se alcançam soluções criativas. Esta questão é fundamental, pois é muito comum os dirigentes gastarem praticamente todo o tempo com urgências/emergências e negligenciarem o que é importante e estratégico. As questões urgentes sempre parecem importantes pela premência do tempo, mas, sem a concentração da atenção e do tempo nos problemas estratégicos, não é possível alcançar a situação objetivo (p.20).

Ainda com relação às estratégias e as extensões sobre sua determinação, aludindo-se às discussões do item anterior cita-se a influência do caráter político das organizações. Ao definir prioridades, objetivos e estratégias tais organismos ocultam em suas decisões “empenhos” e desejos de segmentos subordinados à ordem dominante comumente chamados “colaboradores” e acabam voltando-se muito mais a interesses partidários do que aos da missão das instituições públicas que devem beneficiar a clientela para a qual oferecem seus serviços.

2.4. A gestão pública em saúde

A gestão do SUS caracteriza-se por uma Gestão Pública entendida como o conjunto de ações organizativas encarregadas de elaborar e executar políticas públicas, tomar decisões e operacionalizá-las por intermédio de uma série de funções, órgãos ou departamentos. Trata-se da “ordenação (planejamento e organização), direção e controle dos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum” (CONASS, 2007 p. 18).

Gestão Pública torna-se um tema global pelos desafios impostos com o quadro de desigualdade que clama por um estado social ativista, por uma gestão econômica

consistente e por esforços de otimização num cenário democrático que clama por estratégias participativas na formulação de políticas não vinculadas a interesses pessoais, de grupos ou concepções tecnocráticas (MARTINS, sd).

As áreas de atuação da gestão pública se dão na execução de políticas públicas e no exercício do poder de polícia, esse último representando a possibilidade dada à gestão pública em condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais em benefício da coletividade e do próprio Estado.

As organizações públicas atuam na realização de ações e serviços públicos em que se destacam: a assistência médico-hospitalar, o saneamento básico, a educação, os serviços de transporte e o fornecimento de energia, dentre outros.

Nesse aspecto, ao conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração e, das fundações mantidas pelo poder público, dá-se o nome de Sistema Único de Saúde (SUS). Toda instituição de caráter municipal, estadual ou federal prestadora ou contratadora de ações e serviços de saúde é considerada pertencente ao SUS (CONASS, 2007).

Importa ressaltar diferença entre as instituições públicas não-estatais que produzem serviços e contribuem com a geração de direitos e valores protegidos pela Constituição para a sociedade, mas sua gestão não é influenciada pelo poder do Estado, e as organizações estatais que além de serem influenciadas pelo Estado são também gestadas por ele (PONTES, 2008).

Sobre as organizações públicas não-estatais PEREIRA, (1995) ressalta:

... as organizações públicas não-estatais só tendem a crescer. Primeiro, porque podem ser tão eficientes quanto as empresas privadas. Segundo, porque são uma forma de propriedade mais adequada para uma série de atividades, como a educação superior, a pesquisa científica, a saúde, e a cultura, que envolvem direitos humanos fundamentais, e produzem amplas economias externas (economias que extravasam o âmbito da organização que as produzem, não podendo ser vendidas e transformados lucros). Terceiro, porque, devido ao controle social a que estão submetidas, são mais compatíveis com o regime democrático - um regime que tende historicamente a universalizar-se (p.2).

A gestão pública no contexto do SUS constitui-se a partir de princípios que procuram de alguma forma estabelecer características compatíveis com a eficiência e o regime democrático a que se refere o autor: legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência, são princípios instituídos pela Constituição (art. 37), para nortear as práticas dos gestores da saúde no SUS.

O princípio constitucional da *legalidade* condiciona o gestor público em toda a sua atividade funcional aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum. O não cumprimento desse princípio encerra ato inválido e exposição à responsabilidade disciplinar, civil e criminal. Significa dizer que o gestor só pode colocar em prática o que é permitido por lei, nada do que não for consentido por meios legais pode ser realizado na gestão pública em saúde.

A *moralidade* significa o ato de gerir obedecendo não somente à lei, mas à ética da própria instituição. “Impõe-se ao agente público uma conduta interna, coerente com a moralidade, e que as exigências a finalidade de sua ação seja sempre o bem comum” (CONASS, 2007 p. 20).

Pelo princípio da *impressoalidade* o gestor público fica proibido de buscar quaisquer outros interesses que não os da própria instituição. Não é permitido a ele se apropriar do cargo para obter qualquer favorecimento, para si ou para outrem.

A *publicidade* diz respeito à divulgação do que é realizado no âmbito da gestão para que os usuários tomem conhecimento dos efeitos e das ações realizadas.

E a eficácia relaciona-se com o “dever de utilizar os recursos disponíveis de modo econômico e de forma que alcance, com os custos previstos, os maiores benefícios possíveis, atendendo aos requisitos da especificidade e qualidade” (CONASS, 2007 p. 20).

Com relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a Lei estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo e estabelece papéis, atribuições e competências comuns ou específicas para cada instância governamental (Tabela 1).

Ficam definidas também as funções de Planejamento e Controle para o município e a relação dessas competências com a elaboração dos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão. Juntamente com Organização e Direção, Planejamento e Controle são elencados como elementos do processo de gestão do SUS (Tabela 2).

Tabela 1 – Atribuições e competências das 3 instâncias de governo no processo de gestão do SUS:

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
<p>Papel de caráter normativo.</p> <p>Estabelecimento de políticas públicas nacionais de saúde pública.</p> <p>Controle e fiscalização.</p> <p>Promoção da descentralização para Estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal.</p>	<p>Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde.</p> <p>Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.</p> <p>Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em colaboração com a União.</p> <p>Avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual.</p>	<p>Planejar, organizar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde.</p>

FONTE: (CONASS, 2007)

Tabela 2 – Caracterização dos elementos de gestão do SUS.

ELEMENTOS DO PROCESSO DE GESTÃO

PLANEJAMENTO	ORGANIZAÇÃO	DIREÇÃO	CONTROLE
<p>- Decisão sobre os objetivos.</p> <p>- Definição de planos para alcançá-los.</p> <p>- Programação de atividades.</p>	<p>- Recursos e atividades para atingir os objetivos; órgãos e cargos.</p> <p>- Atribuição de autoridade e responsabilidade.</p>	<p>- Preenchimento dos cargos.</p> <p>- Comunicação, liderança e motivação do pessoal.</p> <p>- Direção para os objetivos.</p>	<p>- Definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado.</p>

FONTE: (CONASS, 2007)

2.5. A gestão dos serviços públicos de saúde

Para alcançar seus objetivos, as organizações devem estar voltadas muito mais à condução e conciliação de pessoas, suas vontades e interesses, do que na alocação de recursos e padronização de habilidades principalmente quando se fala em organizações de serviços públicos de saúde. Essa afirmação está fundamentada no fato de que por serem públicas, os serviços oferecidos por esse tipo de organização são diferenciados daqueles destinados ao setor privado. DUSSAULT (1992) caracteriza tal diferença ao afirmar:

Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biofísicas, psicossociais, e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (...) (p.4)

Sendo assim, para ser de qualidade, os serviços públicos de saúde devem obedecer algumas normas, mas ao mesmo tempo, não podem estar formalizados demais. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários (DUSSAULT, 1992).

E esse exercício de condução, segundo MANDELLI e FEKETE (1995), deve envolver todos os atores que participam do processo de produção de serviços de saúde e implica em conferir direcionalidade às ações.

Tais autores relacionam alguns aspectos que consideram importantes com relação à condução. Quanto à solução de problemas recomendam reconhecer que existem diversas verdades e, portanto, várias formas para enfrentá-los. Advertem também para a importância que há em, além de identificá-los e analisá-los, considerar nas formas de intervenção, a sua relação com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais.

A análise da distribuição de poder na instituição e a busca, na negociação e no consenso, de estratégias para conferir viabilidade às propostas de intervenção também são condições importantes no âmbito da condução de pessoas e enfrentamento dos problemas segundo esses autores.

E por fim, eles consideram fundamental o monitoramento e a avaliação para garantir inclusive um controle social válido do sistema:

O monitoramento e a avaliação são aspectos que devem garantir que a participação social não se reduza a uma caricatura e que a participação da comunidade não seja

considerada como mão-de-obra barata ou gratuita para as demandas e necessidades levantadas pelos especialistas e técnicos do setor saúde (MANDELLI e FEKETE, 1995. p.256)

É um mecanismo complexo que precisa ser refletido quanto à prática. Intervir apenas em alguns aspectos não produzirá melhoras significativas.

DUSSAULT (1992) ressalta a importância da reflexão sobre como os serviços de saúde devem ser geridos e organizados, argumentando ainda que aumentar o volume de recursos não eleva a sua eficácia (produção de serviços com qualidade) nem a eficiência (melhor distribuição dos recursos). O autor diz que se os recursos forem administrados de maneira ineficiente ocorrerá aumento dos custos sem melhoria significativa no impacto dos serviços.

Trata-se de uma reflexão que deve se dar sobre a melhor maneira de definir prioridades e tomar decisões levando em conta os desafios contidos nessas práticas.

Segundo MIRANDA (2005), o principal propósito e produto da gestão em saúde são as decisões cujo processo envolve motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos. Segundo o autor, um conjunto de características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas.

DUSSAULT (1992) defende que as organizações de serviços públicos de saúde não podem ser consideradas como qualquer outra e ressalta os conflitos de interesses que dão a elas tal particularidade:

(...) por causa da sua importância social e econômica, o setor saúde é uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, que querem serviços de qualidade, mais baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma boa renda prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. (p.5).

Assim, pode-se dizer que os serviços públicos de saúde devem ser conduzidos de forma colegiada, que reconheça o papel dos atores e que os envolva nos mecanismos de tomada de decisão tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados.

Uma gestão que incentiva e motiva seus profissionais a trabalharem “não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade” e comprometimento com os objetivos da organização (DUSSAULT, 1992 p. 8).

Há ainda, o fator *obrigação* presente no processo de condução dos serviços de saúde no Brasil que de ver ser considerado na diferença entre público e privado. O capítulo destinado à saúde na Constituição traduz tal obrigatoriedade na prestação pois coloca a saúde como um direito de todos e dever do estado, gerando para os governos federal, estadual e municipal a responsabilidade em promovê-la aos seus cidadãos. É o direito incondicional à saúde presente nas organizações públicas que prestam serviços dessa natureza.

Nesse aspecto, DUSSAULT (1992) argumenta que além das questões de cunho administrativo, relativas à escolha das prioridades e à alocação dos recursos, a obrigatoriedade de prestar os serviços por parte das instituições públicas é um dever de atendimento que não existe no setor privado. O autor ressalta que esse fator impede a seleção da clientela porque os cidadãos têm o direito de receber serviços. Os problemas a atender, e os serviços a produzir também não são passíveis de escolha, tudo em constante relação e contradição com a limitação dos recursos. E por último, as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes. Por todos os fatores diferenciais dados às organizações de serviços públicos de saúde, pode-se pressupor que conduzi-las por métodos puramente normativos e burocráticos é tarefa difícil. Uma condução mais eficiente com o alcance dos objetivos se dará levando-se em conta as diferenças características desse tipo de instituição.

2.6 O planejamento estratégico x a gestão estratégica

Os conceitos e opiniões sobre a aplicação e utilização do termo estratégia colaboraram para que, por volta da década de 1960, as organizações passassem a associá-lo ao planejamento das ações. As rápidas transformações sociais e econômicas que se instalavam exigiam mudanças no âmbito organizacional e o planejamento estratégico surge para dar conta de se utilizar métodos racionais e analíticos no ambiente mutável que se instalava (MOTA, 2004).

O que ocorreu verdadeiramente foi uma associação do planejamento com a estratégia, para criar a idéia de mudanças e transformações que o período exigia.

MOTTA (2004) ressalta no entanto, que a característica racional, de análise sistemática e antecipatória comum à prática do planejamento, levou à ineficácia algumas dimensões do “planejamento estratégico”. Segundo o autor, ao aplicá-lo, as organizações repetiram a forma clássica de utilização do planejamento como instrumento racional, analítico, centralizado no topo da organização, delegado a departamentos com função de fabricar planos e produzir sistemas de controle.

Para MINTZBERG (2004), planejamento é o meio pelo qual a organização formaliza o processo de tomada de decisões e de formulação de estratégias. Esse autor considera o planejamento como um processo analítico de programação de estratégias já existentes, que segundo ele, reduzem a capacidade do gestor em elaborar as suas próprias estratégias, em razão das falácias de previsibilidade e também pela formalização que provoca.

TOBAR (1997) diz ainda que o planejamento estratégico busca identificar os recursos disponíveis para atingir objetivos concretos e pré-fixados.

Observa-se pelas considerações feitas por MOTTA (2004), MINTZBERG (2004) e TOBAR (1997), que por um lado, o planejamento é tomado como um meio formal de elaboração de estratégias e definição de prioridades e por outro, é transformado em instrumento que pode produzir ações menos racionais, principalmente quando associado ao termo “estratégico”. A gestão associada ao mesmo termo, também é entendida como um meio de construir consensualmente, de forma colegiada os cotidianos organizacionais. São marcos conceituais diversos que procuram na verdade produzir reflexões sobre a necessidade de mudanças diante das transformações constantes no âmbito das organizações.

A gestão das organizações públicas, no entanto, não apenas por ser pública e estar à mercê de todas as facetas que esse tipo de instituição possui na condução de suas ações, mas também pelo fato de estar voltada à prestação de serviços destinados a uma clientela diferenciada, que como diz DUSSAULT (1992), é composta por usuários com direitos garantidos por lei e que querem serviços de qualidade, não depende apenas de fatores estratégicos para superar os desafios que o SUS enfrenta.

A segmentação do sistema é apontada por MENDES (2001) como um desses desafios que segundo o autor significa que quem pode pagar por serviços privados não utiliza os serviços públicos. Com isso, ocorre a transferência de utilização quase que total dos serviços do SUS para a população menos favorecida que tem baixa capacidade de vocalização política, pois não se organiza socialmente o que favorece o subfinanciamento e a oferta de serviços de baixa qualidade pelo Sistema.

MOTTA (2001) cita algumas condições que considera necessárias para que as organizações de saúde se transformem e superem seus desafios:

(...) a partir de um processo permanente de desenvolvimento de recursos humanos, direcionando para melhorar a equidade e a qualidade das ações de saúde e que atenda às necessidades do serviço, às demandas da população e à satisfação do pessoal das instituições de saúde.(...) como componente essencial desse processo, impõe-se uma mudança nos valores e atitudes de seus participantes e, em particular, dos que integram a organização (trabalhadores da saúde) orientada para multiplicar seu valor social. Trata-se de promover, por parte dos trabalhadores da saúde, a construção de valores compartilhados e de regras para suas atividades e comportamentos, e de estabelecer novas formas de relação na equipe de saúde e com o usuário (p.21)

Nesse mesmo sentido, CAMPOS (1998) defende uma gestão em que conte mais a defesa da vida, do que a defesa dos interesses privados em busca de autonomia e democratização organizacional.

O autor enfatiza a descentralização da gestão, gerando autonomia e negociação para o acompanhamento dos resultados, que seriam verificados por meio de planilhas de avaliação, que quando acordadas entre os componentes das equipes, gerariam maior responsabilidade e envolvimento de todos no processo de trabalho. A proposta desse autor para a construção de coletivos organizados que participem ativamente no processo de gestão será discutida a seguir nesse trabalho.

MANDELLI e FEKETE (1995) entendem a função de gestão em saúde como a atividade que é desenvolvida por todos os integrantes do Sistema de Saúde, com o objetivo de organizar e coordenar os recursos que dispõem, para a execução eficaz e eficiente das atividades atinentes, com suas responsabilidades e competências específicas.

PAIM (2002) considera na gestão uma dimensão dirigida aos fins, com a criação de consenso ativo entre dirigentes e dirigidos, e uma dimensão voltada para o

entendimento e para as trocas intersubjetivas na constituição de novos sujeitos das práticas institucionais de saúde.

A capacidade de gestão do dirigente, então, não estará necessariamente ligada à sua formação profissional, mas sim pela forma como ele coordena a organização. Conduzir ações sem considerar os interesses implícitos nos ambientes internos e externos à organização, o poder de decisão presente em todos os atores e profissionais ali inseridos, a habilidade necessária para reverter desmotivação em vontade de produzir saúde, que vão além da exclusiva condição econômica ou orçamentária, pode reduzir consideravelmente a capacidade de gestão de qualquer dirigente.

2.7. Modelo de gestão: a identidade gerencial da organização

Pode-se dizer, apropriando-se dos conceitos de TOBAR (2001b), que Modelo de Gestão é uma forma de definir prioridades e tomar decisões. É a identidade organizacional e expressa o estilo de gerenciamento.

TOBAR (1999) entende Modelo de Gestão como uma forma sistemática e racional para a tomada de decisões próprias das organizações. Segundo ele, o modelo de gestão estabelece uma ordem de prioridades, e a seqüência ordenada e racional na qual as decisões devem ser definidas e realizadas.

O Modelo de gestão então representa a forma de gerir da organização. Toda organização possui um modelo de gestão que pode ser mais ou menos explícito, mais ou menos racional. Suas prioridades podem ou não ser transparentes, mas o modelo existe diz TOBAR (2001b).

TOBAR (1997) afirma que “definir um modelo de gestão envolve definir o ser, o fazer e o estar da organização” (p.7), que ele considera componentes dos modelos de gestão. Para o autor, identificar as características em cada componente significa detectar quais os princípios e valores que guiam a organização, quais as principais decisões, quem as toma e como são tomadas:

No Ser o autor situa a missão, a visão e os valores. A missão significa saber o que se faz com o que se é; a visão expressa o que se deve, o que se quer ser; e os valores representam aquilo em que os atores, os agentes da organização acreditam.

No Fazer encontra-se a definição das prioridades, que para o autor seria escolher os caminhos para se alcançar a missão da organização. Para ele, modelos de gestão que evitam definir prioridades esquecem sua missão e privilegiam o Estar ao Fazer.

No Estar encontra-se a estrutura da organização. O modelo de divisão do trabalho. Nesse componente do modelo de gestão definem-se as funções e distribuem-se as atividades entre os atores da organização, as cadeias de mando e as unidades organizativas.

Assim, o primeiro passo para se definir o modelo de gestão de uma organização deve estar concentrado em identificar a sua missão, seu maior objetivo, sua razão de existir. TOBAR (1997) define a missão como “a contribuição da instituição à sociedade. (p.10)”

CECÍLIO (2000) sugere a definição da Missão Institucional como possível condutor de mudanças nas organizações de saúde, enfatizando principalmente o deslocamento da atenção para os usuários. A missão segundo ele seria definida a partir de quatro conceitos:

1. A instituição existe para produzir o quê?
2. Com quais características?
3. Para que tipo de clientes?
4. Visando alcançar quais resultados (objetivos)?

THOMPSON e STRICKLAND (2000) citam entre os elementos para se definir bem uma missão: a identificação das necessidades do consumidor, e das tecnologias utilizadas para atendê-las. Os autores defendem ainda a comunicação, o entendimento e adesão da missão, para se estabelecer uma visão comum entre os membros quanto aos rumos, à identidade e à finalidade da organização.

Nesse caso, importa identificar como as diferentes esferas de gestão realizam as tarefas em harmonia com a missão. Como se relacionam com as metas e objetivos estabelecidos e quais os caminhos, os modelos utilizados para se resolver os problemas e alcançar os objetivos da organização.

MATTUS (1992) define problema como algo que incomoda e que motiva os atores a buscarem soluções adequadas. Algo que está fora do padrão esperado, inadequado para determinada realidade.

PINEAULT e DAVELUY (1987) ressaltam a importância de se conhecer as múltiplas maneiras de atuação sobre um mesmo problema. Considerar os elementos relacionados a ele como os fatores de risco, as condições associadas à sua manifestação ou as conseqüências que ele produz, além de conhecer a população sobre a qual se pretende intervir no sentido de identificar áreas e populações susceptíveis, buscando-se melhores resultados com a solução proposta.

Segundo esses autores, intervir em saúde significa adotar um conjunto de medidas sanitárias para serem aplicadas com ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde de indivíduos, comunidades ou de grupos específicos.

Acreditam que é possível intervir sobre cada um dos problemas ou necessidades identificadas como importantes e sensíveis a uma intervenção, mas em um cenário de controle de custos uma eleição simples pode diluir drasticamente os recursos e transformar as ações em algo sem efeito real sobre a saúde da população.

A análise das soluções torna-se importante nessa perspectiva, pois pode contribuir para que essas sejam realmente colocadas em prática e representem mudanças significativas na resolução dos problemas.

A viabilidade das soluções é umas das questões a serem analisadas. Ocorre a partir da análise da motivação dos sujeitos e significa registrar o interesse em relação aos problemas e o valor que lhes atribuem.

Essa análise é importante porque um ator contrário a um projeto não estará motivado e disposto a colaborar com sua realização e, além disso, essa análise pode identificar o quanto os atores estão dispostos a cooperar.

Outra dimensão da análise de viabilidade é a do grau de controle dos recursos necessários à implementação das ações. Considera que se um único ator responsável pelo controle dos recursos ficar contrário à ação, o sucesso de sua implantação fica comprometido. Isso porque as propostas consensuadas são mais facilmente viabilizadas do que aquelas que apresentam pontos de conflito entre os atores. As últimas dependem da relação entre a força que as apóia e a força de quem se coloca contrário à sua realização e das estratégias desenvolvidas (ARTMAN, 1993).

PINEAULT E DAVELUY (1997) trazem o conceito de factibilidade para analisar as soluções propostas. Segundo eles, a análise de factibilidade de uma solução compreende identificar as várias possibilidades de êxito de sua implantação, o que

implica em considerar a factibilidade legal, a política, a econômica, a organizacional, sociocultural e a factibilidade ética:

A factibilidade legal significa analisar respaldo legal para a intervenção.

A política, leva em conta a receptividade das organizações políticas diante da solução proposta.

A econômica implica em avaliar os custos-benefício e custo-eficácia, a organizacional em ponderar a compatibilidade da intervenção com a missão e a cooperação e participação do quadro de servidores.

A sociocultural leva em conta os valores, crenças e atitudes da população, a real necessidade de implantação e a participação da comunidade na intervenção proposta.

Finalmente, a factibilidade ética considera os efeitos secundários indesejáveis com a intervenção, e se é apropriado, por exemplo, utilizá-la unicamente sobre um grupo de alto risco, com ações específicas.

Considera-se assim, a importância que há na incorporação de modelos que levem em conta a elaboração de estratégias para se alcançar o objetivo maior da organização, ou seja, a sua missão. A principal preocupação é com a elaboração de estratégias para identificar e colocar em prática soluções viáveis e factíveis na resolução dos problemas e intervir sobre eles de forma adequada.

Entende-se que, com uma realidade tão complexa, a busca pelo modelo de gestão mais adequado às organizações de saúde não encontra uma “forma pura” para a construção de instituições de saúde que cumpram seu papel de forma eficaz, eficiente e respeitando os princípios constitucionais legais ao oferecerem seus serviços à população.

Muitas vezes, se faz necessário utilizar as estratégias que melhor se adaptem para cada realidade.

Há que se considerar também as habilidades que os dirigentes devem ter para incorporar tais características em sua forma de gerir para melhorar sua capacidade de gestão, revertendo suas ações em benefícios para o serviço.

DUSSAULT (1992) traduz tais habilidades como a capacidade intelectual do gestor. Para o autor capacidade intelectual é a habilidade de identificar e analisar os problemas de sua organização e nesse caso, não considera fundamental que o gestor

tenha conhecimentos específicos na produção de serviços de saúde, mas defende que deve haver a capacitação necessária para solicitar e utilizar as informações produzidas pela organização.

Tais “qualidades”, porém, exigem dos dirigentes mais do que conhecimentos específicos em administração. Estes devem acumular conhecimento amplo do campo de saberes em que a organização se insere; saberes referentes à finalidade básica, à função pública (produção de valores de uso) da organização (CAMPOS, 2000).

2.8. A definição de prioridades em busca da missão

Definir prioridades para TOBAR (1997), “é uma maneira de selecionar caminhos na busca da missão” (p. 23) e encontra-se no fazer da organização. Para o autor, os modelos de gestão que não definem prioridades esquecem sua missão, porque privilegiam o Estar (estrutura) ao Fazer.

A responsabilidade e participação no processo de determinação de prioridades podem ser exercidas unicamente pelo gestor da organização e/ou por todo o staff estratégico, pode ser compartilhada pelos outros níveis da gestão (tático e operacional) e ainda, por várias pessoas e grupos envolvidos nas questões de saúde, como os servidores, usuários, políticos e a sociedade em geral.

Para TOBAR (1997), uma verdadeira organização começa a existir quando as prioridades são evidentes e podem ser introjetadas por todos os seus atores.

Segundo PINEAULT e DAVELUY (1987), assim como o fator político está intrínseco em todo processo de decisão, os fatores sociais, ambientais e organizacionais, além dos sujeitos envolvidos, devem ser considerados como parte integrante do processo de determinação de prioridades.

Determinar prioridades significa mais do que outorgar a importância, determinar a precedência de um problema sobre o outro. Para os autores trata-se de um processo da tomada de decisões, que permite identificar não apenas os problemas prioritários, mas também aqueles que necessitarão intervenção oportuna ou investigação (PINEAULT e DAVELUY, 1987).

Qualquer processo que envolva a definição de prioridades envolve a decisão e não deve ser considerado uma ação racional, há intrínsecas nesse ato questões de caráter

comportamental condicionado por diversos fatores como interesses políticos, ou de conselhos de classe, formação, aspectos sociais, orçamentários entre outros.

Assim, a definição de prioridades em saúde não se limita à identificação dos problemas e das necessidades prioritárias. Considera-se ainda a necessidade de se classificar as diversas influências do processo e as várias intervenções possíveis.

Enumeram-se nesse processo a eficácia das soluções, as estratégias para colocá-las em prática, levando em conta que a importância do problema, a capacidade do programa ou da intervenção em solucioná-lo, viabilidades e factibilidades, são critérios importantes a se considerar.

2.9. A informação para a definição de prioridades em saúde

O processo de informação organizacional constitui-se outro parâmetro de influência direta na gestão.

Segundo TOBAR (1997; 2001b), a organização pode traçar distintos caminhos para alcançar sua missão. Deve-se principalmente obter informação sobre os problemas que se quer intervir. Além disso, o autor coloca que informação permite aos atores se posicionarem na definição de prioridades para a ação.

Para CASTRO, (2002) “Informação é o conjunto de recursos informacionais utilizados para apoio ao processo de gestão em saúde” (p. 49).

STEHR apud CASTRO (2002) diz que o processo informativo ocorre, com efeito, numa estrutura de comunicação mediada não exclusivamente pelo uso de tecnologia.

TEIXEIRA (2004) defende práticas de planejamento e programação que possibilitem a identificação de problemas prioritários, a partir dos conhecimentos da epidemiologia, da clínica e das ciências sociais, do saber popular e mediante a reunião dos atores sociais interessados na saúde daquela população.

MENDES-GONÇALVES (1994) produz reflexões e análises sobre as informações a serem utilizadas nos processos de planificação e de gestão. Ele defende que a busca da informação não se limite a pensar apenas nos “meios” - recursos financeiros, materiais, “informacionais”, de poder, etc. - de forma isolada, mas que se articulem com os “fins” - intervenção, assistência, acolhimento, cuidado - em uma totalidade social.

A utilização exclusiva da epidemiologia como processo informacional para a definição de prioridades também é discutida pelo autor, que critica a escassez de preocupação com as verdadeiras necessidades dos usuários. Entende o autor como necessidade o conjunto de fatores que produzem benefícios muito mais complexos do que a caridade. Pensar em necessidade é pensar no que é necessário para uma vida digna, não apenas fazer caridade com que se tem ou com o que se quer proporcionar.

O autor considera fundamental, neste sentido, focar as ações institucionais nos sujeitos em ação e também critica a autonomia do saber epidemiológico e o caráter tecnocrático de suas pesquisas, que segundo ele, não faz relação com o mundo real ao desconhecer os processos sociais em que os problemas de saúde se contextualizam.

TEIXEIRA (1999) e PAIM (2002) também defendem a análise da interação social dos sujeitos em ação e em comunicação nas organizações. Os autores consideram de similar importância a identificação das racionalidades presentes na gestão, a valorização da intersubjetividade na explicitação de conflitos e na busca de entendimento.

O saber epidemiológico, nessa perspectiva, comporia parte da racionalidade técnica sanitária presente na explicação da situação de saúde, mas não a única, sendo importante levar em conta outras racionalidades igualmente importantes.

Como o gestor municipal é o principal ator do processo de gestão e tem, segundo NOB-SUS 96 (MS, 1996), a responsabilidade de gerir o sistema de saúde mediante um complexo rol de funções e responsabilidades (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria) cabe a ele o processamento das informações. Ele define como, que tipo e onde buscará as informações necessárias para definir prioridades.

BARRETO apud CASTRO (2002), diz que informação é qualquer inscrição ou registro sonoro que admita uma análise capaz de extrair indicações para decisões estratégicas de gestão.

Algumas limitações de diversas naturezas quanto à utilização e processamento das informações são citadas por CASTRO (2002):

a) volume e qualidade da informação disponível; b) habilidades próprias e facilidade de acesso; c) capacidade de análise; d) compreensão e absorção da informação; e) eficiência na utilização da informação para a decisão.

Relevante ressaltar o senso comum como um dos componentes do conjunto de signos que definem a identidade da organização, e que devido à sua intrínseca ligação com a cultura organizacional e o modelo de gestão adotado relaciona-se intimamente com os aspectos informacionais.

STEHR apud CASTRO (2002) relata que informação e conhecimento geram capacidade de ação. Tendo em vista que a concretização do conhecimento depende de condições sociais específicas, torna-se evidente o elo entre informação, conhecimento e poder social, principalmente porque o controle de condições e circunstâncias (poder social) requer informação.

A informação para a definição de prioridades encontra-se intimamente ligada à missão da organização, já que ao trabalhar com base na missão o gestor terá mais clareza para buscar a informação na fonte mais adequada, para assim atingir seus objetivos.

DUSSAULT (1992), que não considera importante a especialização dos dirigentes em cada área de gestão ou produção de serviços de saúde, defende que o gestor deve ter a capacitação necessária para solicitar e utilizar as informações produzidas pela organização. Para LAZAROTTO (2001), a comunicação faz parte do processo de informação dentro das organizações e trata-se de um processo que envolve várias formas de expressão, com diferentes finalidades. Segundo a autora é particularmente importante na função de gerência, porque representa o intercâmbio de pensamento e de informações para proporcionar além de boas reações humanas, compreensão mútua e de confiança entre os atores da organização.

Segundo TOBAR (1997; 2001b), a organização pode traçar distintos caminhos para alcançar sua missão. Deve-se principalmente obter informação sobre os problemas que se quer atuar. A informação segundo ele permite que os atores se posicionem e definam prioridades para a ação.

Ao fazer considerações sobre o trabalho gerencial no plano empírico MINTZBERG (1973) apud JUNQUILHO (2002) aponta algumas habilidades que considera inerentes ao gerente no processamento das informações:

- a) O gerente é, ao mesmo tempo, um generalista e especialista, no sentido de que tem que lidar com fluxos de informações diversas e incertezas generalizadas,

mas, por outro lado, é forçado a dominar determinados papéis e habilidades específicos;

- b) Grande parte do poder que o gerente detém origina-se na sua capacidade de acesso e domínio de informações que nem sempre estão disponíveis às demais categorias da organização;
- c) O trabalho gerencial é caracterizado por uma grande diversidade e complexidade, tendo em vista que, devido à sua natureza ilimitada, bem como pela necessidade de o gerente processar uma quantidade grande de informação para a tomada de decisão, torna-se necessário o desenvolvimento de atividades nem sempre planejadas, fragmentadas e variadas, aliadas às demandas que exigem respostas imediatas a problemas;
- d) Muito freqüentemente, o trabalho gerencial é mais baseado na intuição do gerente, bem como ancorado em informações verbais do que em processos formalizados de gestão.

As informações aqui consideradas não se limitam àquelas provenientes de tecnologias informacionais ou de estudos epidemiológicos, pesquisas científicas, entre outros indicadores sócio-ambientais, econômicos, populacionais, de vigilância e de saúde, demanda da conferência de saúde ou dos conselhos de saúde, mas a informação no contexto geral, significando toda e qualquer referência feita com caráter de notícia, dado ou conhecimento. Podem ser informações diretas, documentadas, verbalizadas diretamente ao “órgão ou sujeito receptor” e até aquelas que não são formalmente repassadas, mas que existem no processo informacional da organização. Esse último tipo pode surgir da informalidade dos diálogos e muitas vezes pode representar um parecer legítimo de determinadas situações.

Assim, informação, comunicação e capacidades são condições importantes em qualquer modelo de gestão. A questão é como e onde absorver e processar as informações para a gestão da saúde. Como utilizar a comunicação e as capacidades para gerir a saúde. Algumas propostas metodológicas que discutem essas questões no âmbito do planejamento são apresentadas a seguir.

2.10. O planejamento em saúde: do normativo ao estratégico

Muitas discussões permeiam os caminhos do planejamento em saúde no âmbito da gerência. Algumas correntes defendem a idéia de que é possível gerir sem planejar e entendem o planejamento como uma ferramenta de gestão, outras, coadunam com MATTUS (1992) e colocam o planejamento em posição superior à gestão entendendo-o como o “cálculo que precede e preside a ação”.

CAMPOS (1988) inclui o planejamento como um instrumento de gestão e considera fundamental tomar decisões e definir prioridades a partir da sua incorporação na gestão, mas relata que essa é passível de existir sem que a organização utilize o planejamento no processo de condução das ações.

MERHY (1995, p.4) define planejamento como a “maneira de agir sobre algo de modo eficaz” (4).

A evolução histórico-conceitual do planejamento da saúde na América Latina se deu, segundo RIVERA (1992), do enfoque normativo para o estratégico.

O enfoque normativo surgiu com o método desenvolvido pelo Centro Nacional de Desenvolvimento - CENDES, da Universidade Central da Venezuela, por solicitação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Conhecido como CENDES-OPS se baseia nos princípios do planejamento econômico, focando a eficiência na utilização dos recursos.

Esse método orientou a lógica de planejamento no Brasil na década de 1960 e apesar de ter sido o ponto de partida para se planejar, mostrou-se inadequado para a nossa realidade.

Para o enfoque normativo o sujeito que planeja está fora e acima da realidade, detém o poder e através de uma racionalidade matemática, atinge a solução para os problemas que são predizíveis. Esse método baseia-se na perspectiva racional que tem como premissa que as organizações existem e se justificam para atingir objetivos, e que os processos podem ser antecipadamente programados, analisados e controlados (capacidade de eliminar riscos e incertezas), através de um futuro previsível (RIVERA, 1992).

O autoritarismo e a mecanicidade nas ações estiveram presentes nesta concepção que segundo CAMPOS (2000), produziu alienação, lançando para dentro dos processos de gestão o modo empirista de planejar as ações.

As transformações tecnológicas, demográficas, sociais, econômicas, políticas e epidemiológicas, frutos de um novo jeito de viver e organizar-se da sociedade mundial (globalização), produziu um sistema de saúde necessitado de resultados e mudanças significativas com relação à conformação da gestão da saúde.

O modelo racionalista fundamentado em teorias do início do século passado não deu conta da dinamicidade que caracterizou as organizações porque se apresentou lento e mecanicista. Diante da realidade dinâmica existente, as organizações precisam ser céleres e flexíveis perante os problemas e dificuldades a serem enfrentados (CAMPOS, 2000).

Surge então, a necessidade de uma nova forma de organização e produção, isto é de um novo paradigma. Nessa transição, o paradigma racionalista burocrático de gestão criado por Taylor e Fayol e denominado por CAMPOS (2000, 1998) de Racionalidade Gerencial Hegemônica foi sendo substituído por paradigmas baseados no enfoque estratégico.

O enfoque estratégico surge na América Latina com a elaboração da estratégia da Organização Pan-Americana de Saúde, sob o lema Saúde Para Todos no Ano 2000. O médico argentino Mário Testa, desenvolve sua teoria com o Pensamento Estratégico; e o economista chileno Carlos Matus traduz sua proposta teórico-metodológica com o Planejamento Estratégico Situacional – o método PES.

O PES procurou trazer uma concepção mais estratégica ao planejamento, considerando que o sujeito que planeja está inserido na realidade e coexiste com outros sujeitos na hora de planejar, mas seu caráter normativo é ratificado pela concepção técnica de cada etapa proposta no método.

O enfoque normativo sofreu muitas críticas no Brasil, tanto com relação aos princípios básicos adotados para sua operacionalização, quanto pelos poucos resultados apresentados.

O reconhecimento de que havia a necessidade em se reformar as práticas no setor saúde, suscitou em quatro caminhos distintos para o planejamento em Saúde: Ação Programática em Saúde, Vigilância em Saúde, Planejamento Comunicativo e Gestão Estratégica em Saúde.

MERHY (1995) faz a discussão desses caminhos e entende que tanto os problemas de saúde, quanto os modelos de intervenção na *Ação Programática em*

Saúde são moldados segundo um conjunto de ações estruturais e práticas sociais, estas com estreita relação com a epidemiologia como saber tecnológico fundamental para as intervenções em saúde. Segundo o autor há nesse “caminho” a proposta de construção de um campo de necessidades, definidas coletivamente pela dinâmica determinada no processo saúde-doença, subordinando as ações individuais e coletivas a um projeto programático, uma abordagem prescritiva e um planejamento estruturalmente determinado e normativo intervindo assim no campo da saúde sobre a causação dos problemas e sobre a prestação de serviços.

A *Vigilância em Saúde*, segundo esse autor, apresenta idéias semelhantes às da ação programática ao considerar que o campo das necessidades em saúde está intimamente ligado aos saberes tecnológicos estruturados. Propõe utilização de mapas de risco, microlocalizados, e territorializados, que indicariam a forma de intervenção específica em cada realidade. Associa a construção de um sistema de informação, epidemiologicamente centrado e considera que o ator responsável pela definição dos problemas são os saberes epidemiológicos e higienistas.

Para MERHY (1995), este caminho adota objetivos excessivamente duros e estruturados dificultando na prática a associação de uma estratégia de planejamento mais aberta, tornando-a empobrecida ao anular o subjetivo dos sujeitos, suas disputas e interesses e ao subordinar a um esquema simples de determinações e estruturações (exposições de riscos) as vicissitudes tecnológicas na área de saúde.

O *Planejamento Comunicativo* é outra proposta metodológica para o planejamento, que explora o PES de Carlus Matus como uma ferramenta para transformar a política de saúde no Brasil. Aposta no desenvolvimento de uma maior capacidade de governabilidade aos atores envolvidos com o planejamento e ainda utiliza a teoria do Agir Comunicativo de Habermas para propor ações comunicativas nas organizações (MERHY, 1995; BINSFELD e HORTALE, 2002; ONOCKO, 2000).

A obra de Habermas é usada para construir uma proposta comunicativo-dialógica nas organizações de saúde, que levem em conta a vida dos atores envolvidos para gerar a motivação na construção de projetos coletivos que devem ser assumidos como compromissos. É a comunicação sendo utilizada com visão estratégica, estimulando a interação e a motivação dentro das organizações (ONOCKO, 2000).

E por fim a *Gestão Estratégica*, citada em item anterior, enfatiza a democratização das instituições, o papel dos trabalhadores como sujeitos participantes do processo de gestão através de dispositivos gerenciais como missão e espaços coletivos.

Segundo MERHY (1995), esta abordagem considera o intenso processo de disputa dos poderes instituídos no campo da saúde - “os próprios sujeitos coletivos se forjam na ação” - (p.145) e o conjunto de interesses representados por diferentes atores (profissionais, corporações, indústrias de insumos, governos, processo econômico).

A Gestão Estratégica possui entre seus compromissos dois conceitos básicos: eficiência e eficácia (DE TONI, 2004).

Segundo CAMPOS (1997), eficácia é a capacidade de produzir saúde e de evitar danos e eficiência é a racionalidade gerencial dos sistemas (processos administrativos, de captação de recursos, etc.).

Muitas vezes os gestores não conseguem articular os dois conceitos, por preocuparem-se demasiadamente com a eficiência, provocando um déficit na eficácia, ou o contrário. A proposta estratégica sugere a realização das ações com o emprego dos dois conceitos (DE TONI, 2004).

MERHY (1995) credita à gestão estratégica a capacidade de provocar um reordenamento do sistema de forma a torná-lo mais eficaz e eficiente, para se realizar a integralidade das ações de saúde individual e coletiva através de mecanismos que ampliem a capacidade gerencial, com a incorporação de modelos de gestão que possibilitem o desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da população.

Destacam-se nesta abordagem os autores Luís Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão Wagner de Souza Campos.

CECÍLIO (2000), sugere a definição da Missão Institucional como possível condutor de mudanças nas organizações de saúde. Defende o monitoramento do cumprimento da missão e a avaliação do serviço (produto da missão) e enfatiza a negociação permanente de disputas e interesses através de diálogos entre os diversos trabalhadores, estabelecendo compromissos e responsabilidades voltados para o atendimento das necessidades dos usuários.

CAMPOS (2000) propõe um método que busque a construção de sujeitos e de instituições democráticas e o denomina Método da Roda. A proposta do autor é a

construção de Coletivos Organizados para proporcionar a capacidade de co-gestão de cada espaço na produção de bens e serviços e tomada de decisões em um processo de “desalienação” dos sujeitos, considerando sua influência nos planos das necessidades sociais e das instituições.

Ao propor o Método da Roda, o autor considera a influência que a subjetividade tem sobre os sujeitos e ressalta que somente dessa subjetividade e de pressões do meio externo torna-se possível alterar estruturas influenciadas pela Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Defende também a organização de fluxos de poder para a geração de pressões como antídoto ao corporativismo e burocratização ou fechamento em departamentos.

Esses fluxos segundo ele serviriam como substrato para a formação de compromissos e estabelecimento de contratos (equilíbrio) entre a autonomia (predomínio dos interesses internos) e o controle (predomínio de forças externas).

Baseia-se na concepção de que todo o sujeito opera segundo coeficientes de autonomia e liberdade e considera que apesar da dominação, os com menos poder inventam modos para articular os próprios interesses. Por isso a gestão participativa é sugerida nessa proposta para facilitar o exercício da democracia nas instituições.

A Gestão Estratégica é um dos caminhos apresentados que traz como características a definição da missão e a criação de espaços coletivos para a participação de todos os atores envolvidos no processo de decisões e determinação das prioridades.

Repensar os organogramas piramidais, desconstruir a distribuição de poder de forma hierárquica e verticalizada, descentralizar envolvendo a base das organizações com a discussão e definição de objetivos, do objeto e métodos de trabalho (inclusive no desenho da organização), abrindo espaço para que os coletivos sejam as unidades constitutivas das organizações, fazem parte das propostas desse método (CECÍLIO, 2000; CAMPOS, 2000).

A “visão” estratégica desse método corresponde às idéias de MINTZBERG (2004), para quem somente a partir de um processo livre, informal e descentralizado em todos os níveis, é possível desenvolver uma perspectiva inovadora para a organização.

Ao defender a utilização do planejamento como instrumento de gestão, como prática social transformadora e como método de formulação de políticas, MERHY (1995) expõe que estas distintas práticas se apresentam de formas diferentes, de acordo

com a natureza do objeto que se pretende intervir. Apesar de todas se constituírem como tecnologias para a ação do homem, o autor defende a compreensão entre a constituição do planejamento, com a natureza do objeto de intervenção, e as possibilidades de intervenção sobre a realidade de forma instrumentalizada sem deixar de aproveitar as capacidades que o homem tem de criar meios de operar sobre o social e produzir benefícios coletivos.

Com base neste pensamento, o autor faz uma crítica ao método do PES desenvolvido por Carlos Matus, por considerá-lo demasiadamente instrumental e conflitante com relação à discussão que Matus faz sobre o ator social em sua Teoria da Ação Social, subordinando-a de forma contraditória a uma abordagem funcionalista e instrumental sobre a realidade.

MATUS (1992) entende o planejamento como cálculo que precede e preside a ação e o considera superior à gestão. Nesse caso a gestão não existiria sem o planejamento. O autor diz que se não há planejamento abrem-se caminhos para “(...) a improvisação ou a resignação (...)” (p.16).

Refletindo sobre esse aspecto o autor salienta:

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

MERHY (1995) já menciona a utilização do planejamento não apenas como instrumento de gestão, mas também como prática social transformadora e como método de formulação de políticas.

E ONOCKO (2000) defende o valor instrumental do planejamento:

É campo metodológico que visa os meios como seu fim. Sua razão de existir é, e será, operacionalizar organizações e grupos para atingir fins; em razão disso, defendemos que é o método dos meios por excelência (p.2).

Para a autora o planejamento tem como dilema fundamental a necessidade de “fugir do papel controlador, advindo da razão instrumental, sem perder a própria instrumentalidade, não deixando de ter valor de uso” (p.2).

ONOCKO (2000) propõe “mudar a idéia do Planejamento como corpo tecnológico (representado por métodos prontos e acabados) e outorgar-lhe o papel de *modulador* de incorporação tecnológica” (p. 8).

O planejamento então estaria, segundo a autora, subsidiando a incorporação de outras ferramentas e técnicas para o enfrentamento das situações advindas de diferentes momentos da organização.

As inúmeras propostas teórico-metodológicas referentes à gestão e ao planejamento em saúde fazem a mesma reflexão quanto à necessidade de mudanças e transformações efetivas na área.

Tais transformações devem aprimorar a gestão de modo que as ações em saúde cumpram seu papel junto à população.

Diante disso, percebe-se uma ampla discussão e produção teórica em torno do interesse em se construir caminhos que possam contribuir para que essas mudanças realmente ocorram. Todas as abordagens condenam de forma semelhante o modelo gerencial burocrático caracterizado pela pouca participação dos trabalhadores, pouca comunicação entre os setores organizacionais, desmotivação, ausência de pactuação, de compromissos, decisões centralizadas, hierárquicas, verticalizadas e normativas.

Há uma busca geral e um interesse comum pela melhoria dos processos de gestão das instituições. Algumas correntes defendem a utilização do planejamento como ferramenta, outras a construção de missão, outras a construção de fluxos de comunicação e negociação de compromissos. Enfim, o interesse comum é auxiliar os serviços de saúde na definição e realização de seus objetivos.

Para alguns autores nem sempre a gestão vem acompanhada pela prática do planejamento que para eles, pode engessar e prejudicar a identificação de problemas e a implantação de estratégias ideais para solucioná-los, principalmente em se tratando de problemas emergentes.

Apesar de MINTZBERG (2004) considerar que não adianta haver planejamento, mesmo com a existência de um Plano Formal para comprová-lo, se a gestão passar a maior parte do tempo utilizando as estratégias emergentes em detrimento daquelas previstas no processo de planejamento; autores como ONOCKO (2000) defendem seu valor instrumental no processo de gestão das organizações de saúde.

O que fica claro é que ainda que apresentem sugestões diferenciadas, combinando teorias convergentes ou complementares, algumas considerando o planejamento como parte da gestão, outras o contrário, todas as argumentações apresentadas acabam utilizando, sob o ponto de vista teórico, o “pensar estratégico”, “a

comunicação” e a ”negociação” para defender a construção de instituições de saúde mais democráticas, integradas e equânimes.

2.11. A gestão no âmbito do município

Nesse item são apresentadas algumas considerações sobre a gestão no âmbito municipal, iniciando-se com o processo de descentralização e um breve histórico do SUS, do surgimento das Normas Operacionais Básicas (NOBs), discutindo-se a habilitação de gestão para os municípios e iniciando a aproximação com o Plano de Saúde, objeto desse estudo.

As responsabilidades municipais, no que tange à gestão da saúde local, surgiram com o movimento de descentralização que emergiu a partir de 1991 como uma estratégia para transferir aos estados e municípios a responsabilidade com relação à saúde da população (BRASIL, 1988; MS, 1991b).

A origem de tal processo se deu a partir de profundas transformações ocorridas no sistema de saúde do país, determinadas pelo período político com a transição do regime militar para uma maior abertura política, os conflitos pela democracia e ao mesmo tempo a crise fiscal e econômica do Estado (VIANA, 2000).

Segundo SCATENA (2000) o conceito de descentralização não é único e se dá a partir de várias questões intrínsecas à sua própria construção. Para o autor, a descentralização encontra-se por um lado associada ao modelo de organização, à democratização, centralização e desconcentração e por outro se estabelece a partir de distintas concepções, posições político-ideológicas e segundo o contexto em que está sendo utilizada.

A descentralização ocorreu primeiramente com a transferência da gestão das unidades assistenciais, gestão de contratos, convênios e credenciamentos de serviços para o estado, o que consolidou sua concepção. As SES (Secretarias Estaduais de Saúde) assumem as atividades técnico-administrativas relativas à aquisição de insumos e serviços para as unidades próprias de saúde e também o controle e avaliação dos serviços privados e filantrópicos (VIANA, 2000).

Para viabilizar a estrutura do processo descentralizatório algumas instâncias importantes foram compostas: a Comissão Tripartite (CIT) no âmbito de negociação

composta pelos gestores municipais, estaduais e o federal, e a Comissão Bipartite (CIB) formada pelos gestores estaduais e municipais.

Além destes fóruns, cada esfera de gestão possui o seu conselho específico: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

NORONHA e LEVCOVITZ, 1994 relatam que no processo histórico de descentralização houve certa resistência clientelista e conservadora de alguns grupos e atores políticos que não aceitaram a perda dos privilégios de que dispunham no relacionamento com o Estado - CONASS e CONASEMS, enfrentaram as oposições sistemáticas dentro do próprio sistema, na Câmara Federal e até mesmo no Tribunal de Contas da União mas conseguiram abortar as tentativas de restrição ao movimento.

As inovações descentralizantes se consolidaram com a Constituição de 1988 e seu capítulo destinado à saúde. Tal capítulo retrata toda a essência do pensamento reformista, tanto em termos de uma ampla concepção do processo saúde-doença quanto na garantia universal do direito à saúde, enquanto expressão da cidadania, e na fixação das diretrizes para ampla reorganização do sistema de serviços de saúde. Produziu um avanço conceitual ao incluir a saúde no âmbito da Seguridade Social, cujo orçamento próprio tornou-se um pilar fundamental para assegurar a universalização (MÜLLER NETO, 1992).

A Constituição de 1988 reorientou a partilha dos recursos arrecadados, beneficiando os estados e municípios sendo que no capítulo destinado à saúde, instituiu-a como direito de todos e dever do Estado.

A criação do Sistema Único de Saúde, agilizou a descentralização das ações e teve sua implementação iniciada nos primeiros anos da década de 90, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, e das Normas Operacionais Básicas, emitidas com o objetivo de regulamentar o sistema. As normas, definiram a forma de transferência de recursos entre as instâncias de governo, as modalidades de pagamento dos serviços de saúde e instruíram o processo de descentralização e de construção da rede de serviços. (VIANA et al., 2002; NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

2.12. NOB, NOAS e Pacto de Gestão

Apresenta-se a seguir, um histórico sobre as Normas Operacionais Básicas considerando-se a influência que tiveram não apenas na regulamentação do processo de descentralização e de habilitação para a gestão da saúde nos municípios, mas no próprio contexto de operacionalização do SUS.

As Normas Operacionais Básicas surgiram a partir de 1991 para orientar a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O espaço de atuação dos estados foi reduzido em favor de uma relação maior entre governo federal e municípios através da NOB 01/91, centrada num padrão único de alocação de recursos para unidades assistenciais públicas e privadas e no surgimento da “municipalização federal”, isto é, relação direta de convênios entre o governo federal e os municípios. (LEVCOVITZ et al., 2001). Esta NOB criou a unidade da cobertura ambulatorial, os critérios para transferir recursos federais a estados e municípios e os critérios para acompanhamento, controle e avaliação das ações em saúde (MENDES, 1998).

Com a NOB 01/93, a autonomia dos municípios se deu não apenas com relação ao planejamento, mas também com relação ao gerenciamento dos recursos. Os municípios tornaram-se responsáveis ainda em repensar e formular sua política (LEVCOVITZ et al., 2001). Destacam-se nesta NOB a implantação dos mecanismos de transferência de recurso fundo a fundo, a criação de parcerias na esfera estadual, com as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) e na esfera federal, com as Comissões Intergestores Tripartite (CIT).

Essa norma instituiu três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena, sendo esta última, condição para os municípios. CIT e CIB, por meio de fóruns permanentes construía os acordos referentes à transferência de responsabilidades e recursos financeiros para que estados e municípios pudessem executar e coordenar as ações relativas à saúde da população em seus territórios (MENDES, 2001; TEIXEIRA, 2004; LEVCOVITZ et al., 2001).

Segundo SCATENA (2000) com as CIB, CIT e os Conselhos municipais, estaduais e Nacional, a NOB 01/93 foi a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo.

A NOB SUS 01/96 concretizou a questão das competências a nível estadual e municipal, implantando uma nova lógica nos repasses com a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena de atenção básica.

A habilitação em gestão plena da atenção básica preconizou responsabilidades básicas aos municípios quanto à elaboração dos serviços básicos prestados aos seus munícipes.

A habilitação em gestão plena do sistema municipal transferiu maior complexidade às ações dos municípios, entre as quais a avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente, a execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, a execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas, como acidentes e violências.

A NOB SUS 01/96 também aumentou o repasse fundo a fundo, redefiniu as responsabilidades dos estados e da União e concretizou ao município a função de gestor da saúde local (MENDES, 2001; MS, 1996; LEVCOVITZ et al., 2001). Essa NOB instituiu a PPI - Programação Pactuada e Integrada como instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS (SCATENA, 2000).

Entre os requisitos exigidos para a habilitação dos municípios em exercer a gestão da saúde no seu território, a NOB 96 reforçou a elaboração do Plano Municipal de Saúde que já havia sido uma exigência da Lei Orgânica de 1990. O Plano então deveria estar articulado com a política de saúde e ser utilizado como ponto de partida para as atividades e programações em saúde, estando sua aprovação vinculada às decisões do Conselho Municipal de Saúde (MS, 1996).

O Plano de Saúde foi proposto então, para ser utilizado como instrumento das práticas de Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde juntamente com o quadro de metas, a agenda de saúde e o relatório de gestão.

A elaboração desses instrumentos obedece a uma seqüência articulada com os níveis de detalhamento das propostas de ação. Esse encadeamento permite a análise dos resultados que devem então, ser registrados no Relatório de Gestão:

- Passo 1 – elaboração da Agenda de Saúde
- Passo 2 – elaboração simultânea do Quadro de Metas e do Plano de Saúde
- Passo 3 – elaboração do Relatório de Gestão
- Passo 4 – revisão da Agenda de Saúde
- Passo 5 – revisão do Quadro de Metas e do Plano de Saúde
- Passo 6 – re-elaboração do Relatório de Gestão.

O Plano de Saúde é um documento formal de apresentação política. Objetivos, metas e ações da gestão que serão realizadas num período de quatro anos são elementos que o constituem.

As Agendas de Saúde estabelecem as prioridades anuais de cada esfera de governo. A primeira agenda a ser elaborada é a agenda nacional que define as prioridades a serem assumidas no âmbito federal.

Em seguida, cada estado elabora a agenda estadual incorporando ou não outras prioridades válidas para seu território e por último, os municípios elaboram a agenda municipal de saúde, em conformidade com as agendas estadual e nacional, podendo, também, incluir prioridades locais (MS, 2001a; MS, 2001b, MS, 2002).

O Quadro de Metas é parte integrante dos Planos de Saúde federal, estaduais e municipais, e contém os indicadores e as metas prioritárias em cada esfera, servindo de base para a elaboração do Relatório de Gestão, acompanhamento e mensuração dos resultados (MS, 2002).

Deve ser elaborado anualmente, na forma de planilhas, onde devem constar as metas físicas e financeiras das ações traçadas nas Agendas de Saúde e previstas nos Planos de Saúde, permitindo assim, o acompanhamento da execução das ações estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais, sendo que, para cada ano de vigência do Plano de Saúde, haverá um Quadro de Metas elaborado anualmente (MS, 2002).

O Relatório de Gestão consiste na sistematização e divulgação de informações sobre os resultados obtidos. A elaboração também é anual e estabelece as correlações entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos (MS, 2002).

Como o Plano de Saúde é o objeto deste trabalho, alguns aspectos específicos sobre sua elaboração no contexto da gestão do SUS serão discutidos em item específico.

As NOBs orientaram o processo de operacionalização do SUS, fomentando o processo de habilitação para a gestão da saúde. No primeiro semestre de 2000 cerca de 100% dos municípios brasileiros encontravam-se habilitados na condição de executores das atividades relacionadas à saúde de sua população (MENDES, 2001) e vivenciavam situações que exigiriam competências diversas na tarefa da gestão.

Em 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional de Assistência a Saúde-NOAS-SUS 01/2001 foi aprovada e propôs a organização de grupo de municípios em uma rede funcional regionalizada. A NOAS SUS 01/2001 permanece em vigor por um ano apenas, sendo rapidamente substituída pela NOAS SUS 2002.

Entre as estratégias propostas pelas NOAS para nortear as questões relacionadas à regionalização destaca-se o aparecimento dos Módulos Assistenciais, das micro e macrorregiões de saúde, organizados em territórios auto-suficientes em atenção primária à saúde, atenção mínima de média complexidade, atenção de média complexidade e em atenção de alta complexidade; cuja condução ficou a cargo das secretarias estaduais de saúde (MS, 2001a; MS, 2001b).

Além de definirem o processo de regionalização da assistência, as NOAS ampliaram as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, instituindo a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA.

A habilitação em GPABA exigiria dos municípios habilitados nessa lógica a atuação em áreas estratégicas mínimas como: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (MS, 2001a).

Vale ressaltar, que as Normas Operacionais Básicas de 1991/93 e 96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, além de orientarem a operacionalização do SUS, serviram também como instrumentos reguladores do processo de descentralização.

Segundo VIANA et al (2002) cada nova Norma Operacional tentou resolver contradições com relação à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento procurando adequar o processo de descentralização a esses três fatores.

Há uma intensa discussão sobre a característica de desconcentração com a transferência exclusiva de competências em detrimento da redistribuição de poder considerada essencial para que a descentralização realmente ocorra.

A descentralização se caracteriza pela redistribuição de poder, onde o interesse de grupos de poder específico influencia sua determinação. A desconcentração se diferencia da descentralização ao realizar apenas o deslocamento da decisão e não o de poder (TOBAR, 1991; JUNQUEIRA, 1997).

Autores como UGÁ (1991) e RIVERO (1990), consideram a desconcentração um processo indispensável para a descentralização, enfatizando a possibilidade de se desconcentrar, sem descentralizar.

Segundo MENDES (2001), a descentralização é um processo gradual, progressivo, constituído por princípios e tendências, pertinentes a cada sistema, havendo uma tendência em considerá-la como um deslocamento de poder para as periferias.

CARVALHO e SANTOS (1995), afirmam que a descentralização é uma exigência para a efetivação da democracia e da justiça social.

Assim, a descentralização tem várias vertentes de definição, e segundo MENDES (1998), sua implementação apresentou fortalezas e debilidades.

Para o autor, a descentralização desencadeou um fenômeno denominado “municipalização autárquica”, que se traduz na ênfase da gestão de saúde no âmbito municipal, com pouca participação dos estados, transformando alguns municípios em sistemas fechados, levando a deseconomia de escala, fragmentação e baixa qualidade dos serviços.

A descentralização que se seguiu, concentrou serviços contrapondo-se aos “objetivos reais” do processo e ainda enfrenta o desafio de encontrar mecanismos que superem a fragmentação de estruturas municipais, muitas vezes atomizadas com iniquidades na qualidade e na oferta de acesso, o que compromete a legitimidade do sistema.

Para TEIXEIRA (1990), definir os objetivos e as metas da descentralização é fundamental para que se possa estabelecer, se há um caráter de simples reforma administrativa ou se visa modificar a situação sanitária existente.

Para isso, segundo TOBAR (1991), deve-se levar em consideração que o processo de descentralização é um componente da Reforma Sanitária, que não surgiu da necessidade de controlar custos e gastos, mas para redemocratizar a política. Além disso, segundo o autor, a ineficiência e baixa efetividade das ações, além da baixa capacidade gerencial, com o aumento da demanda gerada pelas precárias condições de

vida e de saúde que se instalavam no período, também influenciaram para o surgimento de uma política descentralizadora. Segundo COSTA (2000), o processo de descentralização surgiu pela necessidade de mudanças na forma de atuação do estado na área social e também como forma de redistribuição de poder. A autora considera que a descentralização territorial ou político-administrativa é entendida como municipalização porque os municípios conformam-se como a menor unidade político-administrativa na federação brasileira. Cita os princípios de ordem política, econômica e gerencial formulados por LOBO (1990), como essenciais na implementação da municipalização:

- A flexibilidade: sugere considerar as características locais de cada região, levando em conta que as realidades são desiguais e por isso devem ser tratadas de forma diferenciada.
- O gradualismo e a progressividade: são conceitos que implicam utilização gradual e progressiva de artifícios necessários para a transferência de funções e recursos, considerando a demanda e a capacidade de absorção dos municípios e as distintas realidades definidas, através de processos pactuados de mudanças.
- A transparência: é considerada importante já que a descentralização implica em transferência de poder e o seu exercício de forma transparente, criando canais de participação, controle e acesso às informações.
- O controle social: refere-se à possibilidade de participação da comunidade, associando-se ao conceito de transparência no processo decisório, constituindo-se em elemento importante de democratização e orientação do processo de descentralização

A criação dos Conselhos de Saúde instituídos e normalizados pelas Leis Orgânicas de Saúde, com a participação da sociedade organizada representa a consolidação desse princípio no processo de estruturação do SUS.

Além de consolidarem o princípio do controle social e constituírem-se elementos importantes no processo de descentralização, os Conselhos de Saúde configuram-se como elementos de valor no processo de tomada de decisões pela responsabilidade, que têm com relação à aprovação não apenas dos Planos de Saúde de cada esfera, mas de toda ação ou projeto intencionado pela gestão (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Como instâncias políticas legalmente estabelecidas, os Conselhos participam do planejamento, da gestão e realizam o controle das ações e serviços de saúde (PINHEIRO apud SCATENA, 2000, p. 21).

Ao instituírem-se com caráter permanente e deliberativo; representam órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com representação paritária e finalmente, por serem responsáveis pelo controle da execução de políticas de saúde, os Conselhos de Saúde destacam-se como fóruns de participação e controle social do SUS e vinculam-se ao processo de descentralização (SCATENA, 2000).

Ainda com relação à gestão no âmbito municipal, há que se fazer referência ao Pacto pela Saúde. Gestão plena do sistema municipal e gestão plena de atenção básica eram as formas de habilitação, que classificavam os municípios quanto à carga de responsabilidade com a saúde de seus munícipes, quando fevereiro de 2006 divulgado pela Portaria Nº. 399 surge a proposta do Pacto pela Saúde contexto do SUS (MS, 2006a).

Pode-se dizer, que a expectativa do Pacto pela Saúde é de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS, como a difícil questão de se impor normas gerais a um país tão grande e desigual; além do excessivo caráter técnico e normativo constantes em seu processo de implantação. O Pacto pela Saúde é composto por 3 pactos. O *Pacto pela Vida*, desenvolvido para estabelecer metas e prioridades na saúde, a partir de ações específicas para o idoso, para a mulher (câncer do colo do útero e de mama) e também em aspectos voltados à mortalidade infantil, doenças endêmicas, além da promoção da saúde e da atenção básica. O *Pacto em Defesa do SUS*, para reforçar o SUS como política de estado e defender seus princípios básicos contidos na Constituição. Por fim, o *Pacto de Gestão*, para redefinição de algumas questões relacionadas ao processo de habilitação para a gestão (MS, 2006a; MS 2006b).

Com o Pacto de Gestão, não apenas os que já eram habilitados em gestão plena, mas também os outros municípios que operavam somente em gestão básica assumem o Termo de Compromisso de Gestão - TCG. A carga de responsabilidade passa a ser igual para todos os municípios que além das ações em nível de atenção básica em seu território, deverão gerar capacidade técnica, administrativa e condições materiais para o exercício de suas competências. (MS, 2001a; MS, 2006a).

Nessa dimensão da Gestão, o Pacto pela Saúde, estabelece entre a gestão federal e os governos estaduais e municipais o Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS definido como a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (MS, 2006b).

Esse sistema proposto pelo pacto não envolve nenhuma forma de hierarquização entre as respectivas áreas de planejamento. Sua organização e operacionalização baseiam-se em processos que permitam o funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS. Para tanto, tais processos devem ser objeto de pactuações, observando-se os papéis específicos de cada um, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias (MS, 2006b).

Além disso, seu funcionamento está condicionado à formulação e revisão constante dos instrumentos que o compõem: o Plano de Saúde e a sua respectiva Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

A eleição de tais instrumentos se deu pelo fato de que ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é oportuna a realização de sua avaliação, a ser expressa em documento que retrate os resultados efetivamente alcançados, capaz de subsidiar a elaboração do novo Plano. Essa avaliação deve assinalar os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O Plano de Saúde deve ser formulado mediante processo cuidadosamente organizado e que possibilite a maior participação social possível. Além disso, o Plano, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão devem ser claros e precisos, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolvem a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde (MS, 2006a).

Percebe-se com o Pacto, que apesar de haver algumas alterações nas formas de repasse dos recursos, estabelece-se uma confirmação das responsabilidades anteriormente vigentes de forma que a elaboração do Plano de Saúde permanece no contexto das obrigações nas três esferas de governo, o que confirma a intenção dada à sua utilização como ferramenta de gestão.

2.13. O Plano Municipal de Saúde no contexto do SUS

O objetivo desse item é fazer uma aproximação com o objeto da pesquisa discutindo-se o plano de saúde no contexto do SUS, apresentando-se o roteiro de elaboração proposto pelo Ministério da Saúde, seu histórico, e eixos de informação.

A indicação de elaboração dos Planos de Saúde pelas três esferas de governo para deliberar suas propostas orçamentárias surgiu com a Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS). Segundo a LOS (art. 36 inciso 1º) os planos de saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento deverá estar contemplado na proposta orçamentária.

Além disso, fundamentado no princípio da legalidade, o inciso 2º do mesmo artigo proíbe a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde.

Na esfera municipal a tarefa de elaboração do Plano de Saúde inclui-se entre os requisitos exigidos para que o município seja considerado habilitado em exercer a gestão da saúde e deve ser realizada até maio do primeiro ano do quadriênio de governo, devendo o Plano ser revisado até maio de cada ano (MS, 2002).

Sua aprovação fica vinculada às decisões dos Conselhos de Saúde estruturados com o objetivo de consolidar o controle social através da participação da sociedade organizada (MS, 1991a; MS, 1992).

No Plano estão contidas as prioridades em saúde, ou seja, os problemas que serão objeto de intervenção para assegurar a saúde da população.

As dimensões de elaboração propostas no roteiro do Plano proposto pelo Ministério da Saúde valem tanto para a esfera municipal como para a estadual e federal, mas como esse estudo se dá no âmbito municipal, o roteiro discutido a seguir faz menção ao plano na esfera municipal.

Modelo de Gestão, Financiamento, Modelo de Atenção à Saúde e Recursos Específicos ou Estratégicos compõem os quatro eixos informativos para apresentação do Plano nas três esferas de governo.

O eixo *Modelo de Gestão* contém duas dimensões: modelo de gestão do sistema de saúde respectivo e modelo de gestão no âmbito interno da Secretaria Municipal. A primeira diz respeito à relação da secretaria com outras esferas do SUS e com o setor privado. A organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a

operacionalização do Fundo de Saúde também estão contidos nessa dimensão. A segunda dimensão contém questões relativas ao processo de planejamento e acompanhamento, à estrutura organizacional, aos recursos humanos de cada órgão gestor.

O eixo *Financiamento* deve conter as informações relacionadas aos recursos orçamentários e financeiros, ou seja, de onde vem e para onde vão tais recursos.

O eixo *Modelo de Atenção à Saúde* estabelece informações a partir de dois enfoques: rede de serviços (básica, especializada, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e hospitalar) e ações / intervenções relativas a grupos de alto risco e / ou patologias de alta incidência.

E por último, o eixo *Recursos Específicos ou Estratégicos* que comporta as informações sobre os recursos humanos, a assistência farmacêutica e a tecnologia em saúde.

O documento deve conter sete elementos essenciais, segundo o Ministério da Saúde: identificação, princípios orientadores, caracterização (descrição de aspectos demográficos, econômicos e sociais), análise da situação em saúde (diagnóstico das condições de saúde, da organização e funcionamento das ações e serviços de saúde) descrita a partir de cada um dos quatro eixos informativos, e por último; os objetivos, prioridades e estratégias de ação (MS, 2002).

A análise de situação e os objetivos do Plano devem conter informações referentes aos quatro eixos. Sendo assim, segundo a proposta do Ministério da Saúde a análise da situação de saúde deve ser descrita da seguinte forma:

1) Modelo de Gestão

a) Organização e funcionamento do Sistema de Saúde local:

- Organização e funcionamento do Conselho de Saúde
- Operacionalização do Fundo de Saúde
- Órgão gestor do Sistema – estrutura organizacional e colegiados próprios
- Recursos humanos – tipo, formação e quantidade
- Processo de planejamento e acompanhamento
- Ações de controle, avaliação e auditoria – estrutura, recursos, planejamento e uso dos resultados
- Gestão da prestação de serviços pelo setor privado.

b) Relação com as demais esferas gestoras do SUS:

- Articulação com outros municípios (consórcio, negociação e pactuação da referência).
- Ações conjuntas ou exclusivas executadas pelas esferas estadual e federal.

2) Financiamento

a) Situação dos recursos orçamentários e financeiros nos últimos dois anos, pelo menos:

- Composição do orçamento e do gasto em saúde, com a discriminação das origens (tesouro municipal, recursos estadual e federal) e destinação dos recursos (por exemplo, ações de vigilância sanitária).
- Percentual do total de recursos próprios do tesouro no total do efetivamente aplicado em saúde.
- Percentual dos recursos advindos de outras esferas gestoras no total de recursos aplicados em saúde.
- Recursos aplicados diretamente pela esfera federal no município.
- Recursos advindos por força de convênios e doações.

3) Modelo de Atenção à Saúde:

a) Situação das ações e serviços de assistência à saúde – estruturação, capacidade instalada, produção por tipo de prestador e avaliação de cobertura.

- Da rede de serviços: básica, hospitalar e especializada.
- Do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico.
- Da urgência e emergência.
- De referência e contra-referência.

b) Situação das ações e serviços de vigilância sanitária – estruturação, capacidade, produção e cobertura.

c) Situação das ações de epidemiologia e controle de doenças – estruturação, capacidade, produção e cobertura.

d) Condições de saúde propriamente dita – perfil epidemiológico local e regional.

- Doenças, principais agravos e fatores de risco existentes na região.
- Taxas de mortalidade e morbidade.

4) Recursos Específicos ou Estratégicos:

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

Ao ser o instrumento que integra a formulação dos Planos estaduais e do Federal, e por servir de base para a elaboração da programação anual e dos Relatórios de gestão, das três esferas, o Plano de saúde é um documento importante, não só para a gestão do sistema dos municípios, mas também para a gestão estadual e federal.

O fluxo de elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde se dá de forma ascendente e pode ser sistematizado em três etapas (MS, 2002):

- 1.ª etapa - a partir das prioridades e metas definidas na Agenda de Saúde Municipal, o gestor municipal elabora o Plano de Saúde, e após a homologação do Plano pelo Conselho, encaminha o Quadro de Metas para a Secretaria Estadual de Saúde;
- 2.ª etapa - com base nos Quadros de Metas dos Planos Municipais de Saúde e na Agenda Estadual de Saúde, o gestor estadual elabora o Plano Estadual de Saúde, e após a homologação pelo Conselho Estadual de Saúde, encaminha o Quadro de Metas ao Ministério da Saúde;
- 3.ª etapa - o gestor federal, com base nos Quadros de Metas dos Planos de Saúde Estaduais e na Agenda Nacional de Saúde, elabora o Plano de Saúde Nacional.

Com relação ao fluxo de elaboração do Plano, cabe a indagação sobre a viabilidade e adequação do curso unidirecional apregoado. Tal direção pode muitas vezes não levar em conta importantes prioridades nacionais, estaduais e até mesmo regionais na elaboração do Plano.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o Plano de Saúde deve conter minimamente, o seguinte formato: análise situacional; objetivos, diretrizes e metas. Os eixos norteadores para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são: condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde (MS, 2006b)

Com relação à incorporação de um plano no processo de gestão, MINTZBERG (2004) não considera que o planejamento seja necessário para a sua elaboração. Para o autor, Plano significa uma declaração explícita de intenções, elaboradas e documentadas.

Entretanto, para TEIXEIRA (2004), plano é produto do planejamento e deve ser feito de forma a dar condições à gestão para reformular e reconduzir as ações quando necessário. A autora defende que qualquer que seja o modelo de gestão o método de planejamento ou de definição das prioridades há que se considerar que a realidade é complexa e incerta e que a elaboração do Plano do ponto de vista metodológico é fundamental.

MINTZBERG (2004), no entanto, diz que a existência de um Plano não representa a existência de planejamento na organização nem significa que este o tenha criado. O autor diz ainda que a improvisação diante dos problemas emergentes permeia as decisões e pode ser um fator de influência para a não utilização do que ele chama de Plano Formal no processo de gestão.

TANCREDI (1998 p. 25) assevera sobre o Plano:

O plano é um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos; ele documenta e enuncia as conclusões desses acordos, indicando para onde queremos conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como pretendemos agir para que nossas metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos ou de processo).

TANCREDI (1998), diz que o plano é efêmero e secundário, mas considera que sua forma escrita deve existir como figura dos acordos e direcionalidades do trabalho. Ressalta ainda que deva ser permanentemente revisado para se manter atual e elaborado em linguagem acessível, para a compreensão de todos que o leiam oferecendo clareza quanto à visão de futuro e os objetivos perseguidos.

A mesma discussão que é feita sobre os diversos modelos de gestão e as várias “faces” do planejamento em saúde ocorre com relação à utilização ou não do Plano de saúde como ferramenta da gestão.

Todos os municípios têm seus Planos já que é uma obrigação e sua elaboração está vinculada ao recebimento de recursos, mas, interessa-nos saber como essa tarefa vem se desenvolvendo, além de verificar que finalidade é dada aos planos após sua

formulação. A valorização de alguns aspectos na condução de elaboração dos planos deveria ser considerada como: participação do maior número de sujeitos envolvidos na gestão, a identificação adequada dos problemas existentes, a definição das estratégias para enfrentá-los, os responsáveis pela operação, monitoramento e avaliação das ações definidas no plano e a flexibilidade para reformulações quando necessárias. A utilização do Plano como ferramenta permanente de gestão está claramente vinculada à consideração desses aspectos quando da sua formulação. É provável que se isso não acontecer o Plano seja visto como algo estanque, direcionado apenas ao recebimento de recursos e o cumprimento da lei.

Acredita-se que o cotidiano das organizações, a forma como são definidas as ações à luz do modelo de gestão empregado é que irão determinar se esse instrumento é ou não utilizado para esse fim.

A improvisação das ações parece ser o principal entrave para que isso aconteça já que a formulação dos planos pode até analisar e selecionar problemas, definir estratégias e prioridades, mas não consegue prever nem escolher as circunstâncias das ações.

3. A CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

3.1. Caracterização do estado de Mato Grosso

Uma visão sobre o estado e suas particularidades como aspectos territoriais, dimensões geográficas, divisas de fronteira, clima, vegetação, economia e ocupação, entre outros, é produzida nesse item.

Mato Grosso é uma das 27 (vinte e sete) unidades federativas do Brasil. Está localizado a oeste da região Centro - Oeste e a maior parte de seu território é ocupada pela Amazônia Legal, sendo o extremo Sul do Estado pertencente ao Centro-Sul do Brasil (PDR, 2005). Faz fronteira com o Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins, Pará, Amazonas, Rondônia e Bolívia e é dividido em 5 (cinco) mesorregiões; norte-matogrossense, nordeste mato-grossense, sudoeste mato-grossense, centro-sul mato-grossense e sudeste mato-grossense (COSTA, 2000).

Ocupa uma área de 903.357,908 Km², possuindo, em 2007, (IBGE, 2007) uma população de 2.854.642 habitantes. Conta com 141 (cento e quarenta e um) municípios,

sendo que a capital é a cidade de Cuiabá. Anteriormente ao Pacto de Gestão tanto a capital quanto os municípios de Jaciara, Barra do Garças, Rondonópolis, Campo Verde, Alta Floresta, Diamantino, Pedra Preta e Primavera do Leste encontravam-se habilitados na Gestão Plena Municipal pela NOB-SUS-96 e os demais na Gestão Plena da Atenção Básica. Tal condição de habilitação foi alterada com o Pacto, onde todos os municípios após assinarem o TCG – Termo de Compromisso de Gestão estarão habilitados em gestão Plena Municipal (MS, 2006a; SES, 2005).

Quanto ao clima, o estado apresenta o tipo tropical, com temperaturas médias anuais que oscilam entre 22° e 25°C, uma estação seca e outra chuvosa, inverno e verão respectivamente, com taxa pluviométrica variando entre 1500 e 2000 mm anualmente; e o tipo equatorial, que predomina na região norte do estado, com temperaturas médias anuais oscilando entre 24° a 26°C, a precipitação pluviométrica variando de 2000 a 2500 mm anuais, com chuvas praticamente em todas as estações do ano (SES, 2005).

Destaca-se não apenas pela grande extensão territorial como também pela diversidade e riqueza de sua flora, fauna, recursos hídricos e minerais presentes em três ecossistemas: Pantanal, Cerrado e Floresta Amazônica. A população indígena em Mato Grosso apresenta denominações e diferentes etnias, com população de cerca de 29.300 índios. A agropecuária é a principal atividade, com destaque na produção de arroz, feijão, soja, milho e na criação de bovinos, suínos e aves. O extrativismo mineral e vegetal também é uma importante fonte de renda para o estado (SES, 2005).

As bacias hidrográficas Amazônica, Tocantins-Araguaia e do Paraguai, banham o estado e são de vital importância no seu desenvolvimento desde a sua origem (COSTA, 2000).

O processo de ocupação do estado teve início no século XVIII em virtude do extrativismo mineral, mas com a decadência desse tipo de exploração econômica o estado manteve-se praticamente esquecido e seu processo de desenvolvimento se deu de forma lenta e esporádica. As grandes distâncias e as dificuldades de acesso aos grandes centros mais evoluídos e os problemas para adaptar a região às novas necessidades restringiram sua exploração e desenvolvimento (COSTA, 2000).

Foi com o projeto de *Integração Nacional*, que procurou estimular a colonização objetivando esvaziar as tensões existentes na região Sudeste e integrar a região Norte e Centro-Oeste, e também diante das vantagens governamentais via política de incentivos

fiscais e de programas de colonização, que o estado tornou-se, a partir dos anos 70, um dos principais do país em termos de dinâmica populacional e evolução político-administrativa (COSTA, 2000).

3.2. A municipalização e a descentralização da saúde no Mato Grosso – processo histórico

Os fatos descritos nesse item foram elencados para produzir um panorama do processo de descentralização da saúde no estado. Não tiveram como objetivo apresentar a totalidade dos eventos que culminaram com a transferência para os municípios das responsabilidades contidas no processo de gestão local. Apenas alguns pontos são apresentados no sentido de caracterizar a gestão da saúde nos municípios matogrossenses.

O processo migratório aliado ao acelerado crescimento demográfico no estado altera o perfil epidemiológico da população. Além disso, outras questões como a impotência do governo em prover infra-estrutura adequada para a assistência à população, a distribuição irracional dos recursos existentes; a inadequada utilização de recursos materiais e humanos; a baixa resolutividade dos serviços gerou necessidade de estabelecimento de um sistema de saúde com maior racionalidade que atendesse aos princípios de regionalização, descentralização e hierarquização (COSTA, 2000).

A partir disso, em 1983, foram implantadas no estado as Ações Integradas de Saúde - AIS que colaboraram com a abertura de espaços para a participação popular nas decisões sobre a política de saúde.

Em 1986 a I Conferência Estadual de Saúde, além dos temas centrais propostos pela VIII CNS, também discutiu questões referentes à estruturação do Sistema Estadual de Saúde (SES, 1995).

Destacam-se também uma série de eventos que antecedem o processo de municipalização no estado como: a criação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, em 20 de maio de 1986; do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS em 1987; a realização da II Conferência Estadual de Saúde em 1991, cujo tema central era *Saúde: Municipalização é o caminho* e que teve por finalidade promover a reflexão, o debate da implantação do SUS no estado; a

criação em 1992, pela SES, do Grupo Técnico de Municipalização que tinha como competências: prestar assessoria técnica no processo de organização e funcionamento do sistema municipal; capacitar e assessorar na elaboração dos planos municipais de saúde e programações orçamentárias; dar pareceres sobre os requisitos estabelecidos na Lei 8142/90 e realizar outras atividades compatíveis com o processo de municipalização e consolidação do SUS; e finalmente a gestão da Secretaria Estadual de Saúde – SES assumida em 1994 cujo representante tratava-se de um declarado militante do movimento de reforma sanitária e defensor do processo de municipalização (SES, 1995; COSTA, 2000).

Sendo assim, até maio de 1995 o estado de Mato Grosso, então com 117 municípios contava com: um município na gestão semiplena, 33 na gestão parcial e 23 na gestão incipiente, perfazendo um total de 57 (48,7%) habilitados pela NOB-SUS 01/93 (SES, 1995)

Em 1996 a III Conferência Estadual de Saúde discute o modelo de atenção à saúde, baseado na assistência médico-hospitalar e propõe a instituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde -CIS, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e de Saúde da Família - PSF, dando início ao processo de construção de um novo modelo de atenção a saúde e de gerenciamento do sistema (COSTA, 2000).

O documento "Política de saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários" que havia sido elaborado em julho de 1995, gerou algumas decisões estratégicas por parte da SES que culminaram em 2001, com o início do processo de implantação da microrregionalização do sistema de saúde em Mato Grosso que será discutida no próximo item (LOTUFO, 2001).

Apesar das transformações identificadas em nível municipal e estadual no sentido de reestruturarem-se para assumirem seus papéis de gestores e executores de ações em saúde, como detentores de autonomia financeira, política e administrativa e cientes de seu papel na promoção da saúde de sua população, os municípios e até mesmo a Secretaria de Saúde do estado, tiveram dificuldades em efetivar tal processo. Quase todos os municípios do estado aderiram ao Convênio de Municipalização proposto para a transferência definitiva, do gerenciamento das unidades de saúde do estado para os municípios, mas na prática muitos não assumiram de fato seu papel como gerenciadores dessas unidades (COSTA, 2000).

Era necessário que a SES estruturasse o Sistema Estadual de Saúde para responder aos desafios colocados ao SUS/MT e então se adotou a estratégia de cooperação técnica para estruturar os sistemas municipais do ponto de vista gerencial e com isso, em 1998, 100% dos municípios (na época 126) encontravam-se habilitados em algum tipo de gestão, segundo a NOB/ 96 (LOTUFO, 2001 p. 108).

O maior desafio era garantir assistência equitativa, integral e descentralizada à saúde da população num estado como Mato Grosso, de grande extensão territorial e de difícil acesso geográfico, que tinha naquela época um sistema de saúde onde os serviços estavam praticamente concentrados na Capital do Estado e ainda assim, todos eles (tanto os que existiam no interior como os existentes na Capital) eram de baixa complexidade tecnológica.

É inegável a contribuição do processo de municipalização para a solidificação dos princípios de descentralização da saúde no estado, mesmo que a primeira tenha significado a simples transferência da gerência das unidades básicas estaduais e federais aos municípios, ficando com a SES a responsabilidade pela gestão do sistema.

A permanência da mesma forma de organização e modo de gestão e produção de serviços se deu pelos baixos níveis de remuneração, os atrasos salariais e a falta de infra-estrutura urbana nos municípios, que inviabilizavam a fixação desses profissionais no interior do estado (COSTA, 2000).

Assim, o processo de descentralização da assistência à saúde no estado se deu de forma gradativa e alicerçou-se nos princípios da municipalização. Quanto a tal processo, SCATENA (2000) avalia e discute a adesão recente dos municípios em praticar suas responsabilidades como gestores do sistema local de saúde apresentando ainda muitas dificuldades para a sua concretização.

Seu estudo apresentou informações quanto ao pouco esclarecimento e articulação entre os gestores e conselheiros municipais, acerca de assuntos relacionados à gestão. Aponta a falta de autonomia sobre recursos, serviços e programas, a não discussão democrática de assuntos relevantes, a ausência de transparência, entre outros, como fatores que dificultaram uma descentralização efetiva, levando muito mais a um processo de desconcentração (repasso de responsabilidades sem autonomia para a tomada de decisões), do que à descentralização propriamente dita.

O autor destaca a percepção dos gestores em considerar dificultadora a participação do Conselho Municipal de Saúde na tomada de decisões, e a preocupação

destes com a não gerência financeira dos recursos pelas secretarias municipais de saúde, sua má utilização, falta de transparência na alocação e controle; entre outros elementos de entrave que segundo ele demonstram a importância de uma descentralização *plena* exercida com princípios como os definidos por LOBO (1990) já descritos anteriormente.

O trabalho de COSTA (2000) também identificou fatos importantes com relação à gestão nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires. Apesar de ter sido realizado em uma região específica, o estudo retratou a provável realidade de boa parte dos municípios matogrossenses na época:

- A gestão dos serviços de saúde era realizada pelas secretarias municipais de saúde, que não dispunham de profissionais em quantidade suficiente e qualificados na área técnico-gerencial, sendo um obstáculo para o desenvolvimento de modelos de gestão.

- As secretarias de saúde funcionavam na maioria dos municípios dentro das unidades de saúde com um número reduzido de profissionais contando apenas com o secretário e um agente administrativo.

- O sistema de informações encontrava-se precário e a gestão financeira, e mesmo de recursos humanos, era realizada pelas Prefeituras Municipais.

- Os municípios encontravam-se dependentes tecnicamente da esfera estadual, não tendo um ponto essencial para a consolidação da municipalização, a autonomia técnico-gerencial.

- Mesmo com alguma autonomia financeira, provendo mais de 50% dos gastos em saúde, COSTA (2000) verificou a persistência por parte de alguns municípios de uma cultura de dependência tanto em relação ao governo federal quanto ao estadual, demonstrando que esses ainda não haviam assimilado por completo seu novo papel no sistema de saúde.

- Os Pólos Regionais de Saúde e a própria SES através dos programas, de certa forma, reforçavam tal comportamento com visitas de cooperação técnica que mais pareciam de fiscalização, resquícios da gestão centralizada e autoritária.

- A falta de profissionais de saúde de nível superior e de critérios para o recrutamento e seleção pelas secretarias municipais, permitia a contratação de pessoas que nem sempre apresentavam o perfil necessário para o desenvolvimento das

atividades e tal situação, aliada ao tipo de contrato de trabalho, proporcionava alta rotatividade de profissional, não permitindo a implantação de modelos assistenciais alternativos já que para isso faz-se necessário o compromisso e a responsabilização do profissional com o usuário do serviço.

LOTUFO (2001) chega a conclusões similares em sua investigação sobre a capacidade de governo da alta direção da SES:

Apesar dos investimentos públicos aplicados no sistema de saúde de Mato Grosso, ainda persistem problemas como a baixa capacidade instalada na maioria das cidades do estado, a escassez e baixa qualificação dos profissionais e trabalhadores de saúde, em função da dificuldade que as Secretarias Municipais de Saúde enfrentam para conseguir fixar profissionais de saúde nas cidades do interior do estado, o que, somado às grandes distâncias entre as cidades e as dificuldades de acesso em função das deficiências na infra-estrutura viária e nos meios de transporte, contribui para obstaculizar a implementação das políticas e ações definidas, tanto com relação à organização dos sistemas municipais de saúde, quanto com relação às ações de saúde propriamente ditas (p. 56).

Enfim, o cenário descrito nos estudos apresentados, indica que muitas transformações e avanços ocorreram nos sistemas de saúde dos municípios matogrossenses, entretanto tais processos dependem da realidade estrutural, técnica e organizacional de cada município.

Observa-se também que a dimensão e localização geográfica, além dos aspectos demográficos dos municípios, podem interferir como obstáculos para a implantação de políticas e ações em saúde. Há que se considerar o difícil acesso e conseqüentemente a dificuldade de se obter profissionais habilitados tecnicamente para desempenhar as tarefas pertinentes à gestão e à assistência e além disso, a deficiência de infra-estrutura e organizacional que os municípios de pequeno e médio porte enfrentam.

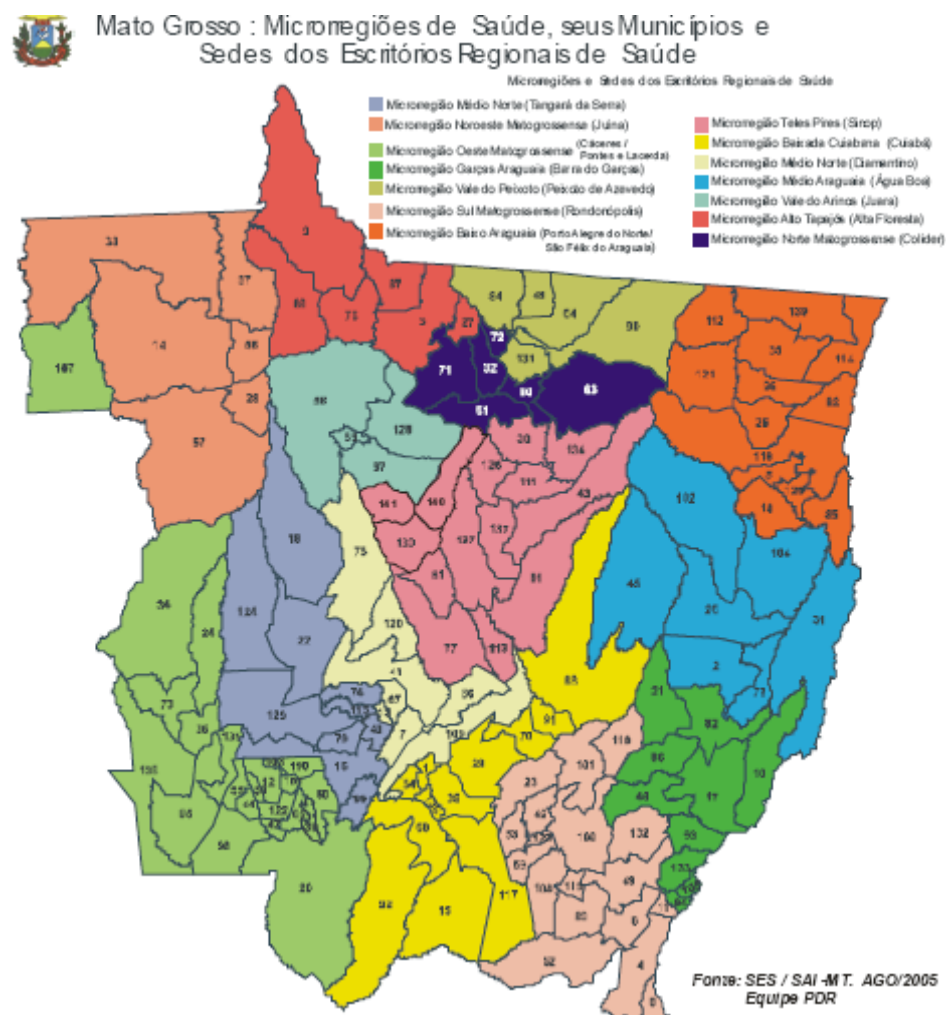
Apesar do Pacto de Gestão gerar um “choque de descentralização” com suas propostas e estabelecer que os municípios devam continuar assumindo compromissos com relação aos serviços de saúde prestados à população, o estado de Mato Grosso, por ser muito jovem quando comparado a outros, nas regiões sul, e sudeste do país, ainda recentemente apresentava poucas mudanças com relação aos municípios assumirem seus papéis de gestores da saúde, de forma que a descentralização ainda é um processo em muitos deles. Modelo de gestão, planejamento e Plano de Saúde podem ser realidades bem distantes no processo de definição de prioridades e na prática de gestão dos serviços locais.

3.3. A regionalização e as microrregiões de saúde do estado

O processo de regionalização da saúde no estado se deu a partir da elaboração do PDR, previsto pela NOAS/01/02, que foi desenvolvido em parceria com os Escritórios Regionais e as Secretarias Municipais de Saúde em exaustivo trabalho que se iniciou no ano de 1995. Foram realizadas oficinas para diagnóstico dos municípios com o objetivo de se identificar a capacidade de atendimento, delineando o melhor fluxo para a microrregião procurando definir os possíveis módulos assistenciais e seus municípios sede (SES, 2002).

São 16 Escritórios Regionais de Saúde em 14 microrregiões de saúde (Figura 1), tendo como Município Pólo as Sedes dos Escritórios Regionais e a partir da identificação dos problemas e prioridades de cada município e das microrregiões, definiu-se os investimentos em cada município-sede de módulo assistencial para subsidiar a elaboração dos Planos Microrregionais (SES, 2005).

Figura 1: Mapa das Microrregiões de Saúde dos Escritórios Regionais de Saúde de Mato Grosso – MT segundo PDR 2005-2006:



Os conceitos e requisitos adotados pelo estado para caracterizar as microrregiões e os módulos assistenciais segundo SES (2005) foram os seguintes:

Macrorregião: É o Estado de Mato Grosso configurado pelo conjunto de microrregiões que trabalha para a implementação de um complexo sistema de saúde com capacidade instalada em uma rede hierarquizada de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade além de coordenar a implementação de mecanismos de gestão com capacidade de Programação, Controle, Avaliação e Regulação de forma integrada e pactuada intergestores e com controle social. Neste sentido o Estado tem um papel estratégico de formulação e coordenação do macro-sistema.

Microrregião: É um espaço territorial, geograficamente delimitado, que contém um conjunto de municípios, e um Escritório Regional de Saúde e que atenda aos seguintes requisitos:

- a) Contigüidade entre os municípios.
- b) Garantia do acesso (geográfico sistema viário, transporte, sócio-cultural).
- c) Capacidade instalada de atenção à saúde (todos os municípios devem garantir 100% de cobertura da Atenção Básica) e das ações de saúde coletiva; de um ou mais módulos assistências constituídos para garantir o primeiro nível de referência da atenção integral à saúde da população da microrregião e de uma rede hierarquizada de serviços e sistemas funcionais do segundo nível de referência para assistência e para as ações da saúde coletiva.
- d) Capacidade de gestão para planejar, programar, controlar, regular e avaliar as ações e serviços de saúde.
- e) Critério político: disposição e capacidade de articulação e pactuação na região.

Município Pólo: é o município que concentra ações e serviços de maior complexidade que os definidos nos módulos assistenciais e apresenta papel de referência para outros municípios.

Região Assistencial: é um espaço territorial, geograficamente delimitado, que contém uma ou um conjunto de microrregiões com capacidade instalada de uma rede hierarquizada de serviços e sistemas funcionais. Existem no estado 05 Regiões Assistenciais que são: Região Oeste, Centro Norte, Norte, Leste e Sul (figura 2).

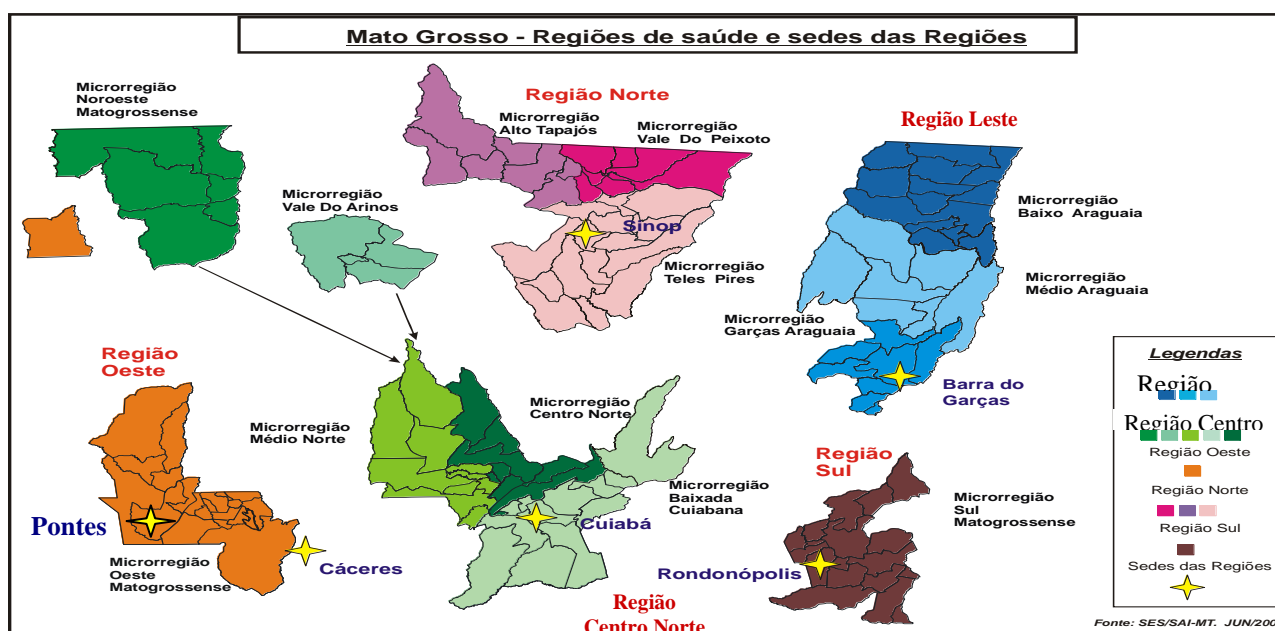
Para efeito de Planejamento da Assistência a SES – MT configurou as regiões segundo tabela a seguir:

Tabela 3: Distribuição das regiões de saúde e os municípios polarizadores:

Nome da Região	Microrregiões componentes	Municípios Polarizadores
Região Leste	Microrregião Baixo Araguaia Microrregião Garças Araguaia Microrregião Médio Araguaia	Barra do Garças
Região Centro/Norte	Microrregião Baixada Cuiabana Microrregião Centro Norte Região Médio/Norte Microrregião Noroeste Mato-Grossense Microrregião Vale do Arinos	Cuiabá e Várzea Grande
Região Norte	Microrregião Alto Tapajós Microrregião Teles Pires Microrregião Vale do Peixoto Microrregião Norte	Sinop e Sorriso
Região Oeste	Microrregião Oeste Mato-Grossense	Cáceres
Região Sul	Microrregião Sul Mato-Grossense	Rondonópolis

FONTE: (SES, 2005)

Figura 2- Mapa das Regiões e Microrregiões de Saúde de Mato Grosso-MT:



FONTE: (SES, 2005)

E finalmente, o **Módulo Assistencial** é o espaço de organização da assistência à saúde capaz de garantir, além da Atenção Básica, o acesso com qualidade aos procedimentos e serviços definidos no primeiro nível de referência para uma determinada população circunscrita a um município ou a um conjunto de municípios.

Compõem-se o Módulo Assistencial de:

- a) **Municípios Sede do Módulo:** Município existente em um módulo assistencial, que apresenta a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de 1º nível de referência, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos.
- b) **Municípios Módulos:** Município que apresenta a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de 1º nível de referência com suficiência para sua população.

Assim, foram criados entre os anos de 1995 a 2005 os Consórcios Intermunicipais de Saúde, com 13 sedes, configurando quatro diferentes modelos de atuação e organização, num trabalho de cooperação entre Estado e Municípios e a Programação Pactuada Integrada – PPI, para garantia do princípio da equidade e do acesso da população matogrossense às ações de saúde em todos os níveis de complexidade. No atual desenho da Regionalização o estado possui 26 sedes de módulos e 28 módulos assistenciais (SES, 2005).

A seguir apresenta-se a caracterização da microrregião sul-matogrossense de saúde onde foi realizada a pesquisa.

3.4 A Microrregião Sul Matogrossense de Saúde

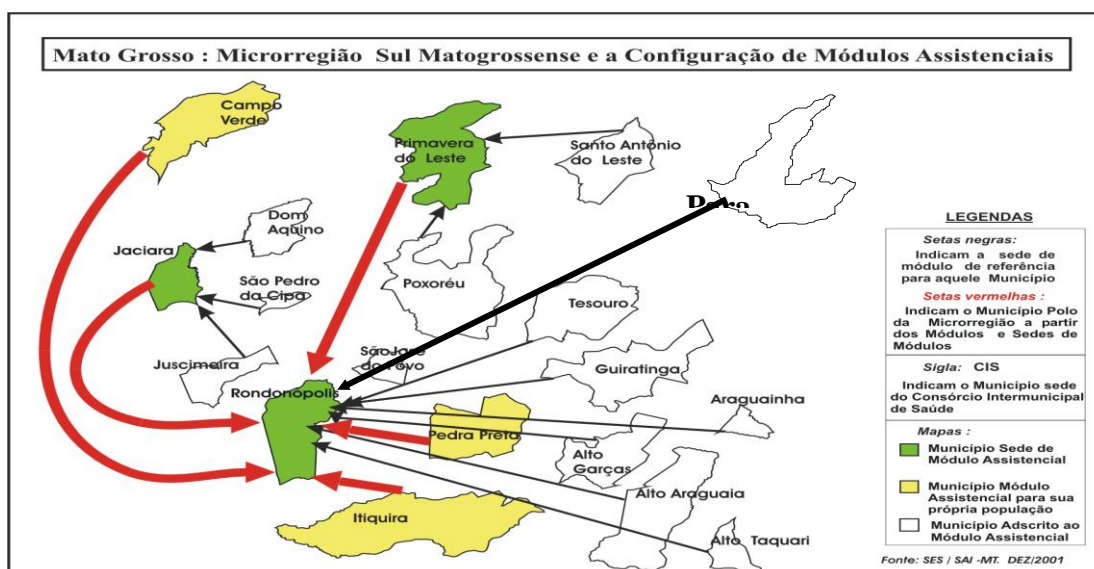
Estudar a utilização do Plano Municipal de Saúde tendo por base o universo de municípios do estado torna-se impossível frente ao tempo que se tem para a finalização do projeto, já que, o Mato Grosso constitui-se atualmente, segundo PDR 2005-2006, de 141 municípios numa área de 903.357. 908 Km² conformando ao todo 14 regiões de saúde (SES, 2005).

Sendo assim, optou-se por analisar a utilização do Plano Municipal de Saúde em municípios situados na Microrregião Sul-Matogrossense de Saúde, por se tratar da

microrregião que possuía o maior número de municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, mesmo anteriormente ao Pacto pela Vida.

A Microrregião Sul Mato-Grossense de saúde (Figura 2) localizada na parte sul do Estado e pertencente à Região Sul de assistência à saúde. Com uma área territorial total de 89.476.23 km², possui 385.928 habitantes (SES, 2005). As principais atividades econômicas da microrregião são agricultura, pecuária e extração vegetal. Na figura a seguir constam os 19 municípios que fazem parte desta microrregião e as indicações de referência das ações em saúde entre eles:

Figura 3 - Mapa da Microrregião Sul-Matogrossense de Saúde segundo PDR 2005-2006:



FONTE: (SES, 2005)

Caracterizam-se como sedes de módulos nesta microrregião:

Rondonópolis, sendo referência para:

- Alto Garças
- Alto Taquari
- Araguainha
- Paranatinga
- São José do Povo
- Tesouro
- Itiquira
- Campo Verde
- Primavera do Leste
- Jaciara

- Pedra Preta
- Alto Araguaia
- Guiratinga

Jaciara para:

- São Pedro da Cipa
- Dom Aquino
- Juscimeira

Primavera do Leste, como referência para:

- Santo Antônio do Leste e Poxoréu

Municípios Módulos Assistenciais:

- Pedra Preta
- Alto Araguaia
- Guiratinga
- Dom Aquino (SES, 2005).

O número de leitos hospitalares existentes na microrregião totaliza em 1.119, sendo que 879 são SUS e desses, 833 são clínico/cirúrgicos. Destaca-se entre as principais causas de internações: parto normal, pneumonia, lesões por envenenamentos e outras conseqüências de causas externas e insuficiência cardíaca. E entre as principais causas de óbitos estão: os acidentes de transporte, as doenças cerebrovasculares, infarto agudo e agressões. Quanto ao Programa da Saúde da Família – PSF a microrregião conta com 79 equipes apresentando uma cobertura de 81,83%. Essa Microrregião garante atenção primária, secundária e alguns procedimentos do terceiro nível de complexidade (SES, 2005).

Em 1988 foi constituído o Consórcio Intermunicipal de Saúde Sul Matogrossense, que tem como referência para internação uma unidade de urgência e emergência, sob gestão estadual. Esta unidade é o Hospital Regional Irmã Elza Giovanela, de natureza pública estadual localizada em Rondonópolis, que oferece serviços em traumatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurologia e Cardiologia. A sede do Escritório Regional de Saúde localiza-se em Rondonópolis um dos municípios estudados que foi considerado de grande porte segundo os critérios metodológicos adotados para a pesquisa.

3.5. Caracterização dos Municípios Estudados

O município de *Rondonópolis* está localizada em posição privilegiada, no entroncamento das rodovias BR-163 e BR-364. Originalmente conhecido como "Ponte de Pedra", até a década de 1940 o município permaneceu em decadência. Somente depois de 1947 a cidade se desenvolveu, com a instalação de colônias agrícolas pelo governo do estado. Começa a haver um fluxo de migração, inicialmente de outras partes do estado e também de Minas Gerais, São Paulo, do Nordeste e até de outros países, e mais tarde principalmente da região Sul. O processo de expansão se acelerou, e Rondonópolis passou pelo mais rápido processo de modernização do campo que se tem notícia na região Centro-Oeste. Já como pólo econômico, nas décadas de 1980 e 1990 ficou conhecida como "Capital nacional do agronegócio". Com uma população estimada segundo Censo 2007 de 179.094 habitantes., ocupa uma área de 4.165 km², faz limite com os municípios de Juscimeira, Poxoréo, Itiquira, São José do Povo, Pedra Preta e Santo Antônio do Leverger. Possui uma vegetação típica do cerrado, o clima é tropical quente e sub úmido, com chuvas concentradas na primavera e no verão. É o município polo da microrregião de saúde, ou seja município de referência para todos os outros da região na ações de maior complexidade (atenção secundária e terciária) (SES, 2005; IBGE, 2007). Rondonópolis é Sede de Módulo Assistencial e garante 1º, 2º e alguns procedimentos do 3º nível de complexidade. Conta com os seguintes serviços especializados:

Tabela 4 - Serviços especializados de nível ambulatorial, Rondonópolis/MT, 2008.

Descrição	Total
ATENCAO A SAUDE NO SISTEMA PENITENCIARIO	1
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	30
ESTRATEGIAS DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	1
REGULACAO SERVICOS DE SAUDE	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	2
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	37
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	37
SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4
SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	6
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	4
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	6
SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	1
SERVICO DE FARMACIA	1
SERVICO DE FISIOTERAPIA	3
SERVICO DE HEMOTERAPIA	1
SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	2

SERVICO DE OFTALMOLOGIA	4
SERVICO DE PNEUMOLOGIA	1
SERVICO DE TRAUMATO ORTOPEDIA	2
SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	2
SERVICO DE URGENCIAS	3
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	3
SERVICO DE ENDOSCOPIA	2
SERVICO MOVEL DE URGENCIA EXCETO SAMU	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	8
SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	1
HOSPITAL DIA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
TOTAL	168

FONTE: (CNES/DATASUS, 2008)

Tabela 5 - Serviços especializados de nível hospitalar Rondonópolis/MT, 2008.

Descrição	Total
SERVICO DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	2
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	1
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	2
SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	1
SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	6
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	6
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	5
SERVICO DE FARMACIA	1
SERVICO DE FISIOTERAPIA	2
SERVICO DE HEMOTERAPIA	1
SERVICO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	3
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	2
SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	2
SERVICO DE TRAUMATO ORTOPEDIA	2
SERVICO DE URGENCIAS	3
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
SERVICO DE ENDOSCOPIA	4
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	8
SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	1
HOSPITAL DIA	1
CIRURGIA VASCULAR	1
TOTAL	58

FONTE: (CNES/DATASUS, 2008)

Primavera do Leste, outro município estudado e considerado de grande porte, ocupa uma uma area territorial de 5472 Km² e tinha em 2006 uma população estimada em 60.060 habitantes, a qual, pelo Censo de 2007 (IBGE, 2008), apresentou uma redução para 46. 311 residentes. A principal fonte de economia é a agricultura tendo como destaque soja, algodão, milho, milheto, sorgo, arroz, feijão e uva. Emancipada

politicamente em 13 de maio de 1986, está classificada como a quinta economia do estado. Localiza-se na Rodovia BR 070 no entroncamento com a Rodovia MT 130, a aproximadamente 240 km a leste de Cuiabá (SES, 2005). A habilitação da gestão em saúde anterior ao Pacto de Gestão era a plena; sendo município sede de módulo assistencial é referência para os municípios de Santo Antônio do Leste e Poxoréu. Nas tabelas a seguir podem-se visualizar os serviços especializados de nível ambulatorial e de nível hospitalar que o município possui:

Tabela 6 - Serviços especializados de nível ambulatorial – Primavera do Leste/MT, 2008.

Descrição	Total
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	8
ESTRATEGIAS DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	1
REGULACAO SERVICOS DE SAUDE	2
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	11
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	11
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR	1
SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	1
SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	3
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	5
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	3
SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	3
SERVICO DE FISIOTERAPIA	2
SERVICO DE HEMOTERAPIA	1
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	6
SERVICO DE TRAUMATO ORTOPEDIA	1
SERVICO DE URGENCIAS	1
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	2
SERVICO DE ENDOSCOPIA	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	4
TOTAL	71

FONTE: (CNE/DATASUS, 2008)

Tabela 7 - Serviços especializados de nível hospitalar – Primavera do Leste/MT, 2008.

Descrição	Total
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	3
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	3
SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	2
SERVICO DE FARMACIA	2
SERVICO DE FISIOTERAPIA	2
SERVICO DE HEMOTERAPIA	2
SERVICO DE OFTALMOLOGIA	2
SERVICO DE TRAUMATO ORTOPEDIA	1

SERVICO DE URGENCIAS	2
SERVICO DE ENDOSCOPIA	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	2
SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	2
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO INDIGENA	2
TOTAL	29

FONTE: (CNE/DATASUS, 2008)

O município de *Campo Verde*, representante do médio porte na pesquisa, tinha em 2007, uma população de 27.151 habitantes, (IBGE, 2008), e ocupando uma área de 4695 Km². Localiza-se na região sul do estado, numa altitude de 736 metros acima do nível do mar, tem clima tropical, com temperaturas variando entre 18 e 24 graus, com a mínima oscilando entre 10 e máxima 34 graus. A precipitação pluviométrica varia entre 9 e 225 milímetros, sendo que a estação chuvosa vai de dezembro a maio. Tendo o cerrado como vegetação predominante, o município teve sua história de ocupação iniciada no século XIX quando chegaram os primeiros habitantes vindos do triângulo mineiro. As famílias se estabeleceram na localidade conhecida como Buriti dos Borges e deram início ao processo de colonização. Por mais de 100 anos a região viveu apenas da pecuária e da agricultura de subsistência, até que na década de 70, com a chegada de migrantes vindo do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, Campo Verde, então conhecido como Distrito de Posto Paraná, deu um salto de progresso. Primeiro foi o cultivo de arroz que impulsionou a economia local, depois a soja ocupou o cerrado e trouxe mais riquezas para o futuro município que conquistou a emancipação político administrativa em 1988. Responsável pela geração de milhares de empregos diretos e indiretos, o algodão é hoje uma das principais bases de sustentação da economia local. (SES, 2005). Trata-se de um município módulo assistencial para a sua própria população e com relação aos serviços especializados que possui seguem as tabelas a seguir:

Tabela 8 - Serviços especializados de nível ambulatorial - Campo Verde/MT, 2008.

Descrição	Total
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	7
ESTRATÉGIAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	1
REGULACAO SERVIÇOS DE SAÚDE	2
SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	1
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	7
SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	8
SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	1
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	2

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA	1
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2
SERVIÇO DE NEFROLOGIA UROLOGIA	2
SERVIÇO DE ONCOLOGIA	1
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	2
SERVIÇO DE TRAUMATO ORTOPEDIA	1
SERVIÇO DE URGÊNCIAS	1
SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAUDE	10
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	1
SERVIÇO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	1
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO CLÍNICO	2
TOTAL	58

FONTE: (CNE/DATASUS, 2008)

Tabela 9 - Serviços especializados de nível hospitalar - Campo Verde/MT, 2008.

Descrição	Total
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	2
SERVICO DE FISIOTERAPIA	1
SERVICO DE URGENCIAS	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	2
TOTAL	9

FONTE: (CNE/DATASUS, 2008)

O município de *Pedra Preta*, até então apenas terras de propriedade privada, recebeu seus primeiros habitantes aos 20 de setembro de 1954. O Sr. Konno, de naturalidade japonesa transferiu-se de São Paulo para a região que obteve o nome inicial de Vale do Jurigue. O lugarejo se transformou em município em 1989 desmebrando-se de Rondonópolis e ocupa atualmente uma área de 3.906 km² com uma população de 16.208 habitantes (IBGE, 2008).

A economia é baseada na agropecuária e fruticultura. O clima é tropical com precipitação pluviométrica em torno de 1.470mm³, com maior intensidade de chuva entre os meses de novembro a março e o de maior seca entre maio a setembro. Segundo PDR 2005-2006 assim como Campo Verde, é um município módulo assistencial para a sua própria população e também referencia alta complexidade para Cuiabá e Rondonópolis (SES, 2005, IBGE, 2008). Possui os seguintes serviços especializados:

Tabela 10 - Serviços especializados de nível ambulatorial – Pedra Preta/MT, 2008.

Descrição	Total
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	4
REGULACAO SERVICOS DE SAUDE	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	1

SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	2
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	2
SERVICO DE FISIOTERAPIA	1
SERVICO DE URGENCIAS	1
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	2
TOTAL	20

FONTE: CNES/SDATASUS, 2008)

Tabela 11 - Serviços especializados de nível ambulatorial – Pedra Preta/MT, 2008.

Descrição	Total
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	1
SERVICO DE URGENCIAS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	1
TOTAL	5

FONTE: CNES/SDATASUS, 2008)

E finalmente *Itiquira*, município considerado de pequeno porte no estudo, foi criado em 1953, povoado inicialmente por imigrantes portugueses, alemães e russos e outros vindos do nordeste do país interessados na exploração do garimpo de diamantes da região. Em 1960 fazendeiros da região Sul e Sudeste se estabeleceram na região desenvolvendo a lavoura que tomou impulso no município por volta de 1970. O censo de 2007 indicou 12. 676 habitantes.

Com clima tropical, quente semi-úmido continental, meses de seca de junho a agosto, precipitação anual de 1.500mm³, de intensidade máxima de dezembro a fevereiro ocupa uma área de 8. 639 km² (IBGE, 2008; SES, 2005).

É módulo assistencial para sua população, assim como Pedra Preta, referencia alta complexidade para Rondonópolis e Cuiabá e conta com os seguintes serviços especializados:

Tabela 12 - Serviços especializados de nível ambulatorial – Itiquira/MT, 2008.

Descrição	Total
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	4
REGULACAO SERVICOS DE SAUDE	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	2
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	6
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	2

SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	1
SERVICO DE FISIOTERAPIA	1
SERVICO DE URGENCIAS	2
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	4
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	3
TOTAL	27

FONTE: CNES/SDATASUS, 2008)

Tabela 13 - Serviços especializados de nível hospitalar – Itiquira/MT, 2008.

Descrição	Total
SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	1
SERVICO DE URGENCIAS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	1
TOTAL	5

FONTE: CNES/SDATASUS, 2008)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a utilização do Plano Municipal de Saúde como ferramenta da gestão local, na microrregião sul matogrossense de saúde do estado de Mato Grosso.

4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Analisar o processo de elaboração do Plano de Saúde;
- ✓ Identificar os atores participantes no processo de elaboração do Plano de Saúde;
- ✓ Verificar a observação da missão organizacional para a formulação do Plano;
- ✓ Detectar a importância dada à utilização do Plano como ferramenta de gestão;
- ✓ Identificar a finalidade dada aos Planos de Saúde após sua formulação;
- ✓ Detectar mecanismos de controle e avaliação para as ações em saúde;
- ✓ Identificar os fatores limitantes para a utilização do Plano como instrumento de gestão local.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

5.1 Tipologia da pesquisa

Essa pesquisa constitui-se do tipo descritiva, de caráter qualitativo. Possui características próprias deste tipo de investigação já que seu objetivo não consiste em solucionar ou mudar situações, e sim caracterizá-las.

Aproxima-se da abordagem qualitativa ao procurar compreender o processo de gestão a partir do nível estratégico, espaço tão claramente ligado às ações dos sujeitos, suas tendências, vivências, aspirações.

Segundo MINAYO (1993), este tipo de abordagem busca compreender em profundidade os significados dos fenômenos que interferem nas ações dos sujeitos sem deixar de levar em conta o rigor científico necessário para legitimar seus resultados. Baseia-se nos aspectos das Ciências Sociais, considerando o significado de fenômenos como: motivações, emoções, sentimentos, enfim, considera a influência do subjetivo dos sujeitos sobre a realidade.

Ao utilizar aspectos numéricos para caracterizar os municípios estudados (apresentados sob a forma de tabelas, gráficos e planilhas), a pesquisa pode também ser considerada do tipo quantitativa.

Por estudar de forma conjunta os vários municípios de uma microrregião configura-se em estudo de casos múltiplos, no qual, segundo MAZZOTTI (2006), o pesquisador estuda conjuntamente vários casos para investigar um dado fenômeno, podendo ser visto como um estudo de caso estendido a um conjunto de casos.

Segundo BELLAS (1998), o estudo de caso analisa a percepção e a ação de indivíduos ou grupos acerca de uma determinada realidade levando à compreensão mais clara da natureza e da dinâmica de um fenômeno que seria o foco de observação. Sua aplicação é amplamente utilizada quando o como e/ou o porquê são perguntas centrais da pesquisa.

Trata-se de estudo dos acontecimentos, dos fatos, dos contextos e conjunturas, hipóteses, circunstâncias e comportamentos. Um estudo que busca uma compreensão da realidade sobre a qual nos debruçamos para obter uma consciência mais clara dos fatores que possam contribuir para a construção de novas ações direcionadas ao aperfeiçoamento, melhoria, crescimento dos indivíduos e das organizações das quais

façam parte, levantando dados, fatos, situações que possam servir de referenciais e que ajudem a compreender (e não a explicar) determinado processo (BELLAS, 1998).

Os casos individuais que se incluem em um conjunto de casos estudados podem ou não ser selecionados por manifestar alguma característica comum. São escolhidos porque se acredita que seu estudo permitirá melhor compreensão, ou mesmo melhor teorização, acerca da hipótese estudada (MAZZOTTI, 2006).

Os casos (municípios) incluídos nesta pesquisa foram selecionados a partir de características comuns e análogas, considerando-se fundamental a apreensão de aspectos comparáveis entre eles para o adequado delineamento da pesquisa.

Segundo YIN (2001), a estratégia de estudo de caso contribui para aumentar o entendimento de fenômenos sociais complexos. Considera-se particularmente apropriado em estudos como este onde se pretende compreender e analisar os elementos envolvidos no processo de gestão em saúde como fato social que é.

5.2 O objeto de estudo

O Plano Municipal de Saúde apresenta-se como um instrumento de gestão dos serviços de saúde no SUS. Ao transformá-lo em objeto desta pesquisa, procurou-se identificar aspectos relacionados à sua utilização no processo de gestão e sua articulação como instrumento no processo de definição de prioridades, organização e gerência dos serviços e sistemas de saúde local. O estudo dos Planos se deu a partir do que é sugerido no referencial teórico. Pela análise documental das atas dos conselhos municipais de saúde, onde se imaginou encontrar possíveis alusões aos planos e também através da análise dos próprios planos e seus componentes como o quadro de metas e relatório de gestão, procurou-se fazer o cruzamento das respostas dadas pelos entrevistados. Aspectos relacionados à sua formulação e à maneira como é visto pelos sujeitos envolvidos na gestão foram buscados partindo-se do pressuposto de que para analisar sua utilização, essas questões deveriam ser levantadas. Quanto as Planos foram analisados os da competência 2006/2007.

5.3 Local do estudo

O estudo ocorreu nos municípios de **Rondonópolis, Pedra Preta, Primavera do Leste, Campo Verde e Itiquira** selecionados segundo os critérios apresentados a seguir.

5.4 Critérios de seleção dos municípios

Foram estabelecidos os seguintes critérios para a seleção dos municípios da microrregião sul de saúde - MT a serem estudados: a condição de habilitação em gestão de sistemas, o número de habitantes e o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). A seguir apresentam-se os critérios e, as considerações adotadas para cada um deles:

a) A Habilitação em Gestão de Sistemas foi adotada como critério de seleção considerando que estar habilitado em uma condição de gestão específica significa:

- Declarar compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e a população adstrita sob sua responsabilidade (MS, 2001a).
- Cumprir entre outros, requisitos: a elaboração do Plano Municipal de Saúde com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, gerência de unidades próprias, garantia em seu território de atendimento para a sua população e aquela referenciada.
- Desempenhar de forma satisfatória na gestão básica a oferta com qualidade e em quantidade suficiente em seu território em todos os procedimentos cobertos pelo Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA) instituída pela NOAS-SUS 01/2001.
- Possuir capacidade técnica, administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades, bem como avaliação do impacto das ações do Sistema sobre a saúde de seus munícipes (MS, 2001a).

Importa ressaltar que o delineamento metodológico desse estudo ocorreu antes que o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), proposto pelo Pacto de Gestão fosse assinado, por todos os municípios estudados. Considerou-se, portanto a habilitação para a gestão vigente naquele momento, de forma que, um dos municípios selecionados para a pesquisa permanecia ainda na situação de gestão básica. Acredita-se que a mudança

recente na habilitação não representa mudanças significativas na maneira de gerir a saúde e que, portanto, não interferiu nos resultados da pesquisa.

b) O número de habitantes foi outro critério utilizado para a seleção dos municípios, considerando-se as diferenças quanto ao número de atendimentos, capacidade técnica e administrativa, enfim, diferenças na gestão da saúde entre os municípios de pequeno, médio e grande porte. A densidade demográfica foi o parâmetro utilizado para classificar os municípios considerando-se município de pequeno porte aquele com número de habitantes entre 3.000 e 13.000, de médio porte entre 13.001 a 40.000 habitantes e de grande porte com número de habitantes superior a 40.000. Pode-se observar que foram selecionados 2 municípios de grande porte (Rondonópolis e Primavera do Leste), 2 de médio porte (Campo Verde e Pedra Preta) e 1 de pequeno porte (Itiquira).

c) O IDH foi utilizado nessa pesquisa para diferenciar os municípios quanto ao desenvolvimento populacional. Sua criação pressupõe que para se aferir o desenvolvimento de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida. O objetivo de elaboração do IDH foi oferecer um contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Além de computar o PIB per capita, o IDH leva em conta dois outros critérios: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB per capita, em dólar (PPC - (Paridade do Poder de Compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um. As informações utilizadas neste trabalho para a seleção dos municípios segundo IDH foram colhidas utilizando-se o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - um banco de dados eletrônicos com informações sócio-econômicas sobre os estados e municípios brasileiros com o qual pode-se interagir e criar as informações conforme a necessidade. O Atlas baseia-se no censo IBGE para disponibilizar mais de 120 indicadores sociais.

Para efeito dessa pesquisa foram utilizados os dados de IDH do ano de 2006 disponíveis no momento da classificação e eleição dos municípios estudados.

A seguir, apresenta-se uma tabela que demonstra os resultados da contagem populacional do Censo 2007 e o IDH 2006 dos 19 municípios da microrregião de saúde onde se deu o estudo:

Tabela 14 – Resultados do Censo 2007 e IDH 2006 dos Municípios da Microrregião sul-mato-grossense de Saúde.

Município	População 2007 (hab.)	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2006
Rondonópolis	179.094	0,791
Primavera do Leste	46.311	0,805
Jaciara	27.494	0,788
Poxoréo	17.186	0,743
Campo Verde	27.151	0,800
Paranatinga	15.830	0,724
Pedra Preta	16.208	0,735
Guiratinga	11085	0,761
Juscimeira	12.887	0,718
Alto Araguaia	11.883	0,786
Itiquira	12.676	0,767
Dom Aquino	8.165	0,722
Alto Garças	8.356	0,795
Alto Taquari	5.557	0,804
São Pedro da Cipa	3.641	0,717
<i>São José do Povo</i>	3.139	0,699
Tesouro	3.130	0,759
Santo Ant. do Leste	2.216	0,715
Araquainha	1.305	0,731

FONTE: IBGE, 2007; PNUD – Atlas IDH, 2006

5.5 Fontes De Dados

A classificação de esfera estratégica, tática e operacional habitualmente utilizada para demonstrar divisões de responsabilidades e competências tanto pode ser adotada para atribuir tal classificação em nível macro como, por exemplo, denominando o executivo como esfera estratégica, a secretaria de saúde como esfera tática e as unidades básicas como esfera operacional, quanto em nível micro, no âmbito das organizações, denominar cada setor ou funções internas a partir da mesma metodologia de classificação. A diferença se dá acordo com a visão que se quer obter com tal categorização.

No caso específico desse estudo, como fonte primária estão os secretários municipais de saúde que foram enquadrados na esfera estratégica e os representantes do setor de planejamento das secretarias que também foram entrevistados e enquadram-se na esfera tática das organizações estudadas.

Utilizaram-se também os termos *gestão* como o processo de condução das ações em saúde na secretaria e *gestor* para representar os secretários municipais de saúde.

Considera-se a responsabilidade do gestor na definição de prioridades, objetivos, políticas, e critérios gerais para planejar o curso da organização, já que o propósito das decisões no nível estratégico, segundo FREITAS e KLADIL (1995), é desenvolver estratégias para a organização atingir seus macro-objetivos.

Os representantes do planejamento das ações no nível tático foram entrevistados pela sua influência na definição de prioridades, no planejamento das ações, na elaboração do Plano de Saúde e, portanto, no processo de gestão.

Análise documental do Plano Municipal de Saúde, Quadro de Metas, Relatórios de Gestão, Atas dos Conselhos Municipais de Saúde (SMS, 2006 e 2007) foi realizada como fonte complementar no processo investigativo. Diante da subjetividade contida nos discursos, as observações sobre tal análise são inseridas no capítulo destinado aos resultados e discussão em consonância com as falas, para demonstrar de forma objetiva as informações dadas pelos entrevistados.

5.6 Coleta de dados

A técnica utilizada na coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. As entrevistas tiveram por objetivo captar, mediante o relato verbal dos Secretários Municipais de Saúde e dos representantes do planejamento das ações, aspectos vivenciados no processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde e na definição de prioridades que pudessem ser aplicados à análise. Utilizando-se um roteiro (Apêndice I) para colher as informações, procurou-se estabelecer diálogo livre, desprovido de questões que pudessem “engessar” a liberdade de expressão dos entrevistados. Salienta-se que os discursos são apresentados sem quaisquer mudanças ou correções ortográficas a fim de se evitar alterações de interpretação e significados às respostas. São utilizados os numerais ordinais para distinguir os entrevistados, preservando-se assim, a identidade dos mesmos. As entrevistas foram gravadas e

realizadas após a autorização para coleta de dados obtida junto aos prefeitos municipais (Anexo I) e mediante a assinatura dos entrevistados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Sujeito da Pesquisa (Anexo II).

5.7 Análise e interpretação dos dados

Foram definidas 5 dimensões analíticas para sistematizar e analisar os dados relacionados aos objetivos do estudo, dados estes que foram colhidos e organizados segundo essas dimensões e analisados à luz do referencial teórico.

5.7.1 Aspectos da Capacidade Gestão

Para efeito desse estudo considerou-se que a capacidade de gestão é dada pelo conjunto de atributos dos sujeitos em ação e que possui aspectos condicionantes como o número de habitantes e a capacidade física disponível para gerir, implantar e implementar as ações. Assim, a capacidade de gestão foi analisada sob 2 aspectos:

a) Condicionantes da capacidade de gestão

Partindo-se do pressuposto de que a dimensão do município e capacidade física instalada condicionam a capacidade de gestão ponderou-se importante analisá-las pela influência que exercem nesse aspecto. Presumiu-se nesse caso, que municípios maiores teriam maior capacidade financeira para gerir a saúde de sua população, além de maior estrutura física para obter condições técnicas e de gestão na elaboração de seus Planos e quiçá na sua utilização como ferramenta de gestão.

Para analisar a *dimensão dos municípios* foi verificado o arrolamento entre o número de habitantes, o FPM (Fundo de Participação dos Municípios) e a capacidade física instalada considerando-se a possível condição favorável dos municípios maiores com relação a esses fatores. A escolha exclusiva do FPM para essa dimensão analítica se deu por ser este um item de repasse orçamentário que utiliza como fatores de cálculo além do universo da renda per capita o número de habitantes dos municípios enquadrando-se, portanto no aspecto comparativo da estrutura técnica que se imaginava encontrar nos municípios de maior porte. O FPM é uma transferência constitucional (art. 159, I, b) composta por 22,5% da receita líquida arrecadada com o IR (Imposto de Renda) e o IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados), sendo que deste total 86,4% é distribuído aos municípios do interior e 10% para as capitais.

São fixadas faixas populacionais para coeficientes de FPM ficando o valor de 0,6 para municípios com até 10.188 habitantes e o valor máximo de 4,0 para municípios que têm população acima de 156 mil.

A *Capacidade Física Instalada* para efeito deste trabalho foi dada pela classificação e o número de estabelecimentos de saúde nos municípios.

b) Componentes da Capacidade de Gestão

Nesse aspecto, os atributos dos sujeitos em ação foram considerados como componentes da capacidade de gestão e analisados considerando-se a formação profissional, o tempo de serviço na saúde, experiências anteriores em gestão e/ou em gestão pública para em seguida verificar alguma relação desses elementos com o processo de elaboração e utilização do Plano Municipal de Saúde.

Os sujeitos em ação nesse trabalho, são os secretários e os representantes do planejamento. Além disso utiliza-se o termo “atores” para o conjunto formado por profissionais, usuários do SUS, conselhos de saúde, representantes de classes, servidores, entre outros, que inserem-se no processo de gestão e que podem ter interesses no âmbito da saúde e da elaboração do plano.

A influência dos entrevistados na condução do sistema de saúde local e no processo de elaboração do Plano foi fator determinante para a investigação, que procurou identificar principalmente as experiências em gestão e gestão pública na trajetória de vida profissional desses atores e sua relação com o cargo que ocupam e com as responsabilidades e habilidades provenientes e necessárias advindas da função em que estão inseridos.

Aponta-se nesse sentido para a responsabilidade contida na função do gestor já que é o principal ator no processo de gestão.

5.7.2 Definição de Prioridades

Essa dimensão analítica procurou identificar o impulso originário para essa ação nos municípios estudados, sendo decomposta em 3 categorias:

a) *Necessidade*: nesse caso procurou-se identificar o interesse em contemplar as necessidades, as demandas dos usuários, ou de outros atores e instâncias envolvidas;

b) *Informação*: foram analisadas nessa categoria as classes informacionais utilizadas para a definição de prioridades partindo-se do pressuposto de que o tipo de informação ou a forma como são obtidas esclarecem o propósito de formulação do Plano. Relevante esclarecer que o termo “informação” aqui utilizado é para definir o conjunto de recursos informacionais para apoio ao processo de gestão. Difere em amplitude e significado do uso do mesmo termo como referência ao conjunto de indicadores de saúde e apóia-se no conceito de Barreto (2001) apud CASTRO (2002), que considera informação qualquer inscrição ou registro sonoro que admita uma análise capaz de extrair indicações para decisões estratégicas de gestão.

c) *Política*: considerando-se que a questão política permeia todas as instâncias de decisão nas organizações públicas e também o fato de que o Plano de Saúde representa a concretização do processo de formulação de políticas do governo essa análise foi feita para identificar a relação da política com o processo de elaboração do plano e com a gestão em saúde.

d) *Contingência*: levou-se em conta nesse aspecto o fator externo influenciando e caracterizando-se como impulso originário na definição de prioridades para o plano.

5.7.3 Elaboração do Plano

A proposta de análise nessa dimensão buscou apreender se a *Missão* da organização é considerada no processo de formulação do instrumento, além de verificar quem participa, quais os atores envolvidos e como se dá tal participação.

Ressalta-se novamante, que a expressão “atores” aqui utilizada diz respeito tanto ao conjunto de representações de interesses que pode constituir-se por indivíduos ou grupos quanto aos próprios sujeitos individuais envolvidos nas três esferas de gestão. Buscou-se apreender a adesão ao plano como instrumento de gestão a partir da análise de participação tanto dos sujeitos entrevistados quanto dos demais envolvidos (profissionais das outras esferas de gestão, conselho municipal, usuários) no sistema em sua formulação. Além disso, consideraram-se nessa análise os discursos voltados à percepção dos sujeitos sobre a importância dada ao plano, discutindo-se os aspectos relacionados à finalidade dada a ele após a elaboração.

5.7.4 Medidas de Controle e Avaliação

Ponderando-se que controlar e avaliar ações propostas pode sugerir que o planejamento se baseie no que foi determinado no plano considerou-se importante realizar tal análise. Além disso, pode também significar (quando não há ação ou preocupação em avaliar as ações ou quando esse processo é incipiente) que o plano é tomado como algo “estaque” cuja utilidade é apenas a de documento formal para alocação de recursos e cumprimento da lei.

5.7.5 Aspectos Dificultadores da utilização do Plano

Esse item finaliza a análise e faz referência às conclusões analíticas das dimensões anteriores relacionando-as com a dimensão política presente nas organizações de saúde.

Ressalta-se que para apresentação e discussão dos resultados foram utilizados os discursos mais representativos relativos à dimensão analisada.

O quadro a seguir esquematiza as dimensões de análise elencadas para a sistematização dos resultados:

Quadro 1 - Distribuição das dimensões analíticas do estudo.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE		
ASPECTOS DE GESTÃO	Condicionantes da capacidade de gestão	Dimensões do município - n.º de habitantes e FPM Capacidade Física Instalada - classificação e n.º de estabelecimentos de saúde
	Componentes da capacidade de gestão	Atributos dos Sujeitos em ação - formação profissional, tempo de serviço em saúde, experiências ant. em gestão e gestão pública
DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	Impulso Originário	Contingência
		Necessidade
		Informação
		Política
ELABORAÇÃO DO PLANO		Missão
		Participação
		Finalidade
		Importância
		função prática
MECANISMOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO		
ASPECTOS DIFICULTADORES DA UTILIZAÇÃO		

5.8. Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso. (protocolo nº 335/07)

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esse capítulo é destinado à apresentação e discussão dos resultados obtidos, segundo as dimensões analíticas delimitadas no método da pesquisa. Antes de seguir para a apresentação da análise das respostas dos entrevistados, torna-se importante ressaltar que dos 5 municípios estudados, em 2 deles não havia representante do setor de planejamento (esfera tática da gestão). Os próprios secretários referiram não existir essa representação na secretaria e que eles mesmos, juntamente com o prefeito, tomavam todas as decisões referentes à saúde da população. Consta no Anexo III, um quadro que sistematiza e simplifica os resultados encontrados.

6.1 Aspectos da Capacidade de Gestão

6.1.1 Condicionantes da Capacidade de Gestão

As tabelas apresentadas nesse ítem foram elaboradas para expor os dados quanto ao coeficiente de FPM, número de habitantes e *capacidade física instalada* (classificação e quantidade de estabelecimentos de saúde) dos municípios estudados.

- a) Dimensão dos Municípios : FPM e Número de Habitantes

Tabela 15 – Número de habitantes e FPM dos municípios estudados

Municípios	Roo	Pva do Leste	Campo Verde	Pedra Preta	Itiquira
Número de Habitantes	179.074	46.311	27.151	16.208	12.676
Coeficiente de FPM	4,0	2,0	1,4	1,2	1,0

FONTE: (IBGE, 2007, TCU, 2007)

Todos os municípios do estudo têm mais de 10.188 habitantes e com isso apresentam coeficiente de FPM maior que 0,6 (Tabela 7).

Os municípios de Rondonópolis e Primavera do Leste são os mais populosos e recebem o maior valor de participação entre os estudados, sendo que Rondonópolis, cuja população é maior que 156 mil, apresenta o valor máximo, com FPM igual a 4,0.

Os municípios de Pedra Preta e Itiquira cuja população está entre 12.676 e 16.208 apresentam índice de FPM igual a 1,0 e 1,2 respectivamente.

Campo Verde com população entre 16.209 e 27.151 habitantes tem índice de 1,4. Observou-se nessa dimensão analítica, que o número de habitantes dos municípios e o índice de FPM não são fatores que influenciam fortemente a utilização dos planos como ferramenta de gestão e a idéia inicial de que municípios com maior número de habitantes, que recebem maiores valores em repasses orçamentários são mais preparados para elaborar e utilizar seus planos é errônea.

A função que têm dentro do sistema como municípios de referência para ações de média e alta complexidade, pode justificar tais repasses que podem ser insuficientes apesar de maiores. Assim, receber mais parece estar condicionado a maiores responsabilidades e implicações (maior área de abrangência de assistência à saúde, maior risco de epidemias, ações de “apagar incêndio”) que podem colaborar com a não utilização do Plano de Saúde na rotina da gestão.

b) Capacidade Física Instalada

A primeira observação a ser feita quanto à capacidade física dos municípios é com relação à própria estrutura das secretarias, verificada nas visitas feitas para a realização das entrevistas. Somente o município de Rondonópolis possui prédio próprio, específico para a secretaria de saúde. Os outros municípios estudados têm suas secretarias instaladas dentro dos centros de saúde, não possuindo estrutura predial para o suporte administrativo da gestão em saúde. Mesmo o município de Primavera do Leste, que apresentou a melhor capacidade física instalada depois de Rondonópolis não possui tal estruturação.

Com base nos dados apresentados na tabela 8 percebe-se uma melhor capacidade física em Rondonópolis não apenas quanto à estrutura da secretaria, mas quanto ao próprio número e a diversidade de estabelecimentos de saúde, situação exigida pela sua competência como referência para ações de média e alta complexidade aos 19 municípios da região, além de necessitar uma estruturação física para oferecer tais serviços.

O outro município que se destaca nessa dimensão da análise é Primavera do Leste, que apesar de incipiente quanto à estruturação da secretaria de saúde e alguns serviços de média e alta complexidade, fica em segundo lugar em número de habitantes e com relação à capacidade física instalada.

Tabela 16 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo classificação e quantidade:

Estabelecimentos de Saúde	Roo	Pva do Leste	Campo Verde	Pedra Preta	Itiquira
Público total	69	14	13	07	05
Público estadual	02	0	0	0	0
Público municipal	65	14	13	07	05
C/ internação privado/SUS	05	02	01	0	0
Geral com internação público	01	01	1	1	1
Especializado com internação pública	0	0	0	0	0
Especializado com internação privado	01	02	0	0	0
Especializado com internação privado/SUS	01	0	0	0	0
SUS	78	17	15	07	05
Leitos Internação Públicos Municipal	30	21	38	22	13
Leitos internação privado total	262	120	18	0	0
Leitos internação privado SUS	262	98	18	0	0
Atendimento ambulatorial /médico especialidades básicas	74	17	13	06	04
Atendimento ambulatorial/médico outras especialidades	11	06	03	06	0
Atendimento ambulatorial / odontológico	52	07	06	01	03
SUS Ambulatorial	68	14	12	06	04
SUS Internação	06	03	02	01	01

FONTE: IBGE, 2005

Campo Verde também apresenta uma capacidade física mais estruturada e fica em terceiro lugar no ranking da análise.

Os municípios de Pedra Preta e Itiquira são os que apresentam a menor capacidade física.

Segundo COSTA (2000), o processo de municipalização no estado expandiu os serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria dos municípios e proporcionou uma nova conformação dos sistemas municipais de saúde que passaram a prover ações de saúde secundária na sua base territorial.

Tal expansão se deu para cumprir o princípio da integralidade e também porque as distâncias para referenciar ações, dificultadas pela falta de pavimentação das estradas, transformou essa estratégia na mais adequada para a realidade local.

Ao mesmo tempo, a regionalização que se seguiu favoreceu a universalização da saúde e a hierarquização do sistema, mas pode ter estimulado os municípios menores a não ampliarem seus serviços e encaminharem a grande maioria dos casos aos centros de referência.

No caso específico desse estudo, a proximidade com Rondonópolis pode ser um fator que contribui para a estagnação dos sistemas de saúde nos municípios de médio e pequeno porte estudados, pela facilidade de acesso dada a pequena distância entre eles.

Assim, à medida que a população aumenta há uma exigência maior de estruturação física por parte dos municípios maiores em relação aos outros com menor número de habitantes.

Há também, segundo COSTA (2000), além da mudança na dinâmica populacional, outros dois fatores que podem ter contribuído para uma maior estruturação dos municípios a partir do processo de municipalização do estado: a criação de novos municípios que precisavam oferecer serviços de saúde aos seus munícipes, condizentes com a sua habilitação em gestão; e também, a questão da universalização da atenção à saúde, que leva os usuários a exigir do município a oferta dos serviços de saúde.

Teoricamente a capacidade física instalada associada ao índice de FPM poderia proporcionar principalmente aos municípios maiores, maior estrutura organizacional e financeira para gerir melhor a saúde da população e com isso elaborar seus Planos.

Considerando-se a responsabilidade dos municípios maiores nesse processo e a importância de levarem em conta sua situação demográfica na ação de planejar, presumiu-se que esses estariam favorecidos e com maiores condições para elaborar e utilizar seus planos como instrumento para nortear as ações em saúde. Na prática não é isso que ocorre.

Os municípios maiores deparam-se com demandas diferenciadas daqueles de pequeno porte e acabam tendo dificuldades em utilizar o plano no dia-a-dia da gestão. Voltar ao plano para consultar as ações elencadas torna-se impossível frente ao cotidiano e às responsabilidades que esses municípios tem quanto aos sistemas de referência e contra-referência.

A grande demanda na média e alta complexidade é apontada pelo gestor do discurso abaixo como um dos fatores de entrave para que o planejamento das ações seja fielmente respeitado:

(...) nós temos uma demanda muito grande em alta e média complexidade, e isso são políticas que a gente tem que estar desenvolvendo em função da necessidade. (E1)

Para esse entrevistado um dos motivos que contribui para que as ações se voltem mais a esses níveis de atenção, impedindo e dificultado a verificação frequente do que foi definido no Plano é a dificuldade que a população tem em entender os objetivos de programas inseridos na atenção primária como é o caso dos PSFs que ainda são vistos pela população como unidades de pronto atendimento:

A grande demanda na alta e média complexidade tem relação com a falta de entendimento da população quanto ao tipo de modelo do PSF (...) Não entenderam que se trata de um programa para a prevenção das doenças e procuram as unidades depois que o problema já ocorreu, quando a doença já se instalou (...). (E1)

6.1.2 Componentes da Capacidade de Gestão

Pelo papel importante que assumem na condução dos serviços de saúde, no planejamento das ações e na formulação do plano julgou-se pertinente realizar um estudo sobre o perfil dos entrevistados cujos atributos foram considerados componentes da capacidade de gestão. Ponderou-se que a condução dos serviços de saúde abarca a elaboração do Plano de Saúde e que a formação ou as experiências em gestão poderiam facilitar a compreensão do Plano no processo de gestão. A análise buscou apreender principalmente as experiências em gestão acumuladas ao longo do processo de formação profissional ou do período em cargos relacionados à gestão, seja ela pública ou privada e relacioná-la com a utilização do plano. A tabela a seguir apresenta as informações sobre o perfil dos entrevistados:

Tabela 17 - Distribuição dos cargos centrais, escolaridade, especialização, experiência na saúde pública, experiência em gestão, experiência em gestão pública, tempo na função, vínculo com a secretaria/ escolha para o cargo

N°	Esfera de Gestão		Cargos Centrais		Escolaridade	Formação Profissional/ Especialização	Tempo de Formado (anos)	Exp ant. na saúde Pública (anos)	Exp. ant. em gestão privada	Exp. ant. em gestão pública (anos)	Tempo na função Anos/meses	Vínculo com a secretaria
	Estratégica	Tática	Secretários	Planejadores								
E1	X		X		Nível sup. Assistência Social	Não tem	32	30	não	15	3 anos	Coordenação da Vigilância em Saúde
E2	X		X		Pedagogia	Psicopedagogia	15	1	não	não	4 anos	Cargo de secretário Indicação política
E3	X		X		Contabilidade	Não tem	18	não	não	não	4 anos	Cargo de secretário Indicação política
E4	X		X		Contabilidade Direito	Matemática Financeira	10 concluindo	1	não	não	4 anos	Cargo de secretário Indicação política
E5	X		X		Administração	Gestão hospitalar	10	não	não	5	6 meses	Cargo de secretário Indicação política
E6		X		X	Administração	Não tem	5	não	não	não	3 anos	Chefe do setor de planejamento
E7		X		X	Enfermagem	Saúde Pública e da fam.	15	16	não	4 anos	10 anos	Coordenação da Vigilância Epidemiológica
E8		X		X	Enfermagem	Saúde fam.; Auditoria; Gest; Sist. e serviços	20	15	não	não	12 anos	Coordenação da Atenção Básica

Com relação à formação profissional, pode-se perceber que os entrevistados têm formação superior, não necessariamente na área específica da saúde. A formação mais comum entre eles está concentrada na área das ciências exatas. Em um total de 8 entrevistados 5 exercem a função de secretários de saúde, estando na esfera estratégica de gestão, enquanto os outros 3 estão inseridos na esfera tática e representam o setor de planejamento das secretarias.

Quanto à especialização, apenas um dos entrevistados, representante do staff estratégico, portanto secretário municipal de saúde, apresenta formação específica na área da gestão (E5), 1 entrevistado do grupo tático (E7) tem especialização em Saúde Pública e Saúde da Família e outro (E8) destaca-se com 3 especializações: Saúde da Família, Gestão de Sistemas e Serviços e em Auditoria. O vínculo definitivo com a saúde pública por serem servidores concursados, e a possibilidade de promoção no contexto do Plano de Cargos e Salários (existentes nos municípios de origem), pode representar a influência dessa busca por especialização na área de inserção desses profissionais.

Apesar de 3 entrevistados (E1, E7 e E8) apresentarem maior experiência em saúde pública por estarem inseridos no serviço praticamente desde a graduação, praticamente, pode-se dizer que quanto à experiência com gestão pública, o fato não se repete, com exceção de E1 que apresentou 15 anos de experiência na área.

Ao analisar o tempo de formado dos entrevistados verifica-se que nos cargos de gestores encontram-se indivíduos com relativa experiência profissional, embora com relação à experiência na saúde isso não ocorra, porque a maioria dos entrevistados que representam esse grupo (staff estratégico – E1, E2, E3, E4, E5), está no cargo por indicação política.

No que se refere ao tempo na atividade a maioria têm entre 3 e 4 anos de experiência o que não coincide com o tempo de formado, entretanto a distância entre tempo de formado e tempo na função sugere a condição de escolha para os cargos considerados de confiança do prefeito.

Ao analisar o dado referente ao vínculo com a secretaria, procurando-se identificar o estímulo para escolha do gestor ao cargo observa-se novamente o

componente político como critério adotado, já que a maioria dos secretários está no cargo por indicação política.

Do total de entrevistados, nenhum tem experiência anterior na gestão privada e a maioria dos secretários exerce a atividade na gestão pública pela primeira vez.

No caso dos representantes da esfera tática, observa-se que exercem a função há um bom tempo, tendo em vista o tempo de formado e a experiência em saúde pública.

Um deles iniciou sua trajetória na saúde já no planejamento, e referiu que não tinha experiência na saúde anteriormente, os outros dois entrevistados já haviam exercido cargo de coordenação antes de serem chamados para o setor de planejamento da secretaria.

Pode-se dizer que a experiência técnica da maioria dos entrevistados, no âmbito da gestão em saúde é reduzida, já que a maioria inseriu-se na função há pouco tempo e as referências de experiências tanto no campo da formação quanto no das vivências práticas foram poucas, principalmente com relação aos secretários.

Alguns entrevistados têm formação especializada em gestão e experiência no âmbito da gestão pública, outros não a possuem.

Acreditava-se que a falta de experiência em gestão pública, pelas características e peculiaridades desse tipo de organização, poderia significar, na prática, um caráter inibidor no processo de participação de elaboração do Plano de Saúde.

Apesar das asseverações de DUSSAULT (1992), que ressalta a importância do gestor possuir capacidades, conhecimentos e atitudes inerentes à gestão das organizações de saúde, para ser considerado hábil em exercer sua função, tais características parecem não influenciar na utilização do Plano.

O pressuposto de que a falta de experiência inibiria a percepção de utilização do Plano como ferramenta de gestão não foi abalizado já que no município onde o secretário a possui, tal utilização não acontece.

Tempo de formado, especialização/área de formação, e experiência em gestão pública, não condicionaram a utilização do plano como instrumento de gestão e os entrevistados que as possuem, relataram considerar tal importância mas, ao mesmo tempo, negaram a prática dessa tarefa dentro das secretarias:

É importante sim, mas isso não é feito (...) (E1)

Sim, mas não há métodos de utilização (E7).

Concorda-se com PAIM E TEIXEIRA (2007) quando defendem o investimento em atores, lideranças técnicas e gerentes com atributos e compromisso político que coadunem com o movimento reformista e com a defesa da democratização do SUS reduzindo-se o amadorismo nos diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema, no entanto, acredita-se que a formação profissional (entendida aqui como a área de formação ou a especialidade), realmente não influencie diretamente a utilização do Plano como instrumento de gestão, cujo processo vai além desses aspectos.

DUSSAULT (1992) relata que a formação pode ajudar o gerente a comunicar-se, a “ler” e mobilizar o potencial da sua organização para identificar e analisar os problemas e atingir os resultados desejados, mas não considera que exista um tipo de especialidade técnica, ou de formação profissional para gerir as organizações de saúde.

As afirmações de DUSSAULT (1992) quando defende o conhecimento sobre os fatores ligados à saúde e às necessidades da comunidade; sobre o quadro jurídico e institucional e da prestação de serviços da organização, sobre a dinâmica das relações entre os atores do setor saúde e a tomada de decisão em relação à escolha das prioridades e à alocação dos recursos, complementa o pensamento de que a área de formação profissional não estabelece os variados conhecimentos que os gestores devem ter na condução desse tipo de organização.

O mesmo autor ressalta a intuição, a visão e a imaginação como qualidades essenciais para esses atores. Dessa forma, os atributos necessários para a função estenderiam-se para além da formação profissional específica.

Pode-se dizer então, que apesar de observar em alguns discursos a tendência em relacionar a não utilização do plano com a falta de preparo técnico e a falta de profissionais especializados para a tarefa,

(...) Faltam um pouco também de conhecimento técnico para utilizar o plano no dia a dia talvez mais uma pessoa na equipe com conhecimento técnico para isso, para auxiliar, além de entrosamento. (E7)

a utilização do plano como ferramenta rotineira da gestão independe de conhecimentos técnicos ou dos atributos citados por DUSSAULT (1992). Apesar de influenciarem no

processo de gestão como PAIM E TEIXEIRA (2007) defendem; a experiência, a formação ou a capacidade técnica não são elementos condicionantes para a utilização do plano. A dificuldade concentra-se em outros fatores que serão discutidos mais à frente.

6.2. A definição de prioridades para o plano municipal de saúde

A definição de prioridades, além de ser uma ação fundamental para o planejamento das ações e, portanto, para a gestão dos sistemas é vivenciada no processo de formulação do plano municipal de saúde.

A verificação do impulso originário para a definição de prioridades configurou-se importante para o estudo considerando-se que: a) definir prioridades significa escolher caminhos para que a instituição alcance seus objetivos, e que mais do que outorgar a importância de prioridades trata-se de determinar a ordem de precedência para a solução de problemas (PINEAULT e TOBAR, 1999, 2001a, 2001b; DAVELUY, 1987); b) o processo de definição de prioridades envolve a decisão e esta, não deve ser considerada uma ação racional, já que existem questões de caráter comportamental, condicionado por diversos fatores como interesses políticos, ou de conselhos de classe, formação, aspectos sociais e orçamentários, necessidades, entre outros (PINEAULT e DAVELUY, 1987, VASCONCELOS, 2005, CAMPOS, 2000, MENDES-GONÇALVES, 1994); c) a necessidade em se identificar as diversas influências nesse processo; tornou-se importante verificar qual o impulso originário para a definição de prioridades contidas nos Planos de Saúde dos municípios estudados.

O discurso abaixo representa a influência do ambiente externo no processo de definição de Prioridades dos municípios.

(...) a gente pode colocar algumas metas específicas, mas a gente tem que priorizar sobre o que o Ministério define. Porque se a gente não atingir as metas definidas, o recurso cai. (E2)

O entrevistado cita e prioriza as metas do Ministério da Saúde, às do município, demonstrando o que MOTA (2004) fala sobre a relação funcional entre o ambiente e a gestão nas organizações.

Considerando-se o ambiente como o contexto ou sistema que envolve externamente a organização, não há como negar a relação de transação e intercâmbio mantida entre as outras instâncias de governo e as secretarias de saúde. Considerando-

se a influência do ambiente externo na determinação de prioridades das Secretarias de Saúde, dada pela relação que há entre o cumprimento de tais metas e o recebimento de recursos fica caracterizada a contingência no âmbito das secretarias, não apenas no processo de definição de prioridades ou na elaboração dos Planos, mas em todo o processo de gestão das mesmas.

Deve-se considerar, nesse aspecto a própria dinâmica na gestão do SUS que se inicia com a elaboração da Agenda Nacional de Saúde, a partir da qual estados e municípios em seguida elaboram os outros instrumentos de gestão, inclusive os respectivos Planos, de forma ascendente. Assim, estados e municípios sofrem a influência externa das demandas do Estado.

O discurso abaixo, além de demonstrar o ambiente externo influenciando na definição de prioridades, pois considera as demandas das instâncias superiores para depois pensar nas do próprio município, também indica a preocupação com os “meios” no âmbito das necessidades:

(...) a gente vê desde quais são as prioridades da União, do estado, do município, o prefeito, enquanto gestor, quais as prioridades dele, e a gente define bem embasado na necessidade do município, qual a demanda maior do município, o que precisa melhorar, os recursos financeiros e materiais (...) (E6)

Observa-se que a necessidade relatada no discurso não está relacionada com o que MENDES-GONÇALVES (1994) defende como a preocupação com o acolhimento e o cuidado, afastando assim a idéia da caridade no âmbito das necessidades em saúde. O autor refere a importância de oferecer o que é realmente necessário à população em uma totalidade social. Há, na verdade, uma preocupação com os “meios” - recursos financeiros, materiais, de poder, etc. citados pelo autor. Esse discurso representa a ausência de verdadeira preocupação com esse tipo de necessidade, verificada nas falas de todos os entrevistados. A necessidade quando apontada diz respeito apenas à preocupação com os meios materiais e financeiros.

Observou-se nos entrevistados o entendimento corrente de que as prioridades devem estar focadas na resolução de problemas que atrapalham o cumprimento da rotina burocrática, não ficando evidente qualquer relação com a situação de saúde e com as necessidades da população.

Tal fato reflete as afirmações de DUSSAULT (1992) que declara essa tendência nas organizações públicas de saúde tornando-se, assim, um contra-senso à

acessibilidade dos serviços já que a preocupação excessiva com os “processos” e os “meios” contraria seus verdadeiros objetivos.

A informação é outro importante componente na definição de prioridades, sendo fator crucial para o momento do diagnóstico e eleição de problemas. Essa fase demanda informações de vários tipos, além de estudo detalhado na busca da causa dos problemas para a verificação das possibilidades de ação.

Entre as várias maneiras de se obter informações para a definição de prioridades pode-se citar: os fatores de riscos, o conhecimento da população em que se quer intervir, suas reais necessidades, como aspectos importantes a serem considerados. Conhecimentos da epidemiologia, da clínica e das ciências sociais, do saber popular e mediante a reunião dos atores sociais interessados na saúde da população, também são aspectos fundamentais como fonte de informação.

Apesar de autores como MENDES-GONÇALVES (1994) condenarem a utilização exclusiva da Epidemiologia como fator informacional no âmbito da gestão, nenhum município fez alusão a um sistema de informação ou qualquer “ação” para gerar dados que pudessem atender as necessidades específicas de sua realidade e de seus munícipes. O perfil epidemiológico é o principal elemento de informação citado pelos entrevistados, seguido pela preocupação com os “meios”:

Primeiro o perfil epidemiológico, indicadores de saúde e os recursos que são possíveis à gente estar tendo, convênios que a gente possa estar priorizando (E1).

O discurso não faz referência a informações colhidas a partir da demanda dos usuários ou das vivências e participação dos profissionais inseridos no serviço.

Além disso, evidencia o caráter tecnicista e orçamentário empregado à elaboração do Plano.

A política também aparece influenciando na definição de prioridades para o Plano e na gestão de forma geral. Nos discursos abaixo apresentados, as falas do secretário e do representante do setor de planejamento no mesmo município demonstram a disjunção entre a técnica e a política, e entre as esferas estratégicas e táticas na organização.

Infelizmente existe o ciúme político dentro da administração. Isso atrapalha um pouco. Creio que sou um bom comunicador, gosto de discutir, gosto de falar, gosto da parte política das relações e acho que sou descentralizador, preocupado para que o dia que eu sair daqui a coisa continue. Mas a política é um entrave porque as

peças têm ciúmes e isso coloca um pouco de dificuldades para aceitarem as decisões (E3).

Isso é um problema porque o secretário é mais político e isso atrapalha um pouco. A participação técnica dele é pouca poderia ser maior. A tendência política dele atrapalha a elaboração do plano (E7).

Considerando-se a importância de consenso ativo entre dirigentes e dirigidos, com uma gestão voltada para o entendimento e a negociação para conferir viabilidade às ações propostas (PAIM, 2002; MANDELLI e FEKETTE, 1995), verifica-se com os discursos, uma dificuldade de entendimento nesse aspecto.

Os entrevistados demonstraram estar agindo com cautela, evitando hostilidades, mas ficaram claras as relações de conflito e o “jogo de poder”, citadas por LINDBLON (1981) e JUNQUILHO (2002).

É a dualidade entre o determinismo das estruturas e suas sistematizações e a ação humana com seus conflitos, contradições, dilemas éticos e políticos citada por RED (1989) apud JUNQUILHO (2002), presente na organização e no processo da gestão.

A soma entre técnica e política para gerar capacidade de gestão não é considerada pelo entrevistado que cita o fator político como entrave na elaboração do Plano. Importa ressaltar, no entanto, apropriando-se de MATUS (1992), que o plano é uma aposta política com base técnica. Considerando-se que faz parte do projeto de governo do prefeito, que é legitimado pelo voto ao passar pelo crivo da sociedade, a visualização política presente no processo de sua formulação não deve ser descartada, já que a política de governo se concretiza no plano.

O discurso demonstra também, o caráter político inerente às escolhas dos gestores e a sua extensão às dificuldades de utilização do plano no processo de gestão que será discutida no último item de análise dos resultados.

A questão orçamentária aparece como principal base de informação para o Plano na fala de outro entrevistado que demonstra não estar considerando o Plano Municipal de Saúde para responder à argüição feita, e sim o PPA – Plano Pluri Anual.

(...) Eu acho que a questão orçamentária é a principal base de informação e suficiente para a elaboração do plano (E1).

Tal fato pôde ser confirmado mediante a apresentação documental do Plano. Ao receber o documento e iniciar a análise pôde-se perceber que se tratava na verdade do PPA e não do Plano de Saúde:

O Plano Municipal de Saúde de (município estudado), do exercício de 2004 a 2008, procura estabelecer a interrelação com as propostas da Conferência Municipal de Saúde, o orçamento, os indicadores epidemiológicos do município, a PPI e o interesse dos gestores municipais, seguindo os princípios do SUS.

Esse mesmo fato ocorreu em outro município no momento de entrega do Plano, o que pressupõe uma inversão de elaboração entre os dois documentos, já que o Plano Municipal de Saúde deve subsidiar a elaboração do PPA, que é um plano de governo e não de saúde. Nesse caso o que ocorre é a elaboração do PPA ficando as ações de saúde atreladas a uma parte desse documento de forma que o Plano de Saúde é tido apenas como componente do PPA não sendo visto como criador de subsídios para sua elaboração.

Sintetizando os achados dessa dimensão analítica pode-se dizer que o impulso originário para a definição de prioridades do plano concentra-se nas demandas estruturais e políticas-partidárias. A preocupação principal se dá no campo da alocação de recursos.

6.3 O Processo de elaboração do plano municipal de saúde

Um processo de elaboração participativo, com envolvimento de diversos atores sociais, favorece o comprometimento e amplia a garantia de implementação do Plano no processo de gestão. Esse item trata da terceira dimensão analítica do estudo.

A responsabilidade e a participação no processo de elaboração do Plano podem ser exercidas unicamente pelo gestor da organização e/ou por todo o staff estratégico, pode ser compartilhada pelas outras esferas da gestão (tática e operacional) e ainda por várias pessoas e grupos envolvidos nas questões de saúde, como os servidores, usuários, políticos, órgãos deliberativos e a sociedade em geral.

Além disso, TOBAR (1997) diz que uma verdadeira organização começa a existir quando as prioridades são evidentes e podem ser introjetadas por todos os seus atores.

VASCONCELOS (2005) também ressalta a falha em se desmembrar as questões voltadas às práticas da atenção das que ocorrem no âmbito da gestão já que as primeiras

dependem de orientação e demanda projeto e método para direcionar as ações. Fica fácil pressupor que quando participam da elaboração do “projeto”, os profissionais responsáveis pela atenção se dedicam muito mais para seguir a orientação e se envolver nele no alcance dos objetivos a que se propuseram.

Considerando-se que a formulação do Plano implica em definir prioridades em saúde, pode-se inferir a importância do maior número possível de atores envolvidos em semelhante processo.

Entretanto, o discurso abaixo representa a participação na elaboração do Plano dos municípios estudados e indica a falta de consenso e envolvimento de todas as esferas e de outros possíveis “atores” interessados em sua formulação:

(...) não, não é discutido na ponta, é planejado na secretaria pelas equipes dos departamentos e enviado para a secretaria estadual (E1).

Como a motivação e o grau de interesse sobre as metas e objetivos determinados resultam do envolvimento dos atores na tomada de decisões, pode-se pressupor que os níveis operacionais, além de não participarem da elaboração do Plano, não se motivam a participar ativamente e de forma comprometida com os objetivos da organização.

Como diz MINTZBERG (2004) há uma dificuldade em se planejar quando não existem objetivos e quando as ações são aleatórias, não dirigidas a metas específicas.

Outro discurso representa a tendência de elaboração individual, no máximo com a participação do secretário na elaboração do Plano:

(...) O plano de 2007 eu fiz e depois discuti com o secretário, espero que o de 2008 ele chame os coordenadores e chefes de unidades para discutir (E7).

Nesse discurso, observa-se que o entrevistado é o autor individual do plano que em seguida é discutido com o secretário de saúde. O secretário não participa da elaboração do Plano, ao contrário, o recebe pronto após ter sido elaborado individualmente pelo representante do planejamento.

Em outro discurso, a questão cultural presente nas organizações públicas, que leva os profissionais a acreditarem não ter outras obrigações além daquelas exclusivamente ligadas à sua função, parece dificultar qualquer tentativa de colegiado e envolvimento no processo de elaboração do Plano:

(...) a nossa cultura não é de dobrar as mangas e correr atrás para isso você tem que ter o profissional motivado e que queira ajudar. A motivação não existe. Tem coisas

que a gente pede coloca a importância de fazer e não é feito o profissional não tem motivação p/ fazer. Por mais que você fale, cobre não é feito e tempo tem, porque nos PSFs à 15h00minhrs já começa a diminuir o movimento, poderia ir às escolas fazer palestras, então nós tínhamos que ter profissionais mais engajados (...).
 (...) É complicado mudar isso, os profissionais fazem as coisas de forma rotineira e mecânica. (E2)

É a desmotivação e o despreparo dos profissionais, que acabam gerando uma visão ritualística das ações e do planejamento, dissociando-o da ação, uma vez que os profissionais que estão na operacionalização das ações não se sentem responsáveis pelo seu planejamento. Ocorre que os interesses implícitos nos ambientes internos e externos à organização, o poder de decisão presente em todos os atores e profissionais ali inseridos, influenciam a gestão e comprometem as funções reais das secretarias na produção de saúde. Tal fato reduz o interesse dos servidores em participar dos processos que envolvem a gestão dos serviços.

MINTZBERG (2004) relata que a existência de um plano formal não significa que tenha sido criado pelo setor de planejamento. Isso se evidencia pela não participação dos atores envolvidos no processo de elaboração do plano de saúde nos municípios estudados e pode ser verificado no discurso a seguir:

Tudo é pré-definido p/ nós pelo pólo. um funcionário do Pólo me explicou todas as siglas isso é isso, o dinheiro que vem p/ você é esse, você é quem vai cuidar do dinheiro, você não pode perder isso e isso e ela falou e você em março tem que entregar o plano de gestão (...) eu dividi todo o plano de gestão com agricultura, com educação, com a atenção básica, hospital, juntei todo mundo peguei os dados que tinha o computador e entreguei tranquilo e coloquei mais alguma coisa, assim eu fiz o plano. (...) Quando eu cheguei nessa gestão eu tive que elaborar e entregar o plano municipal de saúde e pouco eu entendia de plano municipal de saúde, mas era exigência. O pólo me cobrou o plano e eu entreguei. (E2)

Chama atenção no discurso apresentado a não participação do conselho e dos demais profissionais e “atores” no processo de formulação do Plano.

A não participação dos Conselhos foi, inclusive, um achado comum nos municípios estudados. Observou-se sua participação apenas na aprovação do Plano, considerando-se seu papel deliberativo nessa questão.

Os profissionais são apenas informados sobre as ações e as metas que já foram pré-determinadas pelo pólo regional.

O entrevistado do discurso acima relatou que em seu município não houve envolvimento do setor de planejamento da secretaria de saúde para a elaboração do Plano. Observou-se na verdade, que nesse município esse setor não existe, de forma que

o secretário de saúde é quem se envolve diretamente e individualmente no processo de condução das ações.

Apesar de relatar que detém autonomia para elaborar o plano, o secretário de saúde relatou que quando assumiu o cargo de gestor necessitou auxílio externo para sua formulação e que recebeu tal assessoria do Pólo Regional.

Ao ser realizado com base nas prioridades definidas pelo Pólo, o processo de formulação do Plano nesse município descumprir o princípio ascendente para o fluxo de elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde determinado por lei (LOS) pelo Ministério (MS, 2002).

O caráter regulador e fiscalizador relatados por COSTA (2000) com relação à atuação centralizada e autoritária dos Pólos Regionais de Saúde (PRS) parece fortalecer a dependência desse município com o Pólo, na elaboração de seu próprio Plano.

Com respeito à participação dos CMS (Conselhos Municipais de Saúde) na elaboração dos Planos, a maioria das referências feitas pelos entrevistados sugeriu situação de baixa participação, não só com relação à formulação do Plano como em todo o processo de controle social. As principais justificativas recaíram na questão do desinteresse por parte dos conselheiros em participar das atividades referentes ao conselho, e até mesmo por não entenderem a importante função que possuem:

O conselho municipal de saúde é morno, não atuam nas reuniões não fazem coro, não realizam o controle social, as pessoas não têm noção do que é. (E7)

Apesar de ter-se experienciado conversas informais com conselheiros de alguns municípios, a análise das Atas dos Conselhos de Saúde não recebeu confrontação com entrevistas dos conselheiros por conta do prazo para a realização da pesquisa e por consequência, pelo pouco tempo de permanência em cada município estudado.

Não obstante, considera-se importante a ausculta dos conselheiros para o enriquecimento da discussão sobre a atuação dos conselhos de saúde no processo de gestão, no entanto, acreditou-se que a análise das atas seria suficiente para verificar o modus operandi dessas instâncias no processo de elaboração dos Planos.

Os achados foram ao encontro dos relatos sobre o pouco envolvimento dos conselheiros em semelhante processo conforme trechos extraídos das atas:

“O presidente do conselho abriu a reunião extraordinária para aprovação do plano municipal de saúde agradecendo a presença de todos”. (...) O presidente explicou que o plano **já está pronto** e que só era necessário assinar.

“O Sr. (nome do ator) iniciou a reunião explicando aos conselheiros que estavam ali para aprovar o plano de saúde do município e que isso era muito importante pois se o plano não fosse **aprovado** o município não receberia recurso para a saúde”.

“O conselheiro (nome do conselheiro) **perguntou ao presidente sobre a finalidade desse plano** e o presidente explicou que era para o município receber recursos p/ a saúde”.

Os trechos demonstram a realização de reunião extraordinária para a aprovação dos Planos e confirmam o caráter alocatório de sua elaboração.

Ao mesmo tempo, o questionamento feito por um conselheiro durante a reunião evidencia o desconhecimento sobre a finalidade do plano por parte do inquiridor, que obteve como resposta apenas a indicação de intenção na aprovação do plano para o recebimento de recursos e não a das questões inerentes aos propósitos de sua elaboração. Tal indicação implicaria em explicações maiores inclusive sobre a importância de participação do Conselho em tal processo. Como o plano já havia sido elaborado provavelmente sem a participação efetiva do conselho, tal explicação tornou-se inviável. É possível que o próprio autor da resposta desconheça todos os aspectos ligados à existência do plano e sua implicação no processo de gestão.

A análise dos planos verificou contradições entre os discursos e o documento quanto à participação do Conselho. Apesar de todos os entrevistados relatarem um conselho pouco participativo na elaboração do plano, encontrou-se em um dos planos analisados o texto transcrito a seguir:

O Plano Municipal de Saúde, apresentado neste documento foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde com a participação do Conselho Municipal de Saúde e a partir das demandas da conferência municipal de saúde.

É possível o trecho do documento represente muito mais um cumprimento burocrático e para satisfazer o que é definido pela lei quanto à ação deliberativa dos conselhos sobre os planos do que por uma participação efetiva do Conselho na elaboração do Plano.

Importa ressaltar com relação ao trecho apresentado, a pouca referência verbal com relação às demandas da Conferência que apareceu apenas em trechos dos documentos formais analisados e no discurso de um dos entrevistados:

(...) E as propostas da Conferência, as demandas do conselho também são consideradas para elaborar o plano a gente procura estar sempre interagindo com o controle social a gente procura envolver o maior número de atores possíveis para proporcionar um serviço de qualidade. (E2)

Todos os Planos de Saúde passaram pelo crivo dos Conselhos, mas apenas com intuito de aprovação. As atas das reuniões deixam claro diante de colocações similares às que foram apresentadas nos trechos acima a firme convicção de finalidade alocatória em sua aprovação.

Um discurso relatado em ata chamou atenção pelo caráter corporativista apresentado, já que foi proferido por um representante de classe específica:

“ O Sr. (Nome do ator), perguntou qual vantagem os (profissionais da classe em questão).” teriam com a aprovação do plano.

Duas questões com relação aos achados devem ser consideradas: a primeira diz respeito à falta de qualificação dos conselheiros para o cargo. A segunda relaciona-se ao que dizem PAIM e TEIXEIRA (2007), quando relatam o corporativismo e a representação de grupos populacionais específicos ou segmentos profissionais de trabalhadores da saúde presentes em massa nos conselhos. Desprovidos de entendimento sobre a sua verdadeira função ou então mais interessados em buscar interesses próprios desvirtuam o que deveria ser uma preocupação com a coletividade mediante um controle social efetivo e acabam se tornando engodos do sistema para aprovação de políticas e projetos de governo.

Outra questão observada quanto à definição de prioridades e à elaboração do Plano, é a importância de se levar em conta a Missão da organização. Não há como planejar se os atores envolvidos no processo não souberem *para que* a organização existe.

CECÍLIO (2000) enfatiza a importância em se considerar as necessidades dos usuários na definição da missão das organizações de saúde.

Nesse sentido, o fato de que a secretaria existe para garantir o direito à saúde, a promoção e a recuperação, respeitando-se os princípios da qualidade e da

universalidade, deve estar claro para os atores envolvidos no projeto de formulação do Plano considerando-se ser essa a principal razão de existir das organizações públicas de saúde (MERHY, 2004, DUSSAULT, 1992, BRASIL, 1988).

Os questionamentos: O que nós produzimos? Para quem produzimos? E como produzimos, são fundamentais no processo de elaboração do Plano, inclusive para subsidiar sua utilização na gestão.

Entretanto, as respostas obtidas com relação à missão da secretaria demonstraram um desconhecimento parcial ou total desse aspecto, porque apesar terem conhecimento da existência de uma missão, não houve citação dos três elementos na sua definição:

A missão da secretaria de saúde é existem desafios que são desafios de garantir qualidade de vida pra que possa se garantir qualidade de saúde né e a saúde é o que se diz à gente tem que trabalhar para a prevenção de doenças e aí também atender as necessidades imediatas dos usuários, mas o nosso principal objetivo é garantir a qualidade de vida qualidade de saúde do usuário (E6).

Eu acho que é para melhor gerir essa questão administrativa para estar direcionando, norteando as ações e os serviços de saúde (E3).

O segundo discurso mais uma vez condiciona a função administrativa à preocupação com os meios e processos como função maior da instituição, e fortalece o que foi verificado no discurso anterior quanto à missão e todos os seus elementos não estarem claros para o entrevistado, o que pode representar uma dificuldade na elaboração do Plano e sua consequente utilização no processo de gestão.

A elaboração do plano como exigência documental, cuja formulação se dá apenas para o cumprimento da legislação e alocação de recursos, pode ser verificada nas falas apresentadas abaixo:

(...) o dinheiro que vem pra você é esse, você é quem vai cuidar do dinheiro, você não pode perder isso e isso e ela falou e você em março tem que entregar o plano. (E2)

Como é obrigatório a gente faz, mas até agora o que aconteceu sempre aqui é que se pega o plano de saúde do ano passado, faz algumas alterações ali, apresenta e pronto. (E4)

A verificação feita no discurso anterior confirma-se quando, ao serem questionados sobre a importância da utilização do Plano de Saúde como instrumento de gestão, a maioria dos entrevistados demonstrou reconhecê-la, porém relataram ser uma tarefa difícil com obstáculos a serem superados:

É importante sim, mas isso não é feito, porque vem o papel p/ você, eles cobram faz tal coisa, assim passa para os seus funcionários, você passa todo mundo faz correndo, nem ta vendo o que está fazendo. Então manda porque é uma exigência. Não é assim de você sentar com sua equipe com o conselho que tem que ser ativo, capacitado, ver as prioridades para fazer o plano. E dar atenção ao plano municipal e ao relatório de gestão porque trabalha junto, mas a gente faz o plano e depois não pega mais (E7).

Sim, mas não há métodos de utilização. A gente esquece de consultar durante o ano, na hora de colocar em prática é difícil (...) nós ainda não estamos preparados pra isso porque não faz parte da rotina e não há uma cultura de se consultar o plano constantemente. Infelizmente ele é um plano mais de gaveta, documentado. Embora muitas ações sejam realizadas ele não é um documento que é constantemente consultado, ainda não se criou aquela cultura de estar voltando ao plano ele é deixando um pouco de escanteio (E1).

Ressalta-se que a importância admitida pelos gestores não corresponde à finalidade de fato atribuída ao Plano.

Em termos gerais, essa dimensão de análise verificou que os Planos de saúde dos municípios estudados foram elaborados exclusivamente no interior da Secretaria Municipal de Saúde com exceção de um que foi elaborado pelo Pólo Regional. Profissionais dos outros níveis de gestão, usuários ou até mesmo o CMS não foram citados como co-autores dos Planos.

Quatro gestores demonstraram em seus discursos que o nível de participação na elaboração dos Planos é mínimo, tanto por parte deles mesmos quanto de outros atores e profissionais envolvidos no processo de gestão.

Os funcionários de nível operacional não foram citados como integrantes do processo ou da equipe que elaborou o Plano. A maioria dos gestores demonstrou dificuldade em envolver a equipe de trabalho nessa ação.

A autoria isolada do Plano pelo secretário ou por um profissional do setor de planejamento remete por um lado, ao fato de não existir no interior das secretarias uma equipe com preparo técnico para isso e por outro, à falta de interesse dos demais atores envolvidos na gestão em elaborar o Plano. De fato, sugere que um Plano elaborado por um único ator pode gerar baixa adesão de outros atores para empregá-lo como ferramenta, no cotidiano da gestão.

Além disso, a não participação de mais atores na elaboração dos Planos significa o descumprimento de uma determinação legal já que o Plano é instituído por lei (LOS)

segundo a qual, sua formulação deve se dar com a participação do maior número de atores possível.

Assim, a elaboração do Plano de Saúde (quando não “confundida” com a formulação do PPA) ocorre, na maioria dos municípios, pela necessidade de cumprir a norma e receber recursos, sem a visualização de que possa servir como referencial para subsidiar a gestão na condução e operacionalização das ações e serviços de saúde no município e, portanto, destituída de função prática como instrumento de gestão.

Pondera-se, no entanto, que reconhecer a exigência legal para a elaboração do Plano não significa uma falha da gestão. Torna-se necessário que tal fato seja considerado para respeitar o princípio constitucional da legalidade, que condiciona o gestor público a colocar em prática somente o que é permitido por lei. Assim, o Plano de Saúde proporciona ao gestor a possibilidade de estabelecer e desenvolver ações respaldadas por princípios legais.

Do ponto de vista da estrutura mínima, a análise dos planos verificou que procura-se respeitar o formato indicado pelo ministério. Um dos documentos apresentados como plano municipal de saúde tratava-se na verdade do quadro de metas, outro era o plano pluri-anual, mas de maneira geral, os planos de saúde continham a análise situacional os objetivos e as diretrizes e metas.

No eixo modelo de atenção a informação sobre o funcionamento e organização dos Conselhos Municipais de Saúde aparecem e apenas um dos planos analisados.

As principais estratégias e prioridades encontradas na análise dos planos foram: aumento da cobertura na saúde bucal, a implementação de mais equipes de saúde da família, a redução nas taxas de mortalidade infantil e neonatal, educação em saúde para aumentar a cobertura do exame citopatológico cérvico-vaginal e reduzir a incidência de tuberculose e hanseníase, capacitação profissional para o diagnóstico e tratamento precoce de doenças contagiosas, formar grupos de adolescentes e buscar parcerias com secretaria de educação e promoção social para reduzir o índice de gravidez em mulheres com idade menor ou igual a 20 anos, implementar e implantar o programa de educação permanente e o de humanização do atendimento, criar terceiro turno no centro de especialidades médicas entre outras.

A confrontação com os relatórios verificou alguma coerência quanto aos problemas elencados nos dois documentos mas os relatórios encontravam-se deficientes quanto a algumas informações como será discutido no próximo item de análise dos resultados.

6.4 Medidas de controle e avaliação para as ações definidas no Plano de Saúde

A LOS - Lei Orgânica da Saúde define papéis, prioridades e competências para cada instância de governo, estabelecendo o Controle e a Organização como elementos do processo de gestão do SUS, configurando-os como ações obrigatórias nesse contexto. O controle foi instituído para desenvolver métodos na verificação de desempenho e para garantir que o planejamento seja efetuado. A organização foi definida com a função de atribuir responsabilidades e autoridades no processo de gestão do SUS (CONASS, 2007). O Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS (MS, 2006b) também ressalta que para a elaboração do Plano de Saúde é necessário identificar os responsáveis pela execução e também definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos, e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

Entretanto, nos municípios estudados os mecanismos de controle e avaliação quando existem são incipientes. Não há definição de responsáveis pelas ações elencadas no plano:

Não há não. Falta avaliação e monitoramento na verdade. O controle e a avaliação são muito tímidos, apenas em alguns departamentos isso é feito e com relação ao plano não há o hábito de avaliar (E7).

O discurso a seguir foi o único a citar o Relatório de Gestão e o Quadro de Metas como ferramentas de controle e avaliação. Apesar desse relato, pôde-se perceber que quem faz a ponte de discussão entre o que foi feito e o que estava previsto, é o responsável pelo planejamento que o faz de forma individual e tão automática quanto a que se dá na elaboração do Plano.

(...) é feito através do Relatório de Gestão todo início de ano. Com o quadro de Metas do Plano a gente faz um estudo do que foi alcançado ou não. (E8)

CAMPOS (1988) enfatiza a importância de se gerar autonomia e negociação para o acompanhamento dos resultados através de métodos acordados, entre os

componentes das equipes para maior responsabilidade e envolvimento de todos no processo de trabalho.

A análise documental dos Relatórios de gestão detectou a elaboração incompleta desse instrumento por parte da maioria dos municípios, considerando-se que em síntese ele deve conter: o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira) e as recomendações de ajustes e reprogramações. A informação mais falha nos relatórios foi a que diz respeito às recomendações, o que pode indicar o não cruzamento do que foi pré-definido com o que foi realizado.

Os relatórios dos municípios estudados possuem a característica comum de ater-se em questões relativas aos aspectos sócio-econômicos, ambientais, de infra-estrutura, educação, enfim fazem muito mais uma caracterização do município do que um relatório de metas e ações alcançadas.

Confrontando-se os planos com os relatórios de gestão, quando as ações e estratégias previstas nos planos aparecem sem concretização no relatório, não há nesse último uma explicação ou tentativa de reformulações ficando as metas não atingidas sem propostas futuras de realização.

A análise dos Quadros de Metas obteve tal confirmação pois ao cruzar os dados dos dois documentos, observou-se nos relatórios a ausência de referência sobre metas que haviam sido pré-definidas.

A inexistência de ações e mecanismos para controle e avaliação enfatiza o destino de “gaveta” dado ao Plano pelos municípios estudados.

Observou-se no relatório de um município que não disponibilizava do plano municipal de saúde para a análise, a marcação deste como um dos instrumentos de gestão para acompanhamento e avaliação. Como utilizar o plano como instrumento de controle e avaliação se ele não está disponível na secretaria? Esse fato revela o caráter automatizado na elaboração do relatório, apenas para cumprir ações burocráticas e legais. Além disso, os relatórios em sua maioria, apresentam instrumentos como Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Programação Pactuada Integrada, Relatório de Gestão, Plano de Trabalho Anual, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, QDD-Quadro Demonstrativo de Despesas e QDR-Quadro Demonstrativo de Receitas como

instrumentos para avaliar as ações da secretaria. Não fazem alusões à utilização de nenhum deles para avaliar as metas contidas nos planos de saúde como poderia ocorrer. A flexibilidade de utilização dos relatórios dada pela própria determinação do sistema de planejamento – PlanejaSUS, que a indica para eventuais ajustes no Plano de Saúde também não é considerada. Visualizam o Plano como algo estanque. Tal flexibilidade é citada por MOTA (2004) quando diz que os planos, assim como os objetivos e as metas determinadas por eles não são absolutas e podem sofrer alterações.

Ao serem inquiridos sobre mecanismos de avaliação do serviço, os entrevistados não citaram o uso de indicadores de qualidade, de não qualidade e eficácia, entre outros, para aferição do desempenho na organização.

Com exceção de um entrevistado, nem mesmo as análises do quadro de metas e dos Relatórios de Gestão foram citadas como métodos avaliativos das ações propostas nos Planos.

Percebeu-se que muito que havia sido previsto foi contemplado e culminou em mudanças importantes na saúde da população, contudo, a presença de várias ações não previstas no Quadro de Metas pode pressupor a questão implícita na gestão desse tipo de organização, que se depara constantemente com problemas emergentes para solucionar, fato que ficou representado nos discursos abaixo:

Desde que eu estou na secretaria estão focadas nas necessidades emergentes (...) até o momento infelizmente ta muito focado ainda assim: “apareceu um incêndio, você tem que apagar” (E6)

(...) o plano é esquecido como instrumento de gestão. O Plano é esquecido e outras coisas são priorizadas. Vão aparecendo outras coisas, outras necessidades. A necessidade de atendimento imediato a situações de risco nos impede muitas vezes de ter tempo p/ voltar para esse tipo de ação (...) (E1).

Chama atenção nas falas a tendência e a necessidade dos municípios em desenvolver ações voltadas para os problemas emergentes, o que também pode influenciar a não utilização do plano com ferramenta para planejar e gerir as ações. É o que ARTMANN (1993) relata sobre a tendência dos dirigentes em deixar de lado o que foi estrategicamente deliberado para se dedicar às questões urgentes.

A característica de enfrentamento dos problemas baseada em um mix de estratégias deliberadas e emergentes defendidas por autores como MINTZBERG

(2004), TOBAR (1997, 2001a, 2001b, 1999) e MOTTA (2004) não foi observada no âmbito das secretarias que para isso deveriam ser capazes tanto de prever problemas e reagir a eventos inesperados quanto de trabalhar com o que foi pré-definido.

Vale ressaltar ainda a tendência em se utilizar muito mais o Relatório de Gestão, que tem obrigatoriedade anual para a gestão, do que o Próprio Plano. Observou-se uma maior facilidade em se encontrar os Relatórios de Gestão do que os Planos de Saúde nas secretarias. Em um dos municípios que não possuía o plano para a análise, a representante do planejamento informou ser ela mesma a responsável pela elaboração do Relatório.

Observou-se que de modo geral o Relatório é elaborado com base nas ações que foram desenvolvidas no dia-a-dia da gestão, que poderiam ou não estar contempladas no Plano.

Convém salientar que algumas estratégias como a auditoria e o cruzamento entre o Quadro de Metas e o Relatório de gestão foram apontadas por um entrevistado como medidas de controle e avaliação, contudo, observou-se que tal ação não é determinada sobre as metas contidas no Plano de Saúde, e sim sobre as metas definidas por alguns setores e unidades de prestação de serviços de saúde da secretaria.

6.5 Aspectos dificultadores da utilização do Plano de Saúde

Esse item finaliza a análise a partir dos achados e discussões feitas nas dimensões anteriores, concluindo assim, último capítulo do trabalho.

O histórico de aparecimento do Plano de Saúde no contexto da gestão do SUS tem início com o movimento da Reforma Sanitária, cujo discurso centrava-se na busca pela mudança do modelo e das práticas de atenção.

Os caminhos que começaram no movimento reformista culminaram com o surgimento de vários mecanismos, estratégias e instrumentos para orientar tais mudanças. O Plano surgiu entre tantos outros instrumentos já descritos, como método de orientação para a gestão das ações em saúde.

Há, porém, o fato de que a normatização e o uso de padrões uniformes não garantem práticas de gestão que produzam as mudanças esperadas nos modelos de atenção já que precisam superar os desafios inerentes à construção de modalidades diversas de fazer saúde (VASCONCELLOS, 2005).

A proposta intrínseca ao Plano não obtém sucesso quanto à sua utilização como instrumento de gestão. Vários aspectos presentes no âmbito da gestão do SUS limitam a participação de muitos atores em sua elaboração, em especial aqueles responsáveis pela operacionalização das ações e os Conselhos Municipais de Saúde.

O enfoque normativo que entende o sujeito que planeja fora e acima da realidade e que se baseia na perspectiva racional, mecânica e rotineira nas ações produzindo alienação, desmotivando e inibindo os atores a participarem no processo de planejamento, corresponde a um dos aspectos limitadores não apenas de maior participação na elaboração como de utilização do Plano no cotidiano da gestão (CAMPOS, 2000; RIVERA, 1992). É a “perfeita” disjunção entre quem pensa e quem executa a ação.

Concorda-se com CAMPOS (2000) para quem todo sujeito opera segundo coeficientes de autonomia e liberdade e que apesar da dominação, os com menos poder inventam modos para articular os próprios interesses.

De fato, uma gestão mais participativa pode produzir mais motivação e interesse dos sujeitos em alcançar os objetivos da organização, além de facilitar o direcionamento das ações voltadas às práticas da gestão (CAMPOS, 2000; VASCONCELOS 2005).

O cenário que se estabelece possui então peculiaridades limitantes para a utilização do Plano, considerando-se a necessidade de articulação comunicativa e de cooperação entre todos para a sua elaboração e conseqüente aplicação na rotina da instituição.

Os conhecimentos sobre os fatores ligados à saúde e às necessidades da população, a experiência em gestão pública, o entendimento sobre o quadro jurídico institucional das organizações públicas de saúde, visão, intuição, capacidade para identificar e analisar problemas e atingir os resultados desejados; tão defendidos por DUSSAULT (1992) como qualidades essenciais dos gestores também não influenciam a utilização do plano.

Por se tratar de um documento que explicita as ações de governo o plano fica relegado a tal função no âmbito da gestão de forma que o saber e a técnica são elementos destacados de tal processo.

Outro fator limitador da utilização do Plano no processo de gestão está relacionado com a missão da organização. Para que o plano seja utilizado é preciso ter clareza da missão.

Não há como formular e muito menos utilizar o plano, se não se sabe o objetivo maior dessa ação que está ligada à contribuição que a organização transfere para a sociedade (TOBAR, 1997).

É a falta de clareza sobre a “Imagem Objetivo” do SUS (PAIM e TEIXEIRA p. 1823) que limita e condiciona o pensamento dos gestores às funções administrativas das secretarias, esquecendo-se eles de que o SER dessas organizações diz respeito ao desenvolvimento de ações que garantam o acesso à saúde de forma universal e igualitária a todos os cidadãos.

A recente descentralização do estado iniciada em 1995 pode também ser considerada mais um dado limitador na utilização do Plano já que há pouco tempo muitos de seus municípios apresentavam escassas mudanças com relação a assumirem seus papéis de gestores da saúde. A descentralização ainda é um processo em muitos deles de forma que a prática da gestão dos serviços locais se dá ainda de maneira incipiente.

Outra questão a ser considerada na não utilização do Plano é a rotina que se sobrepõem ao que é determinado estrategicamente demonstrando, como diz ARTMAN (1993), a tendência em se trabalhar com o que é urgente deixando de lado as metas previamente elencadas.

MINTZBERG (2004) considera inútil a formulação de planos formais se os gestores ao ficarem envolvidos com os problemas emergentes não os utilizarem no processo de gestão.

O mesmo autor discute essa tendência nas organizações e considera a queda do planejamento como algo inevitável no processo de gestão. Avalia que as previsões contidas no Plano formal podem ser falaciosas, e que essa formalidade documental pode engessar a flexibilidade das estratégias de ação.

Acredita-se que os problemas emergentes possuem forte relação com a não utilização do Plano como instrumento de gestão nos municípios estudados. Imagina-se o fato de que por ser visto apenas como documento formal para o cumprimento de normas, o Plano fica qualificado como algo inflexível que não pode sofrer modificações ou alterações quando necessário. Assim, como precisam trabalhar com ações imprevistas voltam-se apenas para o cotidiano da gestão, deixando de lado o “Plano Formal”. Ressalta-se, entretanto, que trabalhar com estratégias emergentes na realidade de incertezas postas pelo cenário de saúde no País significa trabalhar com o que se pode e não com o que se deve e demonstra que se o que foi planejado não é colocado em prática, não significa um fracasso do planejamento e sim uma condição imposta pela realidade da gestão.

Importa observar que a verificação de utilização prática do plano voltada para o controle de processos permeados pela racionalidade e normatização das ações identificada de forma geral em todas as dimensões de análise desse estudo, fortalece o entendimento do que PAIM e TEIXEIRA (2007) chamam de “paradoxos do SUS” - os autores asseveram que o SUS pode obter sucesso como política pública na busca fundamental por melhorias no financiamento, infra-estrutura, gestão e organização, mas pode significar um fracasso na atenção às pessoas, já que a preocupação excessiva com os meios não é suficiente para mudar o “modelo de desatenção no asseguramento da saúde” (p. 1827).

A questão política que envolve as organizações públicas encerra uma forte ligação com a elaboração do Plano e fica visível no discurso apresentado abaixo:

(...) a gente vê desde quais são as prioridades da União, do estado, do município, o prefeito, enquanto gestor, quais as prioridades dele (...) (E6)

Há que se considerar nesse aspecto, o que diz VASCONCELOS (2005) sobre o cenário político inerente às instituições públicas de saúde onde os poderes, saberes, interesses e afetos, permeados por múltiplas racionalidades, estão presentes nos sujeitos, individuais e coletivos que disputam seus projetos. É o intenso processo de disputa dos poderes instituídos no campo da saúde e o conjunto de interesses representados por diferentes atores (profissionais, corporações, indústrias de insumos, governos, processo econômico) também citados por MERHY (1995).

As organizações acabam ampliando as características comuns das relações políticas dentro das secretarias pela existência mútua e recíproca de persuasão, intercâmbio, autoridade e negociação no contexto da gestão LINDBLON (1981).

E finalmente, importa ressaltar, o jogo de poder e de trocas nas relações político-partidárias como obstáculo para a utilização do plano.

A transformação do plano em objeto de debate com um número amplo de atores, considerando-se que o documento significa compromissos de ação pode comprometer a liberdade de ação do gestor, quando não, desgastar a imagem pelo seu não cumprimento na eventualidade de uma pressão social por desempenho na gestão. Sendo assim, torna-se menos comprometedor não utilizar o plano no cotidiano da gestão e mascarar sua importância nesse aspecto.

PAIM E TEIXEIRA (2007) também mencionam as amarras do jogo de interesses presentes nas organizações públicas de saúde e criticam a prevalência da prática de distribuição de cargos em função dos interesses políticos-partidários para garantir “governabilidade” à gestão:

Uma das práticas que mais favorece a corrupção no setor público é a distribuição de cargos sem base em critérios técnicos, visando apenas garantir “pedaços da máquina pública a partidos políticos ou grupos constituídos, que transformam os cargos em balcões de negócios para troca de favores ou apoio em futuras campanhas políticas”. Isto é ainda muito mais grave quando acontece com serviços públicos dos quais depende a vida e a saúde das pessoas. (p. 1827)

Considerando-se a cultura política presente nas sociedades locais, onde não há vigilância cívica sobre a gestão, onde as escolhas se legitimam e se toleram pela inexistência de pressões sociais que defendam os interesses da coletividade e que exijam homens públicos verdadeiramente comprometidos com a população e com os projetos de governo apresentados nos pleitos eleitorais pode-se compreender tal tendência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo permitem algumas considerações, e incitam reflexões, discussões e a possibilidade de novos estudos sobre o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Apesar de ser uma proposta de orientação para a gestão no processo contínuo de desenvolvimento de ações em saúde, é possível que o Plano de Saúde esteja distanciado dessa função no cotidiano das secretarias municipais de saúde.

Considera-se que a não participação na elaboração do Plano por parte dos diferentes atores envolvidos na organização possa se dar pela pouca motivação e o desinteresse gerados pela ausência de responsabilização e envolvimento dos profissionais com as propostas do Plano. Há também o fato de que o Plano não é visto como instrumento de gestão, por isso não é vivenciado na prática.

É sabido que o Plano não foi proposto apenas como formalidade a ser cumprida e esvaziada de sentido prático, mas na realidade dos municípios estudados é isso que acontece. Ocorre que os Planos de Saúde são vistos como recursos que mais servem para cumprir compromissos burocráticos do que como ferramentas inerentes ao compromisso da gestão, para o qual foram criados. Além disso, a obrigatoriedade de apresentação dos Planos de Saúde pelos municípios não garante sua incorporação no processo de gestão local.

A potente utilização dos Planos na condução das ações também fica comprometida pela realidade das organizações de saúde que não dão conta de trabalhar sobre problemas deliberados e emergentes na mesma proporção. Os emergentes acabam sobrepujando as ações programadas.

Considera-se, entretanto, que não utilizar o Plano de saúde no cotidiano da gestão pode ser um fato corriqueiro, sendo provável que outros municípios brasileiros também vivenciem essa realidade. O fato é que se trabalha sobre o que se “pode” e não sobre o que se “deve” fazer. A técnica, a ferramenta, até pode ser interessante e importante como instrumento de gestão no dia-a-dia das secretarias, mas torna-se inviável na prática diária, diante da realidade que essas organizações enfrentam com os

problemas que demandam a utilização de estratégias emergentes em detrimento daquelas possivelmente deliberadas no plano.

Outro obstáculo verificado encontra-se na questão contingencial que impede os municípios de se voltarem mais para as suas demandas, considerando-se nesse aspecto a dinâmica de elaboração da Agenda Nacional de Saúde que incita a prioridade para as metas do ministério.

Assim, ao final deste estudo pode-se dizer que o Plano de Saúde é formulado na perspectiva do recebimento de recursos e como forma burocrática de cumprimento da lei. Não existe no interior das secretarias de saúde dos municípios estudados uma visão prática de sua elaboração, e as questões partidárias que envolvem as escolhas e nomeações para os cargos de gestores encerra forte ligação com as conclusões do estudo já que discutir o plano com vários atores e demonstrar sua importância no processo de gestão pode engessar as relações de interesses e trocas políticas.

A inquietação que fica é se há possibilidade de mudança para essa condição. Se há viabilidade em sua utilização prática no cotidiano da gestão.

E outra questão não menos complexa é: ao ser utilizado no dia-a-dia das secretarias o Plano de Saúde fortaleceria a gestão?

Apesar de ser um estudo de casos múltiplos, a análise sobre a utilização do Plano Municipal de Saúde de uma dada microrregião do estado restringe os resultados da pesquisa, mas ainda assim, permitiu nova leitura sobre o processo e conhecimentos dessa temática, apresentando possibilidades de importantes reflexões acerca do processo de gestão da saúde no país.

Novas investigações que permitam uma visão ampliada nas diversas regiões do estado e do Brasil sobre o processo de formulação do plano, podem contribuir para discussões importantes no que tange ao fortalecimento da gestão local e principalmente da gestão do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artmann, E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993

Artmann, E. Rivera, F.J.U. Regionalização em Saúde e Mix Público-Privado. [pdf], Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_E_Artman [2006 ago 01]

Barata, R. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12(4):555-560, out-dez, 1996

Barros, M. E; Piola, S. F. e Vianna, S. M. Políticas de Saúde no Brasil, Diagnóstico e Perspectivas. In: Textos para Discussão, Ipea: Brasília, 1996; 401.

Bellas, J.L. Estudo de Caso na Prática Educacional, 1998. Disponível em: www.jbellas.psc.br/texto15htm [2006 nov 01]

Binsfeld. L. & Hortale, V.A. Gerência de Unidades Básicas de Saúde no Brasil e Gestão Estratégica: Um Contraponto. [Trabalho apresentando como requisito à obtenção de título de especialista em saúde pública]. Rio de Janeiro: Esc. Nacional de Saúde Pública; 2002.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.

Brasil. Lei nº 8.080/90 (19/09/1990). Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990a.

Brasil. Lei nº 8.142/90 (28/12/1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990b.

Castro, E. Informação para apoio à tomada de decisão em saúde: parâmetros de produção de informação territorializada [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes da USP; 2002.

Campos, G.W.S. Desafios para Novos Modelos de Gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. 1997. Temas, v. 5, p. 23.

_____ O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública, 1998 v 4: p 863-870.

_____ Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: hucitec, 2000.

Carvalho, G. I. & Santos, L. Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

Cecílio. L.C.O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. Cadernos de Saúde Pública, 2000 v 16: p 973-983.

Chiavenato, Administração nos Novos Tempos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Datasus [banco de dados eletrônicos], 2005 disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> [2009 abril, 08]

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, 2007.

Cordeiro, H. Sistema Único de saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial. 1991

Costa, W.G.A. A municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso: evolução e desafios [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2000.

De Toni, J. O que é o planejamento estratégico situacional? Revista espaço acadêmico, [world zip], 2004 n° 32, disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.html>. [2006 julho 20].

Dussault, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. RAP. 1992; 2:8-18.

Freitas H.; e Kladil. C.M. O processo decisório: modelos e dificuldades. Rev. Decidir ano II, Rio de Janeiro. 1995; 8: p 30-34.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil. 2007.

Junqueira, L.P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Ciências Sociais e Saúde (org. A.M.Canesqui). São Paulo: Ucitec/Abrasco; 1997p.173-204.

Junquilha, G.S. Cultura nacional e o “gerente caboclo” frente os desafios da reforma do Estado no Brasil VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

Lazzarotto, E. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde. [dissertação mestrado] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 269-293.

Lindblon, CE. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: UNB, 1981.

Lobo, T. Política social e Descentralização. In: Ministério da Previdência e Assistência Social & Cepal - Projeto: a política social em tempo de crise. *Articulação institucional e Descentralização*. Brasília, 1990; 3: 483- 485.

Lotufo. M. *Gestão Pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES – Mato Grosso em 2001* [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2003.

Lucchese, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. In: *Rev. Planejamento e Políticas Públicas*. 1996; 14: 75-156.

Malik, A.M. & Pena, F.P.M *Administração estratégica em hospitais*. N. de Pesquisas e Publicações FGV 2003; 21:1-92.

Mandelli, M.J. & Fekete, M.C. A administração estratégica em unidades de saúde. In: *Brasil. Ministério da Saúde: Projeto GERUS*. Brasília, 1995; 5: 1-5.

Martins, H. F. Uma política de gestão para o governo Lula. [pdf], disponível em: http://www.hfmartins.sites.uol.com.br/Planejamento/plan_12pdf [2008, dezembro 02].

Matus, C. *O planejamento e programação em saúde: Um Enfoque Estratégico*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

Mazzotti, A. J.A. Usos e Abusos dos Estudos de Caso [pós-graduação em educação]. In *Cadernos de Pesquisa*. Rio de Janeiro. Universidade Estácio de Sá, 2006; 136: 637-652.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A organização da saúde no nível local* (E.V. Mendes, org.) São Paulo: Hucitec, 1998.

Mendes, E. V. *Os Dilemas do Sus*. Tomo I e II, Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1994.

Merhy, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade* (E. Gallo, org.). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1995; 117-149.

Merhy EE. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Caderno de Textos. VERSUS Brasil, 2004.

Minayo, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2a. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro. Hucitec/ Abrasco, 1993.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.290 (13/12/1991). Estabelece a aprovação dos planos de saúde pelos conselhos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1991a.

Ministério da Saúde. Resolução INAMPS/MS nº 273, de 17 de julho de 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1991b.

Ministério da Saúde. Resolução nº 33 (23/12/1992). Aprova a constituição e estruturação dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1992.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 (06/11/1996). Aprova a Norma Operacional Básica/NOB/SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Ministério da Saúde. Políticas de saúde: metodologias de formulação. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de formulação de políticas de saúde, 1998 p. 1-15

Ministério da Saúde. Portaria nº 95 (26/01/2001). Aprova a norma operacional da assistência à saúde-noas-sus 01/2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2001a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 548 (12/04/2001). Aprova documento “orientações gerais, para elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de saúde, do quadro de metas, e do relatório de gestão como instrumentos de gestão SUS”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2001b.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema único de saúde (SUS): Instrumentos de gestão em saúde/ Ministério da saúde, Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Brasília, 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

- Mintzberg, H. Ascensão e queda do Planejamento Estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- Miranda, A. S. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde. Doc de circulação restrita, produzido como trabalho de consultoria técnica para a OPS, Brasil, nov, 2005, 1-9.
- Motta, F. C. P. Teoria geral da administração. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- Motta P.R. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.
- Motta, P.R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- Mottin, L.A. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- Muller Neto, J. S. A descentralização e Seus Atores. Cad. IX Conferência Nacional de saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento, 1992; 26: 43-59.
- Noronha, J.C. Levcovitz, E. - AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito a saúde. In: Guimarães, R. & Tavares, R. (org.) Saúde e sociedade no Brasil anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- Onocko, R. C. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, 2000.
- Paim, J. S. Saúde, política e reforma sanitária. CEPS/ ISC, Salvador, 2002
- Paim, J. S.; Teixeira. C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte Rev. Saúde Pública 2006; 40 :73-8
- Pereira, B. O público não-estatal. Folha de São Paulo, 1995. disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/view.asp?cod=743> [2009, abril,04].
- Pineault, R e Daveluy, C. La determinacion de necesidades. In: La Planificacion Sanitária: conceptos, métodos, estratégias. Barcelona: Masson; 1987. p.49-62.
- Pontes, H. C. Público X estatal. Associação Paulista de Estudos Tributários, 2008. Disponível em: http://www.apet.org.br/artigos/ver.asp?art_id=724, [2009, abril,04].
- Rivera, F. J. U. Planejamento e programação em saúde: Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

Rivero, D.T. Descentralización y sistemas locales de salud: una contribución a la unidad de doctrina. In: Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos-Métodos-Experiencias. Washington: OPS/OMS, 1990.

Santos, WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

Scatena, J. H G. Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2000.

SES - Secretaria de Estado de Saúde. Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes Estratégicas e Projetos Prioritários. Cuiabá; 1995.

SES - Secretaria de Estado de Saúde. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção. Julio Strubing Muller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002.

SES - Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde – PDR. Cuiabá: SES, 2005.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Campo Verde: SMS, 2006.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Itiquira: SMS, 2006.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Pedra Preta: SMS, 2006.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Pluri Anual. Rondonópolis: SMS, 2006.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Pluri Anual. Primavera do Leste: SMS, 2006.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Campo Verde: SMS, 2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Itiquira: SMS, 2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Pedra Preta: SMS, 2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Primavera do Leste: SMS, 2007.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Rondonópolis: SMS, 2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Atas CMS. Campo Verde: SMS, 2006/2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Atas CMS. Itiquira: SMS, 2006/2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Atas CMS. Pedra Preta: SMS, 2006/2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Atas CMS. Primavera do Leste: SMS, 2006/2007

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Atas CMS. Rondonópolis: SMS, 2006/2007.

Tancredi FB. Planejamento em saúde, Série Saúde e Cidadania, Fundação Itaú e Faculdade de Saúde Pública-USP, 1998; 2.

Teixeira CF Epidemiologia e planejamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4:287-303.

Teixeira CF. Informação para tomadores de decisão em saúde pública In: Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. São Paulo: Bireme/ OPAS/OMS, 2004.

Teixeira RA. O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho de enfermagem. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: USP; 2002.

Teixeira SMF. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: Rev. Adm. Pública, 1990; 2: 78-99.

Testa M. O pensamento estratégico e a lógica da programação. São Paulo: Hucitec, 1995.

TCU - Tribunal de Contas da União. Índice de FPE e FPM, 2007 disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/transferencias/fpe_fp [2008, julho 09]

Thompson JR. & Strickland AA. Planejamento estratégico - elaboração, implementação e execução. Pioneira. São Paulo, 2000.

Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. Plan Pol Públicas 1991 (5): 31-51.

_____. Modelos de gestão social, 1997, [pdf], disponível em: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/português/modelos-de-gestão-social.pdf> [2006, julho 22]

_____. Particularidades da Gestão Social. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001a

_____. Modelos de Gestão Social. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001b

Tobar S. Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1999.

Ugá, MAD. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. Planejamento e Políticas Públicas, 1991; 5: 87-104.

Vasconcelos, CM. Paradoxos da mudança no SUS. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005

Viana ALd'A. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: Canesqui AM (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000, p.113-33.

Viana AL; Lima LD; Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, 2002, vol.7, no.3, p.493-507.

Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos, 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE I

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Formação, história e trajetória profissional até assumir o cargo ou função
2. Missão da secretaria. (Por que e para que a secretaria de saúde existe?)
3. Informação para o Plano. (Como são obtidas as informações para definir prioridades e elaborar o plano?)
4. Participação na formulação do Plano (participa? pessoal e de demais atores envolvidos participam?)
5. Como se dá a definição de prioridades (quem, como, a partir de que demanda? de que fatores?)
6. Importância de elaboração do Plano (Acha importante a elaboração do Plano para a gestão?)
7. Importância de utilização do Plano no processo de gestão (Acha importante a sua utilização?)
8. Mecanismos de Controle e Avaliação (Existem mecanismos para controlar e avaliar as ações definidas no plano? Quais? Quem responde pelas ações definidas?)

ANEXO I

Solicitação para Coleta de Dados

Cuiabá..... dede 2007

Excelentíssimo Prefeito,

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização em seu município das entrevistas e demais procedimentos de análise necessários à pesquisa de mestrado que tem por título **O Plano Municipal de Saúde como instrumento norteador da gestão local**. Esse estudo será desenvolvido pela mestrandia **Mirela Rodrigues Padilha**, sob a coordenação da professora **Dra Wildce da Graça Araújo Costa**, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso, com recursos próprios, sem órgão patrocinador e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. O objetivo do trabalho é **analisar a utilização do plano municipal de saúde na perspectiva da gestão local**, em 5 municípios da Microrregião Sul de Saúde entre os quais Primavera do Leste.

A coleta de dados será feita através de entrevistas que serão realizadas com o secretário de saúde e com o responsável pelo setor de planejamento. Uma apreciação do plano de saúde do município elaborado em 2006, dos relatórios de gestão e das atas das reuniões dos conselhos de saúde far-se-á necessária para finalizar os aspectos metodológicos da pesquisa.

As informações coletadas nas entrevistas serão utilizadas para a análise e comporão um banco de dados que após o término da pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora, em local seguro, por um período de 5 anos. Os dados serão divulgados de forma agregada de forma que os sujeitos da pesquisa não serão identificados, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações**.

A participação de seu município é voluntária e haverá liberdade para que os participantes se recusem a responder quaisquer perguntas.

O município poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará nenhum tipo de benefício seja organizacional ou individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores.

Atenciosamente,

Mirela Rodrigues Padilha

Pesquisadora responsável

Assinatura e carimbo do prefeito:

ANEXO II

Universidade Federal de Mato Grosso -UFMT
Instituto de Saúde Coletiva - ISC
Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Sujeito da Pesquisa TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pelo telefone: 36613431 ou pelo e-mail cep@ses.mt.gov.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O Plano de Saúde como instrumento norteador da gestão local

Pesquisador Responsável: Mirela Rodrigues Padilha

Endereço e Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): Av Presidente Kennedy, 31 apto 4 Parque Castelândia – Primavera do Leste - MT

Pesquisadores participantes: Mirela Rodrigues Padilha e Profa Dra Wildce da Costa.

Trata-se de um estudo que está sendo desenvolvido pela mestranda **Mirela Rodrigues Padilha**, sob a coordenação da professora **Dra Wildce da Graça Araújo Costa**, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Mato Grosso.

O objetivo é analisar a utilização do plano municipal de saúde na perspectiva da gestão local.

É uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório e qualitativo onde a investigação dar-se-á através de uma entrevista semi estruturada e de análise documental, buscando compreender como se dá a utilização dos Planos Municipais de Saúde no processo de gestão e planejamento das ações.

Como o estudo busca analisar aspectos da gestão municipal a partir do olhar dos principais envolvidos (gestores municipais), sua participação torna-se imprescindível.

Os dados coletados comporão um banco de dados e após o término da pesquisa ficarão sob guarda da pesquisadora, em local seguro, por um período de 5 anos. Os dados serão divulgados de forma agregada e seu nome não será identificado em nenhum momento, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações**.

A sua participação é voluntária e você tem liberdade para se recusar a responder quaisquer perguntas. O Sr.(a) pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor compreender a gestão para uma condição crônica de saúde, como a hipertensão arterial no seu município e contribuir de maneira mais responsável ao modo de gerenciar os problemas crônicos de saúde e que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores do campo da saúde coletiva.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com os pesquisadores a qualquer momento da pesquisa ou pelos telefones e endereços eletrônicos abaixo.

Caso haja alguma consideração sobre a ética desta pesquisa o Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso pelo telefone – (66) 3661 3134.

Comprometo-me ao término desta pesquisa em divulgar os resultados primeiramente aos profissionais e gestores que participaram da pesquisa. Além disso, os resultados estarão à disposição a qualquer momento e sempre que solicitado. Após, poderão ser veiculados em forma de artigos em revistas especializadas, encontros ou congressos científicos, mantendo sempre o sigilo.

Mirela Rodrigues Padilha
Mestranda

Profa Dra Wildce da Graça Araújo Costa
Orientadora

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO III - SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE		RESULTADOS
ASPECTOS DE GESTÃO	<i>Condicione s da capacidade de gestão</i>	<p style="text-align: center;"><i>Dimensões do município - n.º de habitantes e FPM :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Capacidade Física Instalada - classificação e n.º de estabelecimentos de saúde</i></p>
	<i>Componentes da capacidade de gestão</i>	<p style="text-align: center;"><i>Atributos dos Sujeitos em ação - formação profissional, tempo de serviço em saúde, experiências ant. em gestão e gestão pública.</i></p>

Os municípios maiores deparam-se com demandas diferenciadas daqueles de pequeno porte e acabam tendo dificuldades em utilizar o plano no dia-a-dia da gestão. Voltar ao plano para consultar as ações elencadas torna-se impossível frente ao cotidiano e às responsabilidades que esses municípios tem quanto aos sistemas de referência e contra-referência.

Tempo de formado, especialização/área de formação, e experiência em gestão pública, não condicionaram a utilização do plano como instrumento de gestão e os entrevistados que as possuem, relataram considerar tal importância mas, ao mesmo tempo, negaram a prática dessa tarefa dentro das secretarias:

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	<p><i>Impulso Originário</i></p> <p><i>O impulso originário para a definição de prioridades do plano concentra-se nas demandas políticas e estruturais e a preocupação principal se dá no campo da alocação de recursos atrelada à elaboração do plano.</i></p>	<i>Contingência</i>	<p><i>Influência do ambiente externo às secretarias;</i> <i>Necessidades quando apontadas - preocupação com os meios materiais e financeiros não com as da população;</i></p> <p><i>Perfil epidemiológico é o principal elemento de informação citado pelos entrevistados, seguido pela preocupação com os “meios” - LDO;</i></p> <p><i>Não houveram referências a informações colhidas a partir da demanda dos usuários ou das vivências e participação dos profissionais inseridos no serviço.</i></p> <p><i>Interesses políticos, partidários e de grupos influenciam o processo.</i></p>
		<i>Necessidade</i>	
		<i>Informação</i>	
		<i>Política</i>	

ELABORAÇÃO DO PLANO	<i>Missão</i>	<i>Apesar de terem conhecimento da missão os 3 elementos – o quê, para quem e como - não ficaram claros nos discursos e nas definições apresentadas.</i>
	<i>Participação</i>	
	<i>Finalidade</i>	<i>Pouca participação de outros “atores”/ elaboração gestor e/ou representante esfera tática; Conselhos participam apenas para aprovação do plano;</i>
	<i>Importância</i>	<i>Alocação de recursos e cumprimento da lei é a principal finalidade;</i>
	<i>função prática</i>	<i>Disjunção entre importância dada e função prática: consideram importante a elaboração mas não o utilizam na prática da gestão.</i>

<p><i>MECANISMOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO</i></p>	<p><i>Quando existem são incipientes. Não há definição de responsáveis pelas ações elencadas no plano. 1 citação do relatório de gestão e quadro de metas porém quem faz a ponte de discussão entre o que foi feito e o que estava previsto, é o responsável pelo planejamento que o faz de forma individual e automática. A flexibilidade de utilização dos relatórios para eventuais ajustes no Plano de Saúde não é considerada.</i></p>
<p><i>ASPECTOS DIFICULTADORES DA UTILIZAÇÃO</i></p>	<p><i>Enfoque normativo do planejamento = sujeito que elabora o plano - fora e acima da realidade - alienação dos “atores” com relação ao plano como instrumento de gestão</i></p> <p><i>Falta de clareza da missão – prejudica a utilização porque deve estar clara para que o plano seja vivenciado na prática;</i></p> <p><i>Descentralização recente do estado – prática da gestão local ainda incipiente;</i></p> <p><i>Tendência em se trabalhar com o que é urgente deixando de lado as metas previamente elencadas</i></p> <p><i>Gestores no cargo por indicação política = fortalece a influência política e preocupação com a governabilidade</i></p> <p><i>Plano = compromissos de ação – discussão ampla e utilização na gestão pode comprometer a negociação de interesses, os ajustes, as trocas de favores, as coalisões;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) engessar a liberdade do gestor;</i> <i>b) desgastar a imagem – não cumprimento das ações elencadas.</i> <p><i>Torna-se menos comprometedor não expor o plano a debates.</i></p>

--	--

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)