

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Processo de Trabalho e Planejamento em Saúde

Ana Cleide Mineu Costa
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Elza Bernardes Ferreira
Eurides Florindo de Castro Júnior
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Paola Trindade Garcia
Regimarina Soares Reis

PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

São Luís



2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Reitor

Prof. Dr. Antonio José Silva Oliveira

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Othon de Carvalho Bastos Filho

Diretor do Núcleo de Educação a Distância – UFMA

Reinaldo Portal Domingo

Coordenador Pedagógico do Núcleo de Educação a Distância – UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez;

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas;

Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira;

Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa

Projeto de design

Eurides Florindo de Castro Júnior

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Edílson Thialison da Silva Reis

Revisão de texto

Fábio Allex

Revisão de conteúdo

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Processo de trabalho e planejamento em saúde / Ana Cleide Mineu Costa; Judith
Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016.

67 p. : il. (Cadernos de Saúde da Família n. 3)

ISBN: 978-85-7862-476-7

1. Planejamento em saúde. 2. Processo de trabalho. 3. SUS/saúde pública. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Ferreira, Elza Bernardes. III. Castro Junior, Eurides Florindo de. IV. Garcia, Paola Trindade. V. Reis, Regimarina Soares. VI. Título.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microfilmagem, gravação ou no outro, sem permissão do autor.

INFORMAÇÃO SOBRE OS AUTORES

Ana Cleide Mineu Costa: graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), especialização em Planejamento e Gestão em Saúde pela UFMA, mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA, doutorado em Saúde Coletiva pela UFMA. Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde, assessora de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, enfermeira e assessora especial da Secretaria Adjunta de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão).

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira: graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialização em Radiologia Odontológica e Endodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestrado e doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutorado/professora visitante pela Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill - EUA. É professora associada do Departamento de Odontologia I, professora dos programas de pós-graduação em Odontologia e em Saúde do Adulto e da Criança da UFMA, coordenadora da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e do Provab/UFMA. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: tecnologia e inovação em educação na saúde, repercussões das alterações bucais sobre a saúde da mulher e Atenção Primária à Saúde.

Elza Bernardes Ferreira: graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestrado em Ciências da Saúde pela UFMA, especialização em Radiologia Odontológica pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), em Programa de Saúde da Família pela Universidade Potiguar (UNP), em Gestão de Sistemas e Saúde pela UFMA, em Educação a Distância pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente é aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e faz parte do corpo da Coordenação da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA), nos cursos de especialização em Saúde da Pessoa Idosa e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Eurides Florindo de Castro Júnior: graduação em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pelo Centro Universitário do Maranhão (Ceuma), especialização em Gestão de Negócios pelo Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (IBMEC-RJ) e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Design (PPGDG) pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Possui experiência em Gestão Educacional na modalidade presencial e a distância, Gestão de Negócios, Gerenciamento de Tecnologias e Hiper mídias. É membro do grupo de pesquisa Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação (SAITE), registrado no CNPQ.

Judith Rafaelle Oliveira Pinho: graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), especialização em Estatística pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Gestão Pedagógica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docência no Ensino Superior pela UFMA, Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela UFMA. Fellow Faimer Brasil - 2015. Professora adjunta da Faculdade de Medicina da UFMA e membro do Núcleo Pedagógico da UNA-SUS/UFMA, atuando na área de Ensino na Saúde, Epidemiologia, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Informática em Saúde.

Paola Trindade Garcia: graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha (CEST), especialização em Metodologias Ativas pelo Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), especialização em Saúde da Família pela CEST e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA. É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFMA e professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. Possui experiência profissional na área de Saúde Coletiva e em Fisioterapia, com ênfase na Atenção Básica em Saúde e afins, bem como em educação a distância e em metodologias ativas. Atualmente é coordenadora de design instrucional da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde.

Regimarina Soares Reis: graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), especialização em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), especialização em Gestão Pedagógica pela UFMA, mestre em Saúde Coletiva pela UFMA e doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Atualmente é coordenadora do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS NECESSIDADES DE PLANEJAMENTO	15
	REFERÊNCIAS	19
3	O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO	21
3.1	Por que planejar?	21
3.2	Planejamento estratégico	23
3.2.1	A proposta do PPLS	27
	REFERÊNCIAS	30
4	O PLANEJAMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
4.1	Apropriação do território	34
4.2	Reconhecimento e os enfrentamentos de problemas	38
4.3	O enfoque situacional no planejamento	42
4.4	A participação social no planejamento das ações em saúde	43
	REFERÊNCIAS	48
5	GESTÃO DO CUIDADO E DE SERVIÇOS DE SAÚDE	51
5.1	Instrumentos de gestão	52
5.2	Organização da gestão em saúde: esferas de gestão	55
5.2.1	Atribuições comuns a todas as esferas administrativas	57
5.2.2	Atribuições federais, estaduais e municipais	59
5.3	Regionalização	62
	REFERÊNCIAS	65

PREFÁCIO

O novo conceito ampliado de saúde, proposto com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no fim da década de 1980, trouxe consigo a necessidade de desenvolvimento de novas técnicas e habilidades para a gestão da saúde pública, a fim de que seus princípios doutrinários pudessem ser contemplados.

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família pressupõe a modificação do antigo modelo, caracterizado por uma assistência à saúde com enfoque curativista, por um modelo mais amplo, determinado pelo trabalho interdisciplinar, em equipe e com efetiva participação popular.

É justamente nesse ponto que esta obra assume papel importante para os profissionais de saúde da atenção básica, abordando temas relativos ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, à gestão do cuidado e do serviço de saúde e à operacionalização do planejamento estratégico, habilitando-os para assumir funções de planejamento e de gestão na busca pela efetiva resolutividade da assistência.

Prof. M.e Claudio Vanucci Silva de Freitas

1 INTRODUÇÃO

Esta obra traz quatro capítulos que irão ajudar a compreender a importância das ações de planejamento em saúde, bem como o contexto histórico no qual foram incorporadas as ações de planejamento no SUS.

O capítulo intitulado **“O sistema de saúde brasileiro e as necessidades de planejamento”** aborda o contexto de inserção do planejamento nas ações de saúde. Na sequência, o capítulo **“O planejamento como instrumento de gestão”** trata da aplicabilidade das ferramentas gerenciais do planejamento nas ações de saúde. As fases de operacionalização do planejamento dentro do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família são assunto do capítulo **“O planejamento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família”**. Por fim, o capítulo **“Gestão do cuidado e de serviços de saúde”** aborda a organização da atenção voltada para o atendimento dos problemas de saúde da população.

Ementa: o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família com vista à interdisciplinaridade, intersetorialidade, gestão do cuidado e do serviço de saúde e a importância da participação social, planejamento estratégico participativo, operacionalização do planejamento estratégico.

2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS NECESSIDADES DE PLANEJAMENTO

Ana Cleide Mineu Costa, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Paola Trindade Garcia

O objetivo deste capítulo é compreender o contexto de inserção do planejamento nas ações de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde, direito de todos, dever do Estado”, aconteceu em 1986, com a participação da sociedade civil organizada e foi o marco da mudança do sistema de saúde brasileiro.

Os marcos legais e normativos do SUS são, principalmente, a Constituição Federal, promulgada em 1988, e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo território nacional as ações e serviços de saúde. A Legislação Orgânica da Saúde é composta ainda pela Lei Complementar nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros; e pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Esta estabelece como princípios e diretrizes do SUS: universalização dos direitos à saúde; descentralização com direção única para o sistema; integralidade da atenção à saúde; participação popular visando ao controle social.

A universalidade do direito à saúde significa a garantia a todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, de acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, representado por uma rede hierarquizada e com tecnologia de acordo com cada nível.

A direção única significa a distribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis de governo, considerando que quanto mais próximo o gestor estiver dos problemas da comunidade, mais chance de resolvê-los terá.

A integralidade da atenção à saúde diz respeito ao fato de o usuário ser visto no sistema como um ser integral, sendo atendido em todos os níveis de complexidade, de acordo com a necessidade.

A participação popular visando ao controle social se dá por meio das entidades representativas, participando do processo de formulação de políticas e controlando a execução das ações (MACHADO, 2007).

O processo de descentralização do SUS permite aos municípios assumir o papel de ator estratégico, com vistas a dispor de serviços, com a cooperação técnica da União e de Estados. Além da garantia Constitucional, destacamos o Decreto nº 7.508/11 que permite essa prática.

Contudo, reconhecendo-se todo o esforço para a cooperação entre os gestores, com intuito de ordenar e integrar as ações visando à operacionalização do sistema, faz-se necessário o planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080.

O planejamento na área de saúde surge na América Latina na década de 1960, sob a influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), portanto antes do surgimento do SUS. Para a CEPAL, o desenvolvimento dos países estava condicionado à substituição das importações pelo aumento da produção

interna. Nesse contexto, ao planejamento é atribuído o papel de elemento de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado.

O desenvolvimento proposto pela CEPAL era compreendido inicialmente como crescimento econômico, mas a partir de 1960 foi agregada a ideia de redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políticas sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado passa a ser uma premissa, e é nesse cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde. O esforço metodológico para a representação operativa desse cenário foi desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado na Venezuela (a partir da Universidade Central) e apoiado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Surge então o método CENDES-OPAS de programação de recursos de saúde, que atualmente tem pouco uso por sua baixa praticidade e seu mecanicismo, mas deixou importantes conceitos sobre custo-benefício das ações em saúde ou, por exemplo, sobre a transcendência social dos agravos à saúde.

Além disso, o método trouxe uma proposta de priorização de danos à prevenção; de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos, entre outros. Sua possibilidade de aplicação na sociedade brasileira revelou-se muito precária em virtude do baixo poder de interferência do Estado sobre o setor de saúde, dominado em boa parte por interesses privados, e pelos excessos tecnocráticos e economicistas característicos do paradigma normativo do planejamento.

Atualmente a gestão da saúde tem sido caracterizada pela flexibilidade, tendo como base a necessidade de reforçar as possibilidades de tomada de decisão de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções.

Essa flexibilidade tem uma dimensão política que envolve questões complexas, pois no setor de saúde atuam e interagem diversos atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Essas questões determinam uma área de atuação em que as instâncias organizativas do SUS devem assumir papéis diferenciados, de acordo com a natureza dos problemas em foco, adotando estratégias que variam segundo o cenário político e institucional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2_planejasus_2ed.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 5 jan. 2015.

_____. _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

COELHO, M. T. A. D; ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O Clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 444 p.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. 1ª ed. São Carlos: EdUFSCar; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. 2007. 331 p.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. 2014. 9 p. (Saúde & Cidadania).

3 O PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Ana Cleide Mineu Costa, Eurides Florindo de Castro Júnior, Regimarina Soares Reis

O objetivo deste capítulo é analisar as ferramentas gerenciais do planejamento e sua aplicabilidade nas ações de saúde.

Ao contrário do que é colocado pelo senso comum, o planejamento não é somente teoria, utopia, mas antes de tudo um compromisso para a ação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade (PAIM, 2006).

3.1 Por que planejar?

Alice – Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato – Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice – Não me importa muito onde.

Gato – Nesse caso, não importa por qual caminho você vá.

Esse diálogo do livro *Alice no País das Maravilhas* é muito interessante para iniciarmos nossa discussão sobre planejamento, afinal, planejamos para atingir alguma meta ou objetivo. Se não definirmos aonde queremos chegar, ficaremos à mercê da sorte e das circunstâncias, numa posição de fragilidade não aceitável para o setor de saúde.

Em seu dia a dia de trabalho você consegue definir com clareza todas as metas a serem alcançadas? Talvez atingir 100% de cobertura vacinal esteja entre as atividades de planejamento da maioria dos gestores de saúde, mas para você é claro quem é essa população? Onde ela mora, como ela convive em sociedade ou que significado ela dá para a saúde?

Quem planeja as ações? Quais fatores são considerados para fazer o planejamento delas?

O planejamento apresenta-se fortemente enraizado como instrumento nos processos de trabalho na gestão nas organizações, assumindo-se como um elemento importante de controle. Entretanto, a superação dos processos da lógica capitalista das empresas é construída a partir da substituição dos sujeitos históricos desses processos, pelos sujeitos históricos sociais. Aqui, encontra-se o pensamento estratégico no âmbito do planejamento, na resignificação do papel dos sujeitos.

Planejar não garante o alcance dos objetivos previstos, mas certamente aumenta a chance de alcançá-los. Desse modo, o planejamento também se apresenta como um instrumento de ação governamental para a formação de políticas públicas, buscando intervir nos processos socioeconômicos com maior chance de sucesso. Fundamental ressaltar que “sucesso” precisa ser entendido como a melhoria da situação de saúde da população. O planejamento não pode ser um fim em si mesmo.

IMPORTANTE!

Para Teixeira (2010), a programação em saúde no Brasil começa efetivamente em 1965, com o método CENDES-OPAS, fundamentado no diagnóstico de saúde, com indicadores de nível de saúde a partir de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, destacando a quantificação de variáveis populacionais, principais doenças e agravos, grupos mais afetados, faixas etárias mais atingidas e riscos mais relevantes.

Mesmo com enfoque normativo na área da saúde, seus pressupostos e métodos continuam até a atualidade, principalmente no desenvolvimento de programação de ações e serviços, com foco na racionalização de recursos do SUS, particularmente na pactuação entre prestadores públicos e privados.

Em um ambiente de mudanças rápidas, como o setor de saúde, planejar é uma tarefa complexa, pois exige a capacidade de prever e enfrentar riscos, manejar incertezas e identificar informações fundamentais no ambiente interno e externo de forma permanente.

Nesse sentido, o enfoque estratégico no planejamento em saúde se configura como a tendência em voga, uma vez que as ações propostas têm sua viabilidade analisada do ponto de vista dos atores envolvidos, a partir dos recursos (políticos, cognitivos, econômicos etc.) controlados por eles, em um determinado contexto. Assim, os sujeitos são recolocados em um espaço de autonomia e corresponsabilização e são assumidas diversas explicações da realidade.

REFLETINDO!

Na prática, como o planejamento das ações pode facilitar o seu processo de trabalho?

3.2 Planejamento estratégico

O Planejamento Estratégico em Saúde (PES) surgiu em meados da década de 1970 como tentativa de reconhecimento da complexidade, buscando introduzir as ideias de superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar (ARTMANN & RIVERA, 1999).

Em sua proposição para o planejamento em saúde, Mário Testa destaca a importância da participação no processo de elaboração das propostas programáticas estratégicas, pois possibilitaria a acumulação de poder para os dominados e as mudanças da relação de poder, por meio de formação de uma consciência sanitária social da classe. Propõe formas organizativas internas, democráticas para a construção da igualdade das relações de poder, com equipe colaborativa e possibilitando a participação

social, fazendo com que a população se estabeleça como um ator social nesse processo (VIEIRA, 2009).

Ao considerarmos o planejamento como um processo, de acordo com Carlos Matus, em 1996, identificamos quatro momentos fundamentais: **momento explicativo, normativo, estratégico e tático operacional**. Vejamos abaixo o que cada momento representa



Momento explicativo (RIVERA, 1989)

São identificados os problemas presentes em uma dada situação e observadas as oportunidades para a ação, respondendo às seguintes perguntas: quais (problemas) e por quê (ocorrem). Aqui, questionam-se as oportunidades e os problemas enfrentados pelo ator que planeja.



Momento normativo

Aqui, deveremos definir os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que deve ser feito.



Momento estratégico

São estabelecidos o desenho e os cursos de ação para que sejam superados os obstáculos e as dificuldades, expressando o que deve ser e o que pode ser feito.



Momento tático operacional

É a etapa de concretização das ações.

Para uma melhor compreensão do planejamento, entretanto, faz-se necessária a diferenciação entre alguns produtos oriundos da ação de planejar:



Veja que dispusemos os conceitos de forma interligada, pois eles deverão estar sempre juntos.

Há que se destacar ainda que plano e planejamento muitas vezes são tomados como sinônimos, quando na verdade são coisas diferentes. O plano é o produto do ato/processo de planejamento.

Agora que conhecemos o significado de plano, programa e projeto, precisamos operacionalizá-los, e, para isso, formular questionamentos sobre seus propósitos, oportunidades e problemas, é fundamental. Quando estiverem orientados por problemas de estado de saúde, estes

deverão ser identificados no momento explicativo, por meio de sistema de informação em saúde (SIS) disponível, indicadores de saúde, inquéritos epidemiológicos, oficinas com profissionais e comunidade, devendo-se sempre buscar todas as fontes de informação disponíveis (TEIXEIRA, 2001).

Os dados, no entanto, sempre que possível, deverão estar desagregados em nível espacial (território), demográfico (idade, sexo, raça), socioeconômico (renda, estrato social, ocupação) e ser problematizados por meio de reuniões técnicas ou oficinas realizadas com os atores. Nesses momentos, o estado de saúde e os dados epidemiológicos deverão ser discutidos exaustivamente, problematizados à luz do conhecimento científico existente. Dessa forma, devemos chegar às causas e determinantes do problema (TEIXEIRA, 2001).

PARA SABER MAIS!

Os dados para embasar as ações de planejamento poderão ser obtidos no DATASUS. Acesse: <<http://www.datasus.gov.br/>>.

A realidade de saúde apresenta uma multiplicidade de fatores de risco, doenças e agravos que atingem diferentes grupos populacionais de diversas formas. Há muitos atores sociais interessados na situação de saúde, portanto, devem participar o maior número de representantes da comunidade, como lideranças, profissionais de saúde, de modo a possibilitar a expressão de diversas perspectivas sobre o problema (VILASBÔAS, 2004).

Uma vez estabelecido o problema, a preocupação passa a ser como resolvê-lo, ou seja, o que fazer para solucioná-lo.

O primeiro passo é estabelecer o objetivo para cada problema ou conjunto de problemas e, em seguida, as metas, caso seja possível quantificar o objetivo.

O objetivo geral diz respeito à linha de ação; os específicos, às ações necessárias para cumprimento do geral. Estamos, portanto, no momento

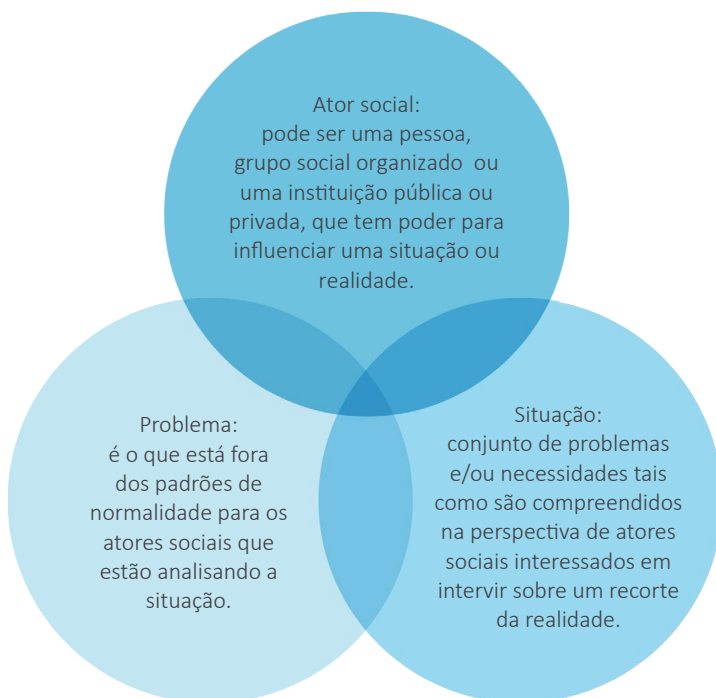
normativo. É nessa fase que deveremos identificar e quantificar os recursos necessários, com estimativa financeira para execução das ações.

Faz-se necessário efetuar a análise de coerência entre os objetivos, de factibilidade, ou seja, saber se a tecnologia, estrutura e recursos estão disponíveis, além da viabilidade do plano, programa ou projeto. Em seguida, iremos para o momento estratégico, onde serão consideradas as ameaças, as oportunidades, fortalezas e superação das dificuldades.

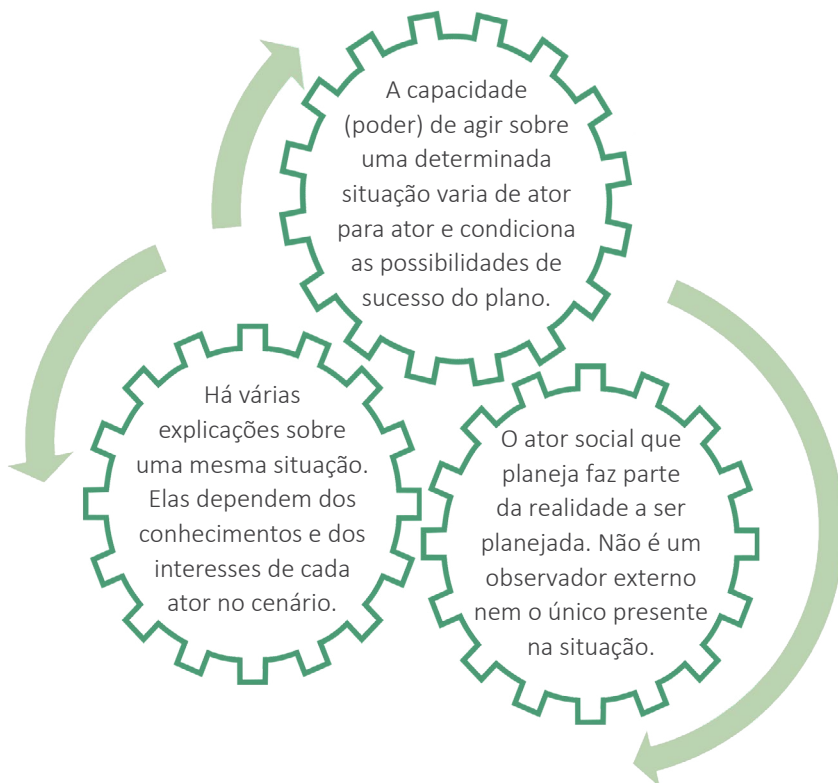
Nessa concepção do planejamento, Vilasbôas e Teixeira (2001) elaboraram a proposta do PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde).

3.2.1 A proposta do PPLS

Partiremos, para melhor compreensão do método proposto por Vilasbôas e Teixeira (2001), da definição de:

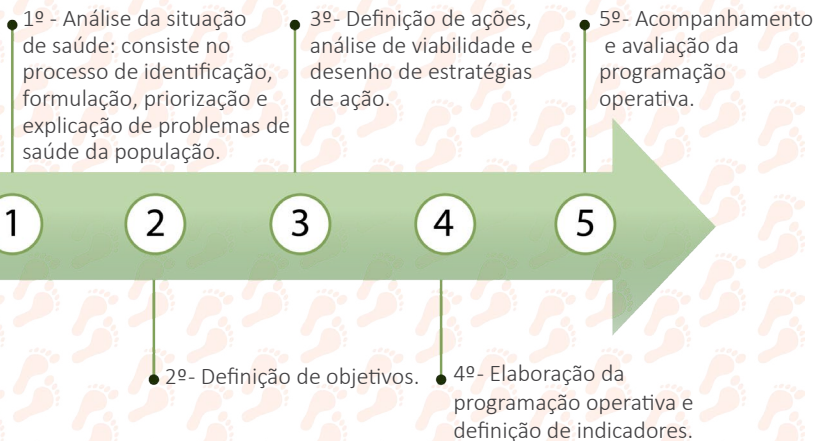


Aspectos que devem ser observados:



A proposta de condução do PPLS de Vilasbôas (2004) é de realização de oficinas de trabalho, para elaboração de um plano de ação para a vigilância à saúde. Essa proposta pode ser aplicada em qualquer recorte territorial. As oficinas são reuniões que ocorrem mediante processo de discussão para obtenção de consenso. Para conduzir as oficinas, é importante definir um coordenador e facilitadores (um facilitador para cada 25 participantes).

Os momentos do PPLS:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de planejamento em saúde deverão estar presentes no dia a dia da prática assistencial. Ao final de sua leitura, esperamos que você compreenda a importância do desenvolvimento de atividades planejadas e como o planejamento se incorporou nas ações de saúde.

Conhecer a realidade local é fundamental para atuar em conformidade com o que preconiza o Planejamento e Programação Local em Saúde.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E.; RIVERA, J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 23 set. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez., 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MATUS, Carlos. Planejamento Estratégico-Situacional. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. vol. 2, 222 p.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 117-149.

PAIM, J. S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2006.

PREBISH, R. **Introducción a Keynes**. Mexico City: Fondo de Cultura Económica, 1947.

RIVEIRA, F. J. U. **Planejamento em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>>. Acesso em 28 de set. 2015.

RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. v. 2. 222 p.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador, Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001. 80 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14 (Supl. 1), p. 1.565-1.577, 2009.

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

VILASBÔAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (Org.) **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27. (Série Cadernos Técnicos, 2).

4 O PLANEJAMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Cleide Mineu Costa, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Elza Bernardes Ferreira

O objetivo deste capítulo é compreender as fases de operacionalização do planejamento dentro do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Já se sabe que o trabalho em saúde deverá considerar os fatores de risco, doenças e agravos que irão se manifestar de maneiras diferentes em cada população. Desse modo, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família requer dos profissionais um reconhecimento da realidade local para atuar de modo mais específico na prevenção e controle de doenças e agravos.

A proposta metodológica de Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), inspirada no enfoque estratégico de Carlos Matus, poderá auxiliar as equipes de saúde na operacionalização do planejamento das ações. O PPLS compreende as seguintes ações: análise da situação de saúde, definição de objetivos e ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias de ação, elaboração da programação operativa e definição de indicadores, acompanhamento e avaliação da programação operativa.

O Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) é sistematizada nessa perspectiva.

4.1 Apropriação do território

O primeiro passo para que seja realizada uma programação local em saúde é o conhecimento do território. Esse diagnóstico é seguido pela análise da situação de saúde, uma análise que envolve, principalmente, o diagnóstico da comunidade, assim como o estudo da demanda.



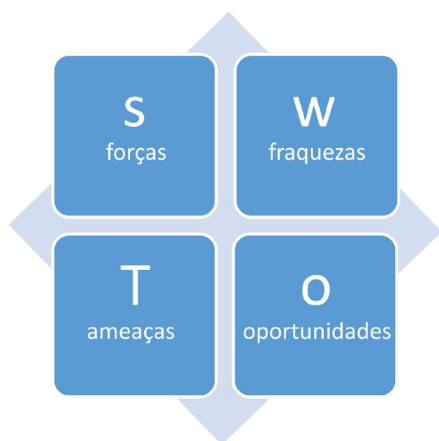
O diagnóstico deve compreender questões epidemiológicas, destacando-se os índices de morbidade e mortalidade, os riscos existentes e potenciais, além dos determinantes como destino adequado de dejetos, água, lixo, fatores socioeconômicos (renda, transporte, nível educacional, ocupação etc.), que conduzem ao conhecimento da população. Para que esse diagnóstico seja efetivado, faz-se necessário um sistema de informação em que os dados sejam confiáveis, portanto, a equipe da Atenção Primária precisa estar consciente de sua responsabilidade e compromisso, não obstante a necessidade de ultrapassar os muros da unidade de saúde. Além dos sistemas de informação oficiais, relatórios da Secretaria de Saúde devem ser consultados, assim como profissionais e a comunidade.

A realização de um diagnóstico da situação de saúde de uma dada população de um território pressupõe termos acesso ou produzirmos informações de qualidade, do contrário, o plano estará à mercê de inúmeros imprevistos.

Uma ferramenta útil na análise de cenários é a matriz SWOT. Trata-se de um instrumento estrutural da administração que visa avaliar os ambientes interno e externo para subsidiar a definição de estratégias.

O termo SWOT é um acrônimo das palavras “strengths (forças)”, “weaknesses (fraquezas)”, “opportunities (oportunidades)” e “threats (ameaças)” (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). É usual também a sigla FOFA. Na análise de cenários no âmbito da saúde, pode ser aplicada a departamentos e equipes/áreas técnicas ou de gestão para facilitar a compreensão do cenário, contribuindo com o diagnóstico situacional. Quando construída pelos diversos atores envolvidos na realidade sob análise, é uma potente ferramenta para o planejamento participativo.

Figura 1 – Exemplo de matriz SWOT.



FORÇAS - pontos fortes internos à organização (área/equipe/departamento). O que se faz bem? Quais recursos existentes? Pelo que é reconhecido?

OPORTUNIDADES - forças externas que influenciam positivamente a organização. Não há controle sobre essas forças (mudança na política econômica, novos investimentos, por exemplo).

FRAQUEZAS - pontos internos passíveis de melhoria. Mão de obra capaz? Estrutura suficiente?

AMEAÇAS - forças externas que influenciam negativamente a organização. Não há controle sobre essas forças (cortes de investimentos, por exemplo).

A partir da análise da matriz, é possível subsidiar a definição de estratégias para aproveitar ao máximo as forças e oportunidades identificadas, assim como desenvolver estratégias que amenizem as fraquezas e preparem para o enfrentamento das ameaças. Com isso, as estratégias deixam de ser genéricas para serem específicas e direcionadas às características do contexto. A matriz pode subsidiar o desenvolvimento de qualquer nível de planejamento.

Como método de implementação, sugere-se promover oficinas que possibilitem aos setores/equipes representarem suas realidades por meio da matriz SWOT.

Além das informações obtidas diretamente das equipes, as quais conformarão os cenários, será necessário consultar os sistemas de informação para conhecer a caracterização da população, de suas condições de vida, do seu perfil epidemiológico e do sistema municipal de saúde.

O agente comunitário de saúde, por exemplo, ao iniciar a produção dos dados na Atenção Primária, deverá coletá-los e computá-los nos instrumentos específicos. Os dados registrados deverão ser computados no Sistema de Informação em Saúde. Os dados do relatório desses sistemas, entretanto, deverão ser contextualizados e transformados em informação (dados trabalhados), após serem discutidos pela equipe.

As informações deverão ser repassadas à comunidade. Dados de estrutura, como recursos humanos disponíveis, recursos materiais e financeiros também deverão ser levantados. A partir disso, serão identificados os problemas relacionados ao estado de saúde da população ou relacionados ao sistema de serviços de saúde.

Para esses dois tipos de problemas serem identificados, é importante proporcionar um momento coletivo envolvendo os diversos atores, a fim

de realizar o diagnóstico situacional, bem como a identificação e explicação dos problemas.

O QUE É UM PROBLEMA?

É uma realidade insatisfatória, mas superável. Por exemplo: insuficiência de recursos, deficiência estrutural, processos de comunicação ineficientes etc.

Os problemas devem ser explicitados por meio de frases curtas, objetivas e claras, de modo que todos os atores possam entendê-los. Nesse momento cada participante do processo de planejamento elabora os problemas a partir de sua visão ideológica, de sua experiência profissional e de suas próprias expectativas enquanto membro de um grupo. Em seguida, convém agrupar os problemas por áreas temáticas para que seja conformado um plano.

Após a identificação dos problemas, deve-se começar a elencar as ações para enfrentá-los, certo? Na verdade, ainda não. É preciso conhecer bem os problemas, suas causas e consequências para o planejamento das ações ser exitoso. Para enfrentar um problema devemos atuar sobre suas causas e não somente sobre suas consequências.

Nessa perspectiva do planejamento estratégico situacional, que busca compreender as relações causais, deve ser feita a análise do problema priorizado por intermédio do instrumento gráfico denominado árvore explicativa de problemas. No caule desta é identificado o problema central levantado; nas raízes, as causas; e nas folhas, as consequências. Esse procedimento deve ser repetido até que seja esgotada a rede explicativa dos problemas. A vantagem em usar esse modelo esquemático é que você pode ter uma visualização mais ampla dos problemas, causas e consequências.

Figura 2 - Modelo esquemático da árvore explicativa de problemas.



AGORA É COM VOCÊ!

Identifique uma situação-problema, em sua comunidade, que mereça intervenção e trace uma estratégia para solucioná-la.

4.2 Reconhecimento e os enfrentamentos de problemas

Uma vez realizada a análise da situação de saúde em um território (corresponde à primeira fase do PPLS), é hora de enfrentarmos os problemas.

No campo da saúde os problemas identificados são inúmeros e geralmente tem uma rede explicativa bastante complexa. Então, faz-se necessário priorizar os problemas levantados.

POR QUE PRIORIZAR?

Em geral, não é possível estabelecer ações e mobilizar recursos para resolver todos os problemas de uma só vez. Além disso, a maioria dos problemas possui interface com os demais, sendo, muitas vezes, causa ou consequência entre si. Daí a necessidade de priorizar (TEIXEIRA; VILASBÔAS; DE JESUS, 2010).

Na perspectiva do planejamento estratégico, são recomendados os critérios abaixo relacionados para a priorização de problemas (MATUS, 1993).



Uma possibilidade é a utilização de uma tabela que aponte os critérios acima citados, em debate com o grupo envolvido no processo de planejamento, bem como pontuar cada critério de priorização do problema.

Após a priorização, estabeleceremos o que fazer, definindo-se o objetivo geral, referente ao problema como um todo, e os específicos, referentes às causas do problema.

Dentre os principais problemas observados na elaboração de projetos, está a construção de objetivos difusos, ou seja, pouco claros e sem foco, de difícil entendimento de onde se quer chegar. Quando são bem formulados, os objetivos expressam claramente a situação que se deseja alcançar.

Um caminho possível é tomar a árvore explicativa dos problemas como referência e propor objetivos com foco na modificação das situações insatisfatórias.

Para fins de monitoramento, é fundamental ainda a definição das metas. Estas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito (BRASIL, 2009).

Estabelecidos os objetivos, definiremos então as ações para atingirmos cada objetivo específico, fazendo, para tanto, a análise de viabilidade das referidas ações. Considerando as dificuldades e as facilidades, deveremos traçar estratégias que neutralizem as ameaças e potencializem as fortalezas. Feito isso, poderemos detalhar as ações (atividades) e apontaremos os atores responsáveis pela execução e os prazos.

A partir daí, deveremos monitorar a execução das ações por meio de indicadores pré-estabelecidos e, ao final, avaliarmos o cumprimento dos objetivos.

Indicador é um índice que reflete uma determinada situação, a partir da relação entre variáveis. Permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas (BRASIL, 2009). Por exemplo: percentual

de equipes capacitadas; proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica; cobertura da Estratégia Saúde da Família.

4.3 O enfoque situacional no planejamento

No fim da década de 1970, o economista chileno Carlos Matus desenvolveu uma perspectiva abrangente de política, planejamento e governo, baseando-se no conceito de situação, que é vista como um “conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social” (MATUS, 1996). O referido autor define problema como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social e nos traz um novo conceito: a planificação. A planificação situacional refere-se ao ato de “governar” em situação compartilhada. Para tanto, algumas considerações gerais são necessárias, segundo Rivera (1989):

- Planifica quem governa, ou seja, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir.
- A planificação refere-se ao presente. Tudo o que faz a planificação para simular o futuro é muito útil, entretanto, é somente um produto intermediário cujo produto final é a decisão que preciso tomar hoje. Contudo, esta decisão não deve ser racional se não consegue transcender o presente, pois o que ocorrer no amanhã dará eficácia à decisão tomada.
- A planificação necessita de um cálculo situacional ligado à ação no presente, ou seja, um cálculo complexo, afetado por recursos escassos que traduzem diversas dimensões da realidade.
- A planificação refere-se a oportunidades e problemas reais.
- A planificação é inseparável da gerência. A única forma de fazer com que a planificação funcione é que responda às necessidades de quem gerencia. O plano situacional é um conjunto de operações que correspondem a uma forma concreta de produção. Cada operação é uma missão atribuída a alguém que controla o meio organizativo de produção.

- A planificação situacional, por definição, é necessariamente política. Não podemos ignorar o problema político porque um dos recursos que limita nossa capacidade de produção social das ações são as restrições do poder. Na planificação situacional, o político não é um dado externo. Esta planificação internaliza as questões políticas como variáveis e trata de operar com elas.
- A planificação nunca está referida à adivinhação do futuro. Deve considerar as incertezas de possíveis variantes que escapam à nossa vontade e poder.
- A planificação não é monopólio nosso. Nosso plano enfrenta oponentes que também planificam. A ideia central da planificação estratégica consiste em considerar que, além de nós, há outros atores na realidade que planificam com objetivos diferentes do nosso.

A planificação não domina o tempo nem se deixa enrijecer por ele. O tempo é uma variável crítica de otimização. Por sua vez, a ideia da planificação em prazos distintos surge do fato de que esses espaços de tempo são independentes.

4.4 A participação social no planejamento das ações em saúde

A Lei nº 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir desse marco legal, foram criados os conselhos e as conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando conquistamos esses espaços de atuação da sociedade na lei, começou a luta para garanti-los na prática (BRASIL, 2006).

A participação da comunidade no SUS é regulamentada a partir da Lei nº 8.142/1990, que define a composição dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990). No entanto, a proposição desse controle social não é apenas a formação de quórum para deliberação nos conselhos; a população (representada por um membro do conselho) deverá ter suas necessidades ouvidas e consideradas em todo processo de decisão.

Portanto, as ações de saúde deverão ser planejadas em conjunto com a população alvo.

A participação social não deverá estar restrita aos Conselhos de Saúde, devendo ser incentivada e valorizada no dia a dia das unidades de saúde. O que ocorre normalmente é a organização do trabalho mediante o saber das profissões e isso não garante que as práticas de trabalho se complementem (BRASIL, 2009a). Dessa forma, entendemos que a gestão participativa é um instrumento de grande valia para essa mudança. E o que é gestão?

A gestão tem por objeto o trabalho humano que deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores; a gestão em saúde é entendida pela capacidade de lidar com conflitos e pensar em modos de resolvê-los, estabelecendo diretrizes para análise e ação das equipes nas organizações de saúde (BRASIL, 2009).

Ela se torna necessária porque, a partir dos processos de gestão, seremos capazes de identificar as necessidades dos usuários, e isso é de extrema importância dentro das ações de planejamento na Atenção Básica, sendo assim a maneira de sistematizarmos a gestão participativa.

Vejamos abaixo como a gestão participativa se desenha de acordo com o Ministério da Saúde:

- **Mecanismos institucionalizados de controle social**, representados pelos conselhos de Saúde e pelas conferências de Saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.
- **Processos participativos de gestão**, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras

setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, polos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

- **Instâncias de pactuação entre gestores**, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de Saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de Saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS (BRASIL, 2009b).

O Ministério da Saúde ainda considera como mecanismos de gestão participativa:

- **Mecanismos de mobilização social** que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.
- **Processos de educação popular em saúde** desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.
- **Reconstrução do significado da educação em saúde** que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.
- **Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade)** caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde (BRASIL, 2009b).

REFLITA COMIGO!

Como são realizadas as ações de planejamento na unidade de saúde onde você atua? O usuário é chamado para compartilhar? Caso contrário, o que fazer para esse processo de gestão ser participativo?

AGORA É COM VOCÊ!

Em que etapa do processo de planejamento em saúde a participação social deverá ser mais ativa? No quadro abaixo, apresentamos um resumo dos principais itens a serem abordados em um planejamento ou plano. Leia-os com atenção e anote nos espaços em branco suas necessidades. Mãos à obra!

Diagnóstico situacional	Objetivos	Metas
Busque uma justificativa para seu plano. Identifique indicadores sociais e de saúde locais, caracterize o município e sua população. Dessa maneira você construirá um embasamento teórico.	Trace um objetivo geral e os objetivos específicos, eles o ajudarão no desenvolvimento das ações.	Aponte, por exemplo, quantas pessoas serão atingidas com a execução do plano ou pactue a redução ou elevação de indicadores.
Impactos esperados	Estratégias / Métodos / Avaliação	Parcerias
Aqui você irá descrever o que se espera após ou durante a execução do seu plano.	Descreva como você fará para atingir seus objetivos, quais recursos serão utilizados e qual a população atingida. Aponte ainda quais serão as estratégias de monitoramento e avaliação do plano. A construção em etapas facilita e organiza o cumprimento do plano.	Estabeleça parcerias, isso é de grande importância para que suas ações se concretizem.

Atores envolvidos	Custos	Tempo para execução
Descreva a função e quem serão os envolvidos no desenvolvimento do plano.	Estabelecer os custos é indispensável, isso será fundamental para avaliar a viabilidade do que foi planejado.	Estabeleça prazos para início das ações e o momento de avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos aqui como o processo de planejar poderá ser útil em diversas ações no campo da saúde: na assistência, na educação em saúde e ainda na gestão. Você pôde perceber que conhecer o local de atuação e identificar os problemas traçando estratégias para enfrentá-los será fundamental em todo o processo de planejar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 22 maio. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. (Série B. textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 22 maio. 2013.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações**. 1. ed. 13ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993, 590 p. v. 2.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. 222 p. v. 2.

Leitura complementar:

ARTMANN, E.; RIVERA, J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Seção 1, p. 39/40. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/upload/portaria/portaria_3085.pdf>. Acesso em 6 out. 2013.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995. p. 117-149.

PAIM, J. S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (Org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2006.

OLIVEIRA, R. G. de et al. Organização da Atenção. In: OLIVEIRA, R. G. de et al. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009. p. 97-123.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

_____. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001. 80 p.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; JESUS, W. L. A. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-75.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68 p.

_____; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância em saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (Org.) **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27. (Série Cadernos Técnicos, 2).

5

GESTÃO DO CUIDADO E DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ana Cleide Mineu Costa, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira, Judith Raffaelle Oliveira Pinho, Regimarina Soares Reis

As linhas de cuidado estabelecidas passam, fundamentalmente, pela organização da atenção, o que pressupõe um modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população, que deverá ser a promoção de equidade e da integralidade da atenção.

Ao compreendermos as linhas de cuidado como “percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, gerando fluxos entre os pontos de atenção à saúde, podendo ser estrutura física, como hospitais, centros de diagnóstico, postos de saúde, equipe de saúde e profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf) e outros, buscando evitar a fragmentação do cuidado”, deve-se considerar a rede de atenção em um determinado território (OLIVEIRA et al., 2009).

Os marcos organizativos da atenção em níveis de complexidade são: atenção primária, atenção de média complexidade e alta complexidade. A atenção primária, considerada o eixo estruturante e ordenador do modelo, deve ser capaz de identificar e resolver as situações de morbidade (alcançando 85% de resolutividade), os riscos existentes e potenciais, de forma a evitar a excessiva demanda para os outros níveis, não obstante a garantia de acesso aos níveis de maior complexidade, assegurado pela referência e contrarreferência, além da regulação.

Para que a atenção integral seja consolidada, pressupõe-se o planejamento integrado das ações. É primordial que as equipes e os

diferentes níveis de gestão estejam articulados, estabeleçam protocolos, reorganizem os processos de trabalho, promovam a intersetorialidade, visando à promoção, prevenção e reabilitação.

5.1 Instrumentos de gestão

Resgatar ou construir a cultura de planejamento no SUS é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Esse avanço é atestado pela significativa demanda por informações a respeito. Há muito não se discutia tanto sobre essa função. A consolidação de uma cultura, por outro lado, é um enorme desafio e, certamente, assim continuará por um longo tempo. Afinal, trata-se de mudança de postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais.

O processo de formulação do Plano Nacional de Saúde do ano de 2004 evidenciou a necessidade da construção de um planejamento que desse o direcionamento ao Sistema Único de Saúde. Diante dessa demanda, o Ministério da Saúde promoveu, em 2005 e 2006, oficinas macrorregionais com a participação de gestores e técnicos das três esferas de governo. O resultado oriundo das oficinas foi o PlanejaSUS.

Portanto, o PlanejaSUS surgiu com o objetivo de coordenar o planejamento no âmbito do SUS, de estabelecer elementos e características para dotar os gestores, aproveitando a experiência acumulada, e, segundo as especificidades de cada esfera de gestão, de formularem o planejamento necessário para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

O PlanejaSUS é definido como a ação contínua, articulada e solidária das áreas de planejamento das esferas de gestão do SUS. A forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único.

Deve ser entendido como uma estratégia para efetivação do SUS (BRASIL, 2009). O PlanejaSUS integra o pacto pela saúde e seu funcionamento está relacionado às medidas de resolubilidade que decorrem dos instrumentos que compõem o elenco básico.

Com o Decreto nº 7.508/2011, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria nº 2.135/2013, o processo de planejamento do SUS foi atualizado, sendo revogadas as Portarias nº 3.085/06, nº 3.332/06 e nº 3.176/08, que tratam da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS, de orientações sobre os instrumentos de planejamento e de orientações sobre o Relatório de Gestão. Fica então revogado o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS da forma como foi concebido nas três portarias.

A Portaria nº 2.135/2013 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, com os seguintes pressupostos:

I - Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - Monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão.

VI - Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.

VII - Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

INSTRUMENTOS BÁSICOS DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS

Portaria nº 2.135/2013

“O **Plano de Saúde** - instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos - explicita os compromissos do governo para o setor da saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.”

“A **Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as suas metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.”

“O **Relatório de Gestão** é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.”

Os instrumentos de gestão deverão ser submetidos, na íntegra, ao Conselho de Saúde, para que sejam submetidos à aprovação.

REFLITA COMIGO!

Como as ações propostas no PlanejaSUS poderão contribuir para melhoria da assistência à saúde?

5.2 Organização da gestão em saúde: esferas de gestão

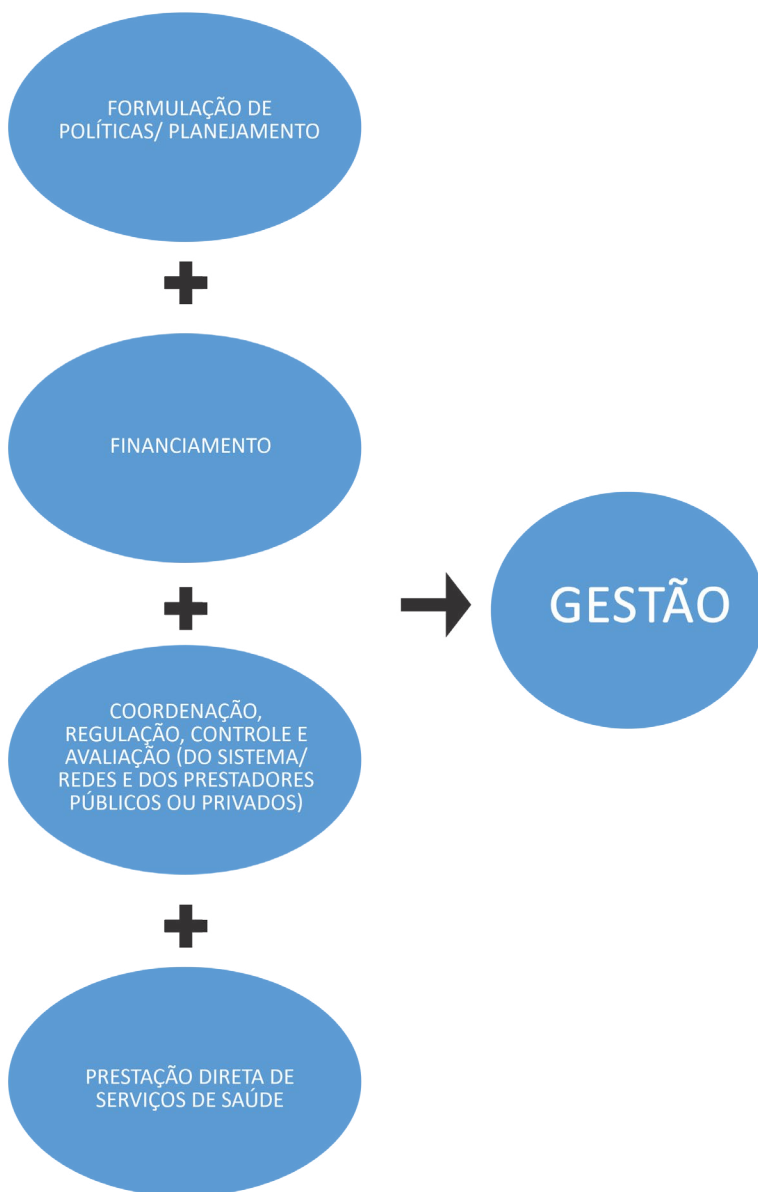
Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais (BRASIL, 1997).

Desde a implantação do SUS, foram consolidadas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Vamos conhecer o papel de cada uma dentro do SUS.

Antes de avançar na discussão, vamos entender a diferença entre dois conceitos: gestão e gerência.

Gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS.

Gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).



E a estrutura institucional e decisória do SUS é basicamente constituída por:



Somando-se a essas instâncias, tem-se: Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), Conselhos Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde.

5.2.1 Atribuições comuns a todas as esferas administrativas

A Lei Orgânica da Saúde estabelece as competências comuns às três esferas de governo (BRASIL, 1990):

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.
- Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados em cada ano à saúde.
- Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais.
- Organização e coordenação do sistema de informação em saúde.
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.

- Participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente.
- Elaboração e atualização periódica do plano de saúde.
- Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
- Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) de conformidade com o plano de saúde.
- Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
- Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal.
- Requisição, pela autoridade competente da esfera administrativa correspondente, de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, assegurada justa indenização, para as origens e o processo de implantação do SUS de atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias.
- Implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.
- Celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente.
- Elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde.
- Articulação da política e dos planos de saúde.
- Realização de pesquisas e estudos na área de saúde.
- Definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.

- Fomento, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

5.2.2 Atribuições federais, estaduais e municipais

A Lei nº 8.080/90 ainda estabelece atribuições específicas para cada esfera. Veja no quadro abaixo o que compete à gestão para cada uma (BRASIL, 1990):

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.	Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde.	Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.
Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições de ambientes de trabalho.	Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde.	Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual.
Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.	Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde.	Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho.
Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana.	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador.	Executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador.	Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana.	Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
Coordenar e participar na execução das ações de Vigilância Epidemiológica.	Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico.	Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las.
Estabelecer normas e executar a Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.	Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.	Formar consórcios administrativos inter-municipais.
Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.	Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.	Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.	Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.	Colaborar com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.
Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permanecem em sua organização administrativa.	Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde.	Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.	Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.	Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.	
Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.	Colaborar com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.	
Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde.	O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.	
Promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal.		
Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.		
Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.		

Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		
Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		

PARA SABER MAIS!

Veja que apresentamos as atribuições que se referem à gestão. Leia as Norma Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e conheça outras atribuições que se relacionam à prestação de serviços e às condições de gestão municipais e estaduais.

5.3 Regionalização

O processo de regionalização do SUS visa à consolidação da equidade também no campo da gestão. Esse processo facilita o gerenciamento não só dos recursos financeiros, mas também permite considerar as especificidades de cada localidade para a gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

O ordenamento do processo de regionalização da assistência nas unidades federativas deverá obedecer ao Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano deverá construir sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002).

FIQUE ATENTO!

No PDR deverão constar mecanismos que possibilitem a garantia de acesso à população, no local mais próximo de sua residência, minimamente à:

- Assistência pré-natal, parto e puerpério.
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.
- Cobertura universal do esquema preconizado pelo programa nacional de imunizações, para todas as faixas etárias.
- Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Tratamento das intercorrências mais comuns na infância.
- Atendimento de afecções agudas de maior incidência.
- Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência.
- Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais.
- Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes.
- Controle das doenças bucais mais comuns.
- Suprimento/dispensação dos medicamentos da farmácia básica (BRASIL, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não poderemos jamais discutir a gestão sem ressaltarmos o comportamento, as ações, as práticas de gestores e gerentes, a forma como estabelecem sua relação de poder, suas pactuações etc. Na gestão do SUS, não há diferença.

O propósito maior na gestão do SUS reforça a ideia de que é necessária a tomada de decisões para solucionar os problemas de forma descentralizada e pactuada, compreendendo a gestão participativa, constituída por diversos atores sociais: população, gestores, dirigentes políticos, profissionais.

Todavia, não poderemos prescindir da função que norteia nosso caminho, por meio de ferramentas que reúnem saberes práticos e acadêmicos, em direção ao SUS que queremos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS**

96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/NOB%20-%20SUS%20%2096.pdf>>. Acesso em: 27 maio. 2013.

_____. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, 19 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 22 maio. 2013.

_____. _____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Seção 1, p. 39/40. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/upload/portaria/portaria_3085.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. _____. _____. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2015.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 22 maio. 2013.

OLIVEIRA, R. G. de et al. Organização da Atenção. In: OLIVEIRA, R. G. de et al. **Qualificação de Gestores do SUS.** Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009. p. 97-123

Leitura complementar:

ARTMANN, E.; RIVERA, J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Rev. Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente:** governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e planejamento:** reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995. p. 117-149.

PAIM, J. S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (Org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2006.

RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. v. 2. 222 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

_____. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001. 80 p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68 p.

_____; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância em saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (Org.) **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27. (Série Cadernos Técnicos, 2).

