

# O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil

The strategic planning in the process of implementing the primary health care policy in a town in the metropolitan region of Recife, Pernambuco, Brazil

Karolina Cássia Lima da Silva <sup>1</sup>  
 Erlene Roberta Ribeiro dos Santos <sup>2</sup>  
 Maria do Socorro Mendes <sup>3</sup>

## Resumo

Este estudo qualitativo utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, tem o objetivo de analisar as marcas do planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária municipal, e oferece uma discussão relacionada ao que representantes da gestão da Secretaria de Saúde do Jaboatão dos Guararapes, município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, e do Conselho Municipal de Saúde refletem acerca do planejamento, orçamento e aspectos relacionados à Programação Anual de Saúde, com ênfase na atenção primária à saúde local. Há desconhecimento sobre a coerência das ações de Atenção Primária à Saúde planejadas comparadas às executadas. Isto demonstra que a construção de instrumentos de gestão por vezes serve apenas para atender a uma demanda legal, fazendo-se necessária a ampliação da discussão acerca da prática do Planejamento Estratégico institucional, com vistas a conferir direcionalidade ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde.

**Descritores:** planejamento estratégico, atenção primária à saúde, discurso do sujeito coletivo

**Keywords:** strategic planning, primary health care, collective subject speech.

## Abstract

This qualitative study using the technique of collective subject speech, seeks to examine the marks in the strategic planning process for implementing the policy of municipal primary and offers a discussion relating to the management representatives of the Department of Health Jaboatão Guararapes, Municipality of Metropolitan Recife, Pernambuco, and the Municipal Health Council reflect on the planning, budgeting and other aspects related to the Annual Program of Health, with emphasis on primary health care site. There is a lack of consistency in the actions of Primary Health Care, planned, compared to those performed. This demonstrates that the construction of management instruments sometimes serves only to satisfy a legal demand, making it necessary to expand the discussion about the practice of institutional strategic planning, in order to give directionality to the process of consolidation of Health System.

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. (CPqAM - Fiocruz)

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Coletiva – Docente do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva (NISC) – Universidade de Pernambuco (UPE)

<sup>3</sup> Especialista em Planejamento e Gestão Financeira de Políticas Públicas de Saúde – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ)

Para correspondência:  
 Karolina Lima  
 email:karolina.lima@gmail.com

Data da Submissão: 12/03/2012  
 Data do Aceite: 12/04/2012

## Introdução

O Planejamento surge, enquanto formalidade, em 1917 na sociedade soviética, com a finalidade de satisfazer as necessidades sociais e econômicas dos cidadãos e como uma forma de opor-se aos mecanismos do mercado, apoiados por oferta e demanda<sup>1</sup>.

Apenas em 1948 os primeiros planos foram elaborados pelas nações europeias participantes do Programa de Recuperação Europeia ou Plano Marshall<sup>2</sup>. Destaca-se que o Planejamento se origina como alternativa para superar as crises sociais e econômicas<sup>1</sup>.

De acordo com Teixeira<sup>3</sup>, o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana, realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. Detém enorme potencial para viabilizar o alcance de oportuna resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas, sendo essa uma das principais potencialidades que conferem ao planejamento o caráter estratégico para a qualificação da gestão<sup>4</sup>.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O planejamento nesse setor surge na América Latina na década de 60 com o método CENDES-OPAS de Programação em Saúde. Nele se propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Estabeleceram-se, assim, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos<sup>5</sup>.

As primeiras críticas ao método surgem no início dos anos 70 e referem-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador<sup>5</sup>.

A partir dos questionamentos que o método sofreu ao longo desses anos, outras alternativas de planejamento do setor da saúde têm sido apresentadas. Destacam-se o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus<sup>5</sup>, sendo

considerado o método mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira<sup>6</sup>. Testa avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensamento estratégico, um pensar a ação política em saúde<sup>7</sup>.

O PES é desenvolvido por meio de quatro momentos: a) o explicativo - a realidade é descrita mediante a seleção de problemas relevantes, buscando-se a compreensão ampla do por que esses ocorrem e identificando-se os nós-críticos, que representam os centros práticos de ação; b) o normativo - ocorre a identificação dos atores que integram o problema e dos recursos que esses dispõem para controlar as operações; faz-se a projeção de cenários onde são mapeadas as variáveis de teto (as melhores possibilidades), as de centro e as de piso (as piores possibilidades); c) o estratégico - a análise situacional encontra-se focada na construção da viabilidade e d) o tático-operacional - momento de implementação das ações propostas e na adequação às situações apresentadas<sup>8</sup>.

O planejamento - e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios - é objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde)<sup>9</sup>.

Até 2006, não se dispunha de um processo integrado de planejamento capaz de apoiar os gestores na condução do SUS, embora a Lei Nº. 8.080/90 atribua à gestão federal a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS em cooperação com as demais esferas<sup>10</sup>.

A experiência de construção do I Plano Nacional de Saúde, em 2004, evidenciou a dificuldade institucional e a baixa incorporação de atividades do Planejamento em todas as esferas da gestão do SUS. A partir dessa constatação o Ministério da Saúde assumiu a iniciativa de construir um Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), definido como "a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS", através de um processo de construção coletiva com as secretarias estaduais e municipais de saúde<sup>11</sup>. O PlanejaSUS tem nos seus três instrumentos para

sua operacionalização, a ligação com a teoria de Planejamento Estratégico.

Os instrumentos que dão concretude ao processo de planejamento do SUS foram estabelecidos pela Portaria Nº 3.085/2006 e definidos pela Portaria GM nº. 3.332/2006<sup>11</sup>. Esses instrumentos apresentam as seguintes características:

a) O Plano de Saúde (PS) aborda as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

b) A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à gestão do SUS.

c) O Relatório Anual de Gestão (RAG) registra os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Como se depreende, o PS, a PAS e o RAG são instrumentos interdependentes, indissociáveis, que favorecem a dinamicidade e constância do completo processo de planejamento. Nesse processo contínuo, portanto, não há momentos estanques<sup>4</sup>.

De acordo com Vieira<sup>12</sup>, sem a realização de planejamento, os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira.

O Planejamento Estratégico permite, na área de saúde, além da sua finalidade de organizar as demandas prioritárias com vistas à racionalidade do trabalho institucional, o levantamento de situações dos estágios em que se encontram os municípios quanto à implementação do SUS, que viabiliza a execução da política pública de saúde em implantação no País, a partir da Constituição Federal de 1988, como também a regularidade da utilização das verbas que lhes são transferidas, e sobre os recursos que constituem obrigações municipais decorrentes da Emenda Constitucional nº 29<sup>13</sup>.

A implementação de políticas de atenção primária deve ser considerada como prioridade de

saúde pública no país, nos estados e municípios, como centro ordenador das redes de atenção à saúde<sup>14</sup>, no contexto do Sistema Único Saúde (SUS), respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade, inserindo-as nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Não se pode imaginar que essas funções possam ser implementadas de forma improvisada, pautada no planejamento autoritário, de caráter vertical.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para o fortalecimento da atenção básica à saúde e seu desenvolvimento deve estar de acordo com o Pacto pela Vida que institui a mesma como modelo de Atenção Básica<sup>15</sup>. De acordo com o Plano Municipal do Jaboatão dos Guararapes-PE (2010-1013), a ESF é condição fundamental para o processo de organização e fortalecimento da Atenção Primária. Atualmente a cobertura da Estratégia Saúde da Família é insuficiente para a resolutividade da atenção primária<sup>16</sup>.

Assim, justifica-se o objetivo desta pesquisa que foi analisar as marcas do Planejamento Estratégico no processo de implementação da Política de Atenção Primária, no ano de 2010, no município do Jaboatão dos Guararapes, pertencente à Região Metropolitana do Recife, segundo mais populoso do estado de Pernambuco.

## Percurso metodológico

O estudo optou pela abordagem qualitativa a partir da tipologia de um estudo de caso, pois, permite a possibilidade da investigação com maior profundidade<sup>17</sup>. O instrumento para a coleta de dados foi sistematizado de maneira semi-estruturada.

O ambiente de estudo é o município do Jaboatão dos Guararapes, situado no litoral da Zona da Mata do Estado de Pernambuco, com uma população de 644.699 habitantes<sup>18</sup>. A Cobertura da Estratégia Saúde da Família atual do município é de 48,0%, o qual tem discutido o planejamento estratégico como instrumento que permeia o agir em saúde.

Como sujeitos da pesquisa foram selecionados 07 gestores da Secretaria de Saúde (SESAU) do Jaboatão dos Guararapes, representantes das Gerências de Atenção Primária e Promoção à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência à Saúde, Planejamento (GPLAN),

Regulação Controle, Avaliação e Auditoria, Administrativa Setorial e do gabinete da Gestão da Secretaria de Saúde. A entrevista também foi realizada com um representante do Conselho Municipal de Saúde, perfazendo um total de 08 entrevistas realizadas.

Os dados obtidos nas entrevistas gravadas e transcritas, realizadas entre novembro de 2010 e janeiro de 2011, foram analisados conforme o recurso selecionado do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>19</sup>.

O método é baseado na aplicação de quatro figuras metodológicas: **1. As Expressões Chave** que são transcrições literais de parte do discurso individuais, consistem em trechos contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do discurso ou teoria subjacente; **2. A Idéia Central** refere-se ao nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema das Expressões Chave de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de Expressões Chave ou ainda a afirmação que permite traduzir o essencial do conteúdo; **3. A Ancoragem** define-se como a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer, apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem<sup>20</sup>; **4. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)** que é um discurso-síntese homogêneo de Expressões Chave que tem a mesma Idéia Central ou Ancoragem é o discurso individual, expandido, socializado, mas jamais deturpado.

A utilização do DSC está associada à busca das representações coletivas ou sociais construídas por indivíduos participantes de grupos sociais ou profissionais. É, por isso, um instrumento metodológico que pode ser empregado no estudo do pensamento, isto é, do que os indivíduos que compõem esses grupos pensam e, ao explicitá-lo, representam a partir do seu envolvimento pessoal com o dia-a-dia ou com os fenômenos produzidos num local de convivência ou de trabalho<sup>21</sup>.

A organização dos depoimentos foi realizada, por meio da análise de cada entrevista e extração das Expressões Chave, com suas respectivas Idéias Centrais ou Ancoragens. Em seguida foram agregando-se as Expressões Chave iguais ou equivalentes, que estabeleceram 25 Discursos do Sujeito Coletivo.

Como o Discurso representa as idéias de uma coletividade algumas mudanças foram realizadas nos fragmentos utilizados, no sentido de apresentar a

narrativa uma seqüência clara, e também para excluir possíveis particularidades lingüísticas, mas sem comprometimento do discurso do grupo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco (UPE), registro CAAE 4868.0.000.097-10, e foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes voluntários, segundo as diretrizes da Resolução CNS 196/96.

## Resultados e Discussão

Dentre as perguntas realizadas no estudo, foram abordadas dimensões apresentando formulações discursivas de efeito teorizante, tais como, a compreensão dos sujeitos sobre conceitos de planejamento e orçamento da saúde, as atribuições da Gerência de Planejamento da SESA, os instrumentos de planejamento e sua praticidade, atores que planejam na saúde, além do conhecimento sobre Programação Anual de Saúde (PAS) 2010, seus componentes, função, execução e coerência entre o executado e planejado na PAS, seguindo o roteiro semi-estruturado da entrevista.

Apresentam-se aqui os discursos construídos a partir de suas idéias centrais à luz da literatura sobre os temas abordados. A dimensão *Planejamento em Saúde* apresentou três idéias centrais: instrumento de ação governamental, área-meio de articulação e condução de ações e programação, expressos, respectivamente, nos discursos a seguir.

*DSC 1: É um instrumento que vai construir caminhos, ferramenta muito importante para qualquer órgão administrativo, na estruturação da política de saúde dentro do município, do estado e até mesmo da esfera federal, o Ministério da Saúde, utilizado para planejar o orçamento que vai entrar para poder executá-lo. Esse planejamento pode ser anual ou ele pode ser feito para os quatro anos de gestão.*

*DSC 2: Planejamento é uma área-meio que se articula com todas as outras áreas, tem a responsabilidade de agregar e integrar as propostas de saúde, organiza e planeja as ações e serviços com definição de estratégias, em conjunto, alia todos os instrumentos de gestão e monitora as ações que devem ser feitas de acordo com as*

*necessidades em relação ao que está sendo proposto, às necessidades do município, bem como, as metas e os objetivos que devem ser alcançados na saúde, para frente, para um presente.*

**DSC 3:** *Planejamento em saúde deve ser entendido como a programação mínima para a organização de um Sistema e deve contemplar as diretrizes e os norteadores do SUS.*

O DSC 1 revela representações que se reportam na idéia de Mehry<sup>22</sup> de que o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social.

O DSC 2 está mediado pelo planejamento, no sentido que lhe é atribuído como parte da gestão dos sistemas e serviços de saúde<sup>23</sup>, uma ferramenta para a condução da ação, na medida em que se constitui como um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de propostas destinadas a operacionalizar decisões institucionais<sup>24</sup>.

De acordo com Bahia<sup>25</sup>, o planejamento não se reduz à produção de planos, programas ou projetos. Estes representam apenas uma fase do processo de planejamento, embora se tenha visualizado a programação dentre as representações sociais acerca do terceiro Discurso do Sujeito Coletivo sobre a dimensão do planejamento em saúde.

A abordagem sobre a dimensão *Orçamento da Saúde* na entrevista resultou nas idéias centrais recurso pré-definido e recurso atrelado a instrumentos de gestão:

**DSC 1:** *É um volume de recursos definido especificamente para todas as ações e atividades dentro do SUS, repassados pelo Ministério da Saúde e também pela Secretaria de Planejamento do município, parte dos convênios e outras fontes de recursos, com um teto no orçamento de acordo com o percentual mínimo necessário para as ações de saúde de 15%.*

**DSC 2:** *São gastos futuros em relação às necessidades do município, para os encaminhamentos das políticas de saúde, estruturado e alinhado a partir de um planejamento, o Plano Municipal de Saúde e conseqüentemente, a Programação Anual de Saúde ou plano de ação.*

O DSC 1 demonstra que existe entendimento em relação ao conceito de orçamento da saúde. Em trabalho sobre o financiamento da saúde pública no Brasil, Teixeira e Teixeira<sup>26</sup> relatam que o SUS, representou um novo paradigma para as políticas públicas de saúde, visto que a responsabilidade pelo provimento dos serviços é compartilhada entre os três níveis de governo.

Entretanto, quando se analisa a relação intergovernamental do percentual mínimo entre a união, estado e municípios no orçamento da saúde do estado de Pernambuco, observa-se representada a inexistência de critérios de alocação eqüitativa de recursos, de acordo com Bezerra<sup>27</sup>.

A Lei Nº 8.142/90, no seu Art. 4º, expressa que dentre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde<sup>28</sup>. Portanto, o DSC 2 está em consonância com a integração dos processos de planejamento e orçamento.

Ao se questionar sobre a dimensão *atribuições da GPLAN/SESAU* o DSC oferecido corrobora com o Plano Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes 2010-2013<sup>16</sup>, relatando que em 2009, a Secretaria de Saúde criou a Gerência de Planejamento entendendo a importância de uma gerência que se reunisse com as demais e regionais, a partir da formação de um grande fórum com reunião mensal desde 2009, denominado Núcleo Gestor Ampliado, para formular as políticas de saúde visando intensificar o modelo de atenção, acompanhar e avaliar as ações, orientados pelos problemas e necessidades de saúde. A idéia central girou em torno da afirmação de que dentre as atribuições da GPLAN/SESAU estavam a articulação, consolidação e estratégia:

**DSC:** *É a espinha dorsal e setor estratégico da Secretaria de Saúde que elabora os instrumentos importantes de uma gestão em saúde e se articula com todas as outras Gerências e trabalha em conjunto para o alcance das metas, sistematiza, organiza, e monitora as ações, serviços e indicadores de saúde.*

Outra dimensão abordada foi os instrumentos normativos de planejamento conhecidos

pelos sujeitos da pesquisa, estabelecendo complementaridade entre os Discursos apresentados a seguir, cujas idéias centrais foram: A - Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Plano de Saúde; B - Diagnóstico situacional; C - Sistemas de informação em saúde; D - Monitoramento e avaliação e E - Outros planos, programações, relatórios e leis.

*DSC 1: Acredito que, do ponto de vista normativo, sejam o Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual ou Nacional, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.*

*DSC 2: O Perfil epidemiológico, condições socioculturais, produção de serviços e bens, e indicadores de saúde.*

*DSC 3: Acho que sistemas de informação são utilizados para planejar na saúde.*

*DSC 4: Acho fundamental destacar o monitoramento e avaliação das ações de saúde que é uma peça fundamental dentro do planejamento, dentro da execução da política de saúde no SUS.*

*DSC 5: Os Planos de ação, Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Plurianual (PPA), Relatório da Conferência Municipal de Saúde, Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).*

O DSC 1 demonstra que os participantes reforçam em suas falas os instrumentos que dão concretude ao processo de planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria Nº 3.085/2006 e definidos pela Portaria Nº 3.332/2006, de acordo com Brasil<sup>4</sup>, pautados na normatividade.

O Ministério da Saúde<sup>29</sup> revela que é oportuno reiterar, igualmente, que o Plano de Saúde, a respectiva Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos interligados, conseqüentes, que resultam do processo de planejamento que se busca construir no SUS, sob a forma de uma atuação sistêmica. Os três instrumentos são interdependentes e articulados, o que inviabiliza qualquer esforço voltado a trabalhá-los isoladamente, até porque são partes consecutivas e contínuas de um mesmo processo, que é o planejamento.

Com relação ao DSC 2, de acordo com Giovanella<sup>7</sup> um dos principais elementos que Testa apresenta para um processo de planejamento é o diagnóstico. Mais do que uma série de procedimentos, os diagnósticos constituem um

quadro de análise para se pensarem os problemas de saúde, um modelo explicativo orientador do esmiuçamento da realidade, necessário para o levantamento e compreensão dos problemas de saúde.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger às relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor, subsidiando o planejamento, de acordo com Branco<sup>30</sup>, cuja citação corrobora com o terceiro DSC.

No tocante ao monitoramento e avaliação no setor saúde, conforme o DSC4, o investimento vem se expandido muito, com várias iniciativas que analisam ações e serviços, bem como a gestão. A gestão, as questões organizacionais, processos, produtos e não somente resultados e impactos são dimensões passíveis de avaliação no âmbito do SUS. Isso se torna mais evidente quando esse investimento está relacionado a iniciativas voltadas a resgatar ou construir uma cultura de planejamento no âmbito do SUS, tendo como cenário uma conjuntura de complexidades e desafios<sup>4</sup>.

O DSC 5 relaciona-se com Brasil<sup>28</sup>, o qual demonstra que os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem ser compatíveis, em cada esfera de governo, com o PS, a PAS e o RAG. Estes também, portanto se configuram como instrumentos de Planejamento, além da definição dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização da Saúde, que são o Plano Diretor de Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento - PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde - PPI, ressaltado por Brasil<sup>31</sup>.

Embora os DSC acima tenham coerência com planejamento em saúde em caráter mais abrangente, destaca-se que a idéia central sobre instrumentos de planejamento no ponto de vista normativo foi abordada apenas no DSC 1.

Quanto à aplicação, no cotidiano, destes instrumentos, a maioria dos entrevistados disse que estes são aplicados na prática. Os próximos discursos que apresentaram antagonismo entre si são sobre a dimensão *Forma de aplicabilidade dos*

instrumentos de planejamento, cujas idéias centrais foram: coletivamente e não são totalmente aplicados na prática, respectivamente.

*DSC 1: Aqui em Jabotão tenta-se colocá-los em prática coletivamente, o que dá vida ao planejamento e a esses instrumentos é a forma como você os constrói, se você tem várias áreas, gerências, atores construindo esse planejamento, esses instrumentos de fato ganham a cara das pessoas que estão participando, portanto elas se sentem muito mais responsáveis e consegue-se colocá-los em prática, não ficar só como letra morta, dá impacto aos indicadores, ao acesso a política de saúde da população e consegue-se ter bons resultados.*

*DSC 2: Acredito que a forma normativa de se fazer o planejamento baseado no instrumento duro acaba engessando um pouco a possibilidade de você utilizar esses instrumentos de uma forma que se possa adaptá-los e modificá-los em função das condições e necessidades epidemiológicas que se encontram, sendo sua aplicabilidade incipiente, porque ainda hoje há uma prática muito eclética e artesanal dentro do setor saúde.*

O Plano Municipal de Saúde do Jabotão dos Guararapes<sup>16</sup> aponta que a metodologia de trabalho adotada para a aplicabilidade dos instrumentos de planejamento é de construção participativa por todas as áreas técnicas, para a construção dos instrumentos de gestão, tais como: Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, bem como, o Plano Plurianual, o Termo de Compromisso de Gestão e as Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, dentre outros. Este planejamento também envolve a participação social que teve suas propostas consolidadas na Conferência Municipal de Saúde. Isto se reporta ao DSC 1.

O DSC 2 está intrinsecamente vinculado à seguinte citação:

*"Muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz de contas, uma espécie de "pra não dizer que não falei de flores", sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população<sup>32</sup>."*

A dimensão atores que planejam na saúde

apresentaram duas idéias centrais, a de que todos planejam e a de que todos deveriam planejar:

*DSC 1: Eu acredito que são todos que planejam, todo o núcleo gestor da Secretaria de Saúde formado por gerentes, coordenadores, chefes de núcleo e técnicos, que contribuem para o planejamento, de forma descentralizada.*

*DSC 2: Quem deveria planejar seriam técnicos da área de saúde pública, agregando-se o controle social, que tenham em mente todos os dados da situação de saúde local.*

Observa-se no DSC 1, que quando os documentos são elaborados com a participação maior das pessoas e quando sensibilizam e comprometem os reais interessados na mudança da situação, eles têm uma chance maior de influir na realidade. Podem ser capazes de transformar a situação atual em uma nova situação. São, portanto, úteis para consolidar a prática do planejamento nas instituições e para reeducar seus agentes na explicitação das medidas adotadas e na subordinação ao controle democrático da população, ou seja, ao exercício da cidadania<sup>25</sup>. Tem-se observado que, em todas as organizações e ambientes onde se estabeleceu o planejamento como uma prática permanente de participação, desenvolveu-se uma cultura em que há maior compromisso das pessoas para com a instituição<sup>5</sup>.

Os discursos a seguir fazem interface com os componentes da Programação Anual de Saúde 2010, resultando em três idéias centrais: A - ações a serem executadas em 2010, B - recursos orçamentários necessários e C - programa/área.

*DSC 1: Estão previstas todas as ações a serem executadas em 2010, reformar unidades, capacitações, pagamento da folha de contratados, inaugurar Estratégia de Saúde da Família, compor equipes de saúde da família, contratar profissionais de nível superior, implantar Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, ações de manutenção da rede, que vai desde a área de vigilância, pactuadas nacionalmente pelo ministério da saúde, secretaria estadual de saúde e pelos municípios, as principais ações da assistência e da atenção primária, ampliação da atenção de média complexidade, tanto no âmbito ambulatorial, como no âmbito hospitalar, abertura de novas unidades, municipalização*

do hospital geral daqui do município que é do estado, casado a isso, eu trabalho toda a parte administrativa, pra cada ação a sua correspondência ao recurso financeiro ou orçamentário, se estava previsto ou não.

**DSC 2:** . O recurso que vai ser definido para uma ação, quanto esta ação vai permitir que haja interface com outros setores e os parceiros envolvidos, são alguns componentes que têm na programação.

**DSC 3:** As áreas, Atenção Primária e Promoção à Saúde, a Assistência de Média e Alta Complexidade e tem o componente de Gestão, que junta o Planejamento e Regulação e o Administrativo, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica que está dentro da área da Média e Alta Complexidade, mas como é um componente de financiamento separado, então ele ficou separado.

Os DSCs 1, 2 e 3 corroboram os conceitos apresentados pelo Ministério da Saúde<sup>33</sup>, o qual relata que na Programação, são detalhadas – a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde – as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano. É importante identificar também as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos. Cabe assinalar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área de planejamento ou, no caso de não existir, por uma equipe designada para tal. Em outras palavras, isso significa que a Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica, as programações de áreas específicas.

Quanto à função da Programação Anual de Saúde, foram encontradas duas idéias centrais, *elencar prioridades* e *controlar e avaliar*, das quais geraram os seguintes discursos:

**DSC 1:** Acho que é retirar a fatia do Plano Municipal de Saúde para aquele ano, nortear nossas ações, com detalhamento destas e definir quem é que seriam as prioridades daquele ano a ser executado, sem permitir que a gestão fuja do foco, fazendo a ordem cronológica do que é tido como prioridade para o alcance das metas.

**DSC 2:** É um instrumento de controle e avaliação para que a gente possa reprogramar, adaptar ou modificar as metas no ano seguinte.

De acordo com o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), a PAS operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à gestão do SUS<sup>4</sup>, corroborando com o que o DSC 1 revela.

O DSC 2 marca a presença de uma importante representação, que é interessante porque mostra a visão de que a função da PAS é de controlar e avaliar, sendo que quem realiza esta função é o Relatório Anual de Gestão (RAG). Na portaria nº 3.332/06, Brasil<sup>34</sup> afirma que o RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Deve ser elaborado na conformidade da PAS e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle, devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência, tendo essa avaliação por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

A maioria dos entrevistados relatou que conhece a PAS 2010 do município, com destaque para o relato de um dos sujeitos:

“[...] não só conheço (a Programação Anual de Saúde 2010), como também participei ativamente da construção dela [...]” (Entrevistado 8)

Os discursos a seguir e a tabela 1 se referem à aplicabilidade dos Instrumentos de gestão na operacionalização das ações de Atenção Primária na 5ª Regional (Prazeres), estando representadas as idéias centrais Reorganização de Equipes de Saúde da Família, Campanhas de vacinação e capacitações, Reorganização de um CAPS Transtorno, Análise em andamento e não sabe.

**DSC 1:** Organizar as Equipes de Saúde da Família. A gente não chegou a implantar, mas a gente estruturou, a gente tirou de uma unidade pra outra unidade, a gente colocou

equipamentos, a gente implantou o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) na regional e contratou profissionais de nível superior.

**DSC 2:** Acho que foram campanhas de vacinação e capacitações que tinham sido planejadas para integrar a Atenção Primária com ações de Vigilância em Saúde.

**DSC 3:** Acho que foi a reorganização do CAPS, de um CAPS transtorno.

**DSC 4:** Veja, nós estamos ainda fazendo uma análise do ano de 2010. Então a gente a gente está fazendo essa análise eu não consigo lhe dizer quanto foi executado. Eu posso lhe dizer o quanto foi executado da PAS 2009, porque nós fizemos essa análise geral, não foi por regional ainda em 2009, mas conseguimos executar 67%. Isso foi um dado do relatório de 2009. Com relação a 2010 ainda está sendo analisado.

**DSC 5:** De pronto, não sei dizer.

Primária na 5ª Regional reforçam a baixa propriedade acerca do tema pelos entrevistados, ou até mesmo a não compreensão deste no momento da entrevista, como mostra o DSC 2, 3 e 5. O DSC 5 demonstrou, inclusive, o desconhecimento da utilidade das informações. De mesmo modo, quando questionados se as ações executadas na Atenção Primária, na 5ª Regional, foram coerentes com o planejado, a maioria não soube responder.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, a Programação Anual de Saúde é avaliada em baixa proporção na maioria das Secretarias de Saúde dos municípios brasileiros. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, a proporção de Secretarias que realizam a avaliação é ainda menor que nas regiões Sul e Sudeste<sup>33</sup>.

O DSC 4 utiliza como justificativa para a ausência desse conhecimento a análise inconclusa da PAS 2010 no momento da realização da pesquisa, além da não disponibilidade do dado regionalizado. O resultado da execução orçamentária de 2010 está expresso na tabela 1.

Atividade	Orçamento Anual atualizado	Executado (R\$)	Executado (%)
<b>2162 – Atenção Básica</b>	<b>47.336.321,00</b>	<b>33.604.858,29</b>	<b>70,99%</b>
2167 – Média Complexidade	52.444.380,00	39.779.699,68	75,85%
2169 – Assistência Farmacêutica	9.102.102,00	3.564.008,22	39,16%
2171 – Vigilância em Saúde	8.866.287,00	6.306.738,44	71,13%
2174 – Gestão do SUS	9.518.224,00	8.283.415,32	87,03%
2175 – Conselho de Saúde	139.643,00	134.832,13	96,55%
<b>TOTAL</b>	<b>127.406.957,00</b>	<b>91.673.552,08</b>	<b>71,95%</b>

Fonte: Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Jabotão dos Guararapes

Tabela 1. Demonstrativo da composição da receita aplicada nos serviços de saúde. Jabotão dos Guararapes, 2010.

De acordo com Jabotão dos Guararapes<sup>16</sup>, a Secretaria de Saúde tem como prioridade a ampliação da rede de atendimento da Estratégia de Saúde da Família, melhorando o acesso da população aos serviços de saúde, na perspectiva da regionalização, em consonância com o DSC 1, embora não tenha atingido a meta de implantar 03 equipes de Saúde da Família na 5ª regional, de acordo com a Programação.

Respostas superficiais sobre o que realmente foi executado das ações planejadas de Atenção

Comparado à informação presente no DSC 4, que revela que a PAS 2009 teve execução orçamentária de 67%, a Programação Anual de Saúde 2010 obteve um percentual de execução de 71,95% no total, sendo as atividades 2162 – Atenção Básica e 2171 – Vigilância em Saúde, 70,99% e 71,13%, respectivamente, o que mostra que houve aumento de 5%, aproximadamente.

Cabe referir que as informações geradas pela Programação não têm sido exploradas

potencialmente pelos gestores, tendo em vista a verificação da baixa propriedade deste instrumento de gestão ou até mesmo o seu desconhecimento, necessitando, de uma forma geral, de um maior investimento no fortalecimento das habilidades e competências dos gestores e dos técnicos em saúde para o uso das possibilidades ofertadas pela Programação; fundamental para otimizar o Sistema de Saúde analisado.

Segundo Campos<sup>35</sup>, o planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Assim, a gestão participativa como resposta a diretriz da participação da comunidade no SUS, pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde.

### Considerações Finais

O estudo do processo de implementação da política de atenção primária mostrou-se de fato conveniente e importante e o Discurso do Sujeito Coletivo como técnica de agregação de depoimentos permitiu conhecer o conjunto de representações sociais dos discursos dos gestores da Secretaria de Saúde do Jaboatão dos Guararapes que configurou uma cadeia de idéias significantes e argumentativas.

O conjunto dos depoimentos revelaram que existe um desconhecimento sobre a coerência das ações de Atenção Primária à Saúde planejadas, comparadas às executadas, o que demonstra que a construção de instrumentos de gestão por vezes serve apenas para atender a uma demanda legal, embora a maioria dos Discursos apresentados sob diversas dimensões tenham sido positivos segundo as referências utilizadas.

Pode-se ainda inferir que o planejamento local da Secretaria de Saúde do Jaboatão dos Guararapes não conseguiu se personificar enquanto Planejamento Estratégico Situacional na gestão, tampouco na ponta do Sistema Único de Saúde, embora tenha havido o movimento de implantação de reuniões, grupos de trabalho e oficinas, configurado como Núcleo Gestor Ampliado.

O planejamento, por si só, não dá conta da complexidade do processo de gestão de um sistema em transição, necessitando estarem articuladas outras tecnologias de gestão que, conjugadas, permitam ao gestor manter a direcionalidade do seu projeto político. Registra-se que o município lutou por maior autonomia, e o seu estabelecimento é uma tarefa nada simples, indubitavelmente.

Nesta pesquisa ficou demonstrado que se faz necessário ampliar a discussão acerca da prática de Planejamento Estratégico institucional, com vistas a conferir direcionalidade ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, para assim ser útil não apenas como ferramenta de avaliação de desempenho organizacional, principalmente em relação à Atenção Primária à Saúde, mas também como um instrumento facilitador expressivo do posicionamento necessário ao processo de planejamento, sendo capaz de favorecer a aplicação da sua potencialidade, corroborando de forma eficiente para a consolidação deste Sistema no município do Jaboatão dos Guararapes.

### Referências

1. Giardina A, Ortega LE, Rodriguez C. Planificación estratégica y método de proyectos. 69p. 2005.
2. Testa M. Tendências em Planejamento. In: Pensar em Saúde, 1992, 89-125. Porto Alegre. Porto Alegre: 89-125.
3. Teixeira C. Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
4. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília; 2010a.
5. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: São Paulo; 1998.
6. Campos RT. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001, 6(1):197-207.
7. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública* 1990 Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, June 1990.
8. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta paul. Enferm.* 2005, 18(2).
9. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Lei N°. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
10. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília; 2010b.
11. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos. Brasília; 2007.
12. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2009.
13. Bahia. Ministério Público do Estado da Bahia. Caderno de Metas 2009. Bahia: Ministério Público do

- Estado da Bahia, 2009. p. 31-37.
14. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Manual de Estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília; 2006a.
  15. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília; 2006b.
  16. Jabotão dos Guararapes. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Jabotão dos Guararapes: Gerência de Planejamento, 2010.
  17. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Editora Cortez, 1998, 163 p.
  18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010.
  19. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS, 2000.
  20. Lefèvre AMC et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. Saude soc. 2002, 11(2).
  21. Sales F, Souza FC, Jobin VM. O Emprego da abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na Pesquisa em Educação. Linhas 2007, 8(1).
  22. Mehry EE. Razão e Planejamento. 1ª ed., São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994. 118p.
  23. Rivera FJ, Artmann E. Planejamento gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJ. Análise estratégica e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003. p. 17-35.
  24. Vilasboas AMQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública 2008, 24(6).
  25. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. SUDS-BA. Plano Estadual de Saúde (1988-1991). Sesab, Assessoria de Planejamento. Salvador, 1987.
  26. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciênc. saúde coletiva 2003, 8(2).
  27. Bezerra AFB. Avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação dos dados no uso da tecnologia da informação. Relatório de Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Pesquisa Saúde - DECIT/SCTIE/MS; 2008. Disponível em: <<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php?lg=BR>> Acesso em: 25 maio 2011.
  28. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva : orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília; 2009a.
  29. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2009b.
  30. Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad. Saúde Pública 1996, 12(2).
  31. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Portaria N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília; 2006c.
  32. Paim JS. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: Ceps- ISC, 2003.
  33. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa - esfera municipal. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília; 2008.
  34. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Portaria N° 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília; 2006d.
  35. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. Cad. Saúde Pública 2000, 16(4).