

Carmen Fontes Teixeira

**Planejamento
Municipal em Saúde**

**SALVADOR
2001**

Copyright 2001, by Carmen Teixeira

Teixeira, Carmen Fontes

Planejamento Municipal em Saúde
Carmen Teixeira, Salvador, BA, 2001

1. Planejamento em saúde. 2. Programação sanitária
3. Política de saúde. 4. Saúde Pública.

**Aos meus alunos,
a razão de aprender ensinando**

INDICE

Apresentação

PARTE I: Introdução ao Planejamento estratégico-situacional

PARTE II: Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde

- 1. Momentos do processo de planejamento**
- 2. Análise da Situação de saúde**
- 3. Desenho da Situação Objetivo**
- 4. Definição das estratégias de ação**
- 5. Gerenciamento da execução**

PARTE III: Manual de Planejamento Municipal em Saúde - MAPLAS

- 1. Plano municipal de saúde: instrumento de gestão**
- 2. Orientações metodológicas para a elaboração do PMS**
 - 2.1. Análise da situação de saúde**
 - 2.2. Definição de políticas e prioridades**
 - 2.3. Desenho das estratégias de ação**
 - 2.4. Elaboração da proposta orçamentária**
- 3. Orientações para a elaboração do relatório anual de gestão**
- 4. Comentários finais**

PARTE IV: Instrumentos para o planejamento municipal em saúde

Referências Bibliográficas

APRESENTAÇÃO

Este livro se destina a técnicos e gestores de sistemas de saúde que buscam um primeiro contato com o debate acerca do planejamento situacional em saúde, oferecendo a quem esteja desenvolvendo uma prática de planejamento no âmbito municipal uma proposta metodológica e um conjunto de instrumentos de trabalho que podem ser utilizados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

A versão original desse texto consistiu em um Manual de Planejamento Municipal de Saúde – MAPLAS, elaborado no contexto da cooperação técnica interinstitucional entre o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, durante o primeiro semestre de 2001. Como parte do processo de capacitação e assessoria aos secretários municipais de saúde do Estado, a Superintendência de Apoio e Monitoramento da Descentralização – SUDESC, encomendou a elaboração do MAPLAS, publicado inicialmente como um volume da Série de “Manuais do Gestor” (SESAB, MAPLAS, 2001)

Considerando que o Manual pode ser útil a gestores municipais de outros estados, decidimos rever e ampliar a versão original, produzindo esta publicação, que contém, além do Manual propriamente dito, um texto introdutório ao enfoque estratégico situacional e a proposta metodológica geral de Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde que venho, juntamente com alguns companheiros de trabalho no ISC, desenvolvendo e testando em cursos e consultorias realizados nos últimos 12 anos.

Esta opção se fundamenta na busca de uma tecnologia de planejamento e programação que contribua para a construção de um modelo de atenção integral à saúde privilegiando, como objeto de conhecimento e intervenção, os problemas de saúde da população, identificados, descritos e analisados em uma perspectiva que articule a visão clínica, com o enfoque epidemiológico e social (Teixeira, 1999). Nessa perspectiva, o MAPLAS busca enfatizar a análise da realidade de cada município e a elaboração e execução de propostas que resultem na oferta das ações e serviços mais adequados, efetivos e da melhor qualidade possíveis aos indivíduos e grupos da população.

Esperamos que a leitura e a utilização desse livro como um guia para a prática de planejamento no âmbito municipal seja um estímulo para a ampliação e aprofundamento do interesse dos estudantes, técnicos e gestores no campo do planejamento em saúde.

A autora

PARTE I

INTRODUÇÃO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO - SITUACIONAL

O enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Matus (1981, 1982, 1984, 1987) como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Nos últimos 20 anos, esse enfoque foi difundido na América Latina, inicialmente no âmbito acadêmico, através de cursos realizados na área de Planejamento & Gestão em saúde, e posteriormente através de seminários, consultorias e oficinas de trabalho promovidos por organismos internacionais e nacionais.

No Brasil, o enfoque situacional foi inicialmente adotado para o planejamento e programação na época da implantação do SUDS (1987 – 1989) (Rivera, 1988). Posteriormente, a experiência acumulada apontou a possibilidade de se conjugar elementos teóricos e metodológicos da chamada “trilogia matusiana” - o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOO) à programação em saúde em um conjunto de Distritos Sanitários em todo o país na primeira metade dos anos 90 (Teixeira, 1993; 1995; Artmann, 1993; Sá e Artmann, 1994).

O desenvolvimento dessas experiências subsidiou a formulação da proposta de Vigilância da Saúde, entendida como uma alternativa de organização do “modelo assistencial” levando em conta a busca de integralidade do cuidado à saúde. A Vigilância da Saúde, nessa perspectiva, seria uma prática sanitária que incluiria, em sua dimensão gerencial, o planejamento e a programação situacional das ações e serviços, e, em sua dimensão tecnoassistencial ou operativa, implicaria na reorientação das formas de organização e do conteúdo do processo de trabalho em saúde. (Paim, 1993, 1994; Mendes, 1994; Teixeira, 1994; Silva Júnior, 1996; Vilasboas, 1998).

A construção da Vigilância da Saúde em um determinado “sistema local” (distrital, municipal, microregional) contemplaria, assim, desde a formulação de políticas públicas de caráter intersetorial para a melhoria das condições de vida da população do território até a reorganização das práticas de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e de assistência a indivíduos e grupos, mediante a reorientação da atenção à “demanda espontânea” a implantação da “oferta organizada” e das “ações programáticas” de saúde nas unidades de prestação de serviços dos diversos níveis de complexidade. (Paim, 1994; Schraiber, 1990, 1994, 1995; Teixeira et al., 1998; Teixeira, 2000)

Nesse processo, a utilização do enfoque estratégico situacional na formulação de políticas e no planejamento, aliada à reorientação do processo de programação à luz da análise dos problemas de saúde em uma perspectiva epidemiológica e social constitui uma **opção tecnológica** para os gestores comprometidos com construção de um modelo de atenção voltado para integralidade e equidade (Teixeira, 2000b). Algumas características intrínsecas à concepção teórico – metodológica que fundamenta este enfoque justificam que seja tomado como eixo da prática de planejamento e

programação local. Podemos sistematizar esses argumentos em torno de quatro aspectos fundamentais:

- a) a compreensão do **objeto** do planejamento como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializada nos “setores” nos quais se organiza a intervenção estatal;
- b) a concepção do **processo** de planejamento como sendo constituído de “momentos” que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários “setores”;
- c) a proposta de “modularização” do **produto** do planejamento, isto é, o entendimento do plano como “modular”, composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico;
- d) as noções envolvidas na proposta de gestão do plano e gerência de operações, trazem embutida uma “teoria de governo” que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das **relações** e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

O primeiro aspecto, relativo ao objeto do planejamento, remete à concepção de “situação” como sendo um conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das consequências a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos, ainda que não escrevam planos.

Por outro lado, a concepção situacional do objeto de conhecimento e intervenção por parte das instituições envolvidas implica a incorporação do “enfoque por problema”, isto é, a identificação e seleção de problemas sociais que podem ser analisados de distintos ângulos, contribuindo para a identificação da contribuição possível de cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no “fluxograma situacional”, instrumento de análise de problemas fundamentado na teoria da produção social. O fluxograma situacional permite que se sistematizem as informações disponíveis acerca dos problemas, seja das suas formas de expressão enquanto fatos ou fenômenos que se oferecem à percepção mais ou menos imediata ou enquanto condicionantes e determinantes histórico-estruturais.

O segundo aspecto a considerar no enfoque situacional é relativo à concepção do processo de planejamento como constituído de “momentos” – o momento explicativo, o

momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – cada um deles trazendo em si mesmo os demais, diferenciando-se apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no pode ser ou no fazer.

Pelas características apontadas, o enfoque situacional é particularmente adequado no processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde, que tenha como eixo o desenvolvimento das práticas de Vigilância, na medida em que é suficientemente dinâmico e flexível a ponto de adaptar-se à complexidade das situações epidemiológicas, técnico-organizacionais e político-institucionais nas quais vem se desenvolvendo esse processo no Brasil

PARTE II

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

O planejamento e a programação de saúde podem ser um espaço de construção da mudança do “modelo assistencial”, melhor dizendo, da mudança das práticas de saúde. Nessa perspectiva é que se pode falar de um **Planejamento e programação da Vigilância da Saúde**. A Vigilância da Saúde, enquanto um “modelo assistencial alternativo” ainda não existe completamente em nosso sistema de saúde. Existem ações de promoção da saúde, como educação sanitária, ações de vigilância epidemiológica, voltadas geralmente ao controle de doenças transmissíveis, existem ações de vigilância sanitária, voltadas ao controle de fatores condicionantes de problemas de saúde e existem ações de assistência médica individual, ao nível ambulatorial e/ou hospitalar, voltadas para o diagnóstico e cura das doenças.

O que diferencia a proposta atual de Vigilância da Saúde do simples somatório dessas ações é a idéia de que a Vigilância da Saúde deve ser desenvolvida a partir de **Problemas** concretos, em **Territórios** determinados e em uma perspectiva **Intersetorial**. Isto é, não se trata de fazer tudo que é possível tecnicamente, e sim aquilo que é necessário para dar conta dos Problemas reais existentes na população de um determinado Território, seja este uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde, seja um município inteiro, um estado ou até o país como um todo.

Entende-se por **problema de saúde**¹ qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação. Um Problema de Saúde é a representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada. Assim, pode ser uma doença, um agravo, uma insuficiência de recursos ou uma ausência de um determinado serviço de saúde, ou até fatos que, na verdade explicam uma doença (por exemplo, falta de saneamento básico, fome, etc.).

O entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do “ator” que está explicando a situação, isto é dos sujeitos que participam do processo de planejamento. Assim, há uma tendência das lideranças comunitárias em identificar condicionantes e determinantes como problemas de saúde, por exemplo, desemprego, falta de saneamento básico, etc. Os profissionais de saúde tendem a identificar doenças e agravos, e, principalmente, questões relacionadas com a infra-estrutura e a organização de serviços. Diante de visões tão diferentes acerca de uma mesma situação de saúde, é fundamental que haja um processo de negociação para a seleção dos problemas mais importantes para o conjunto de atores que têm algum poder para enfrentá-los.

¹ Em outras palavras Problema é uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência para um determinado ator social.

A noção de Território, por sua vez, inclui vários significados, ou melhor várias acepções, na medida em que se considere o território do ponto de vista “topográfico-burocrático”, isto é como uma área geográfica onde se localiza uma determinada população sob um dado governo, ou se entenda o território como um espaço social e político em constante transformação, o que tem sido denominado “território-processo” (Mendes et al., 1993). Partindo da concepção dinâmica sobre o território, podemos, do ponto de vista metodológico, esquadrihá-lo, com o intuito de facilitar o processo de análise da situação de saúde da população, bem como da organização das intervenções que se farão nele. Desse modo, pode-se identificar o território correspondente a um determinado nível de gestão do sistema de saúde (microrregião, município, distrito), o território correspondente a um determinado nível organizacional da atenção à saúde (microrregião ou módulo assistencial, área de abrangência de uma unidade) e ainda o território definido do ponto de vista epidemiológico, ou seja, as áreas e micro-áreas onde se concentram problemas em grupos populacionais específicos.

A **articulação intersectorial**, terceiro elemento conceitual sobre o qual se assenta essa proposta metodológica, fundamenta-se no pressuposto de que existem variáveis de significativa influência sobre a situação de saúde que escapam ao controle das autoridades do sistema de saúde, o que obriga os dirigentes e técnicos a proporem operações e ações fora do âmbito da saúde, diversificando ou reduzindo o escopo de tais ações de acordo com a natureza dos problemas e as condições concretas de intervenção sobre eles .

O enfrentamento dos problemas, no **território** que se esteja considerando, deve se incluir, portanto, ações e serviços que não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde, envolvendo um esforço adicional de mobilização e articulação de outros órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive a mobilização e envolvimento dos indivíduos, das famílias e das coletividades que vivem e trabalham neste local.

Como se pode perceber, planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico, exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que aí residem, bem como das formas de organização e de atuação dos diversos órgãos governamentais e não governamentais, para que se possa ter o que chamamos em planejamento, uma “**visão estratégica**”, isto é, uma clareza sobre o que é necessário e possível de ser feito.

Exige também uma disponibilidade e um interesse muito grande em se envolver um **ação comunicativa**, isto é, em participar de um diálogo permanente com os representantes destes órgãos, com os representantes dos grupos sociais existentes e com as pessoas, de um modo geral, buscando envolvê-las em um trabalho coletivo cujo propósito maior é a reestruturação da ação coletiva em defesa da Saúde e da melhorias das condições de vida.

1. MOMENTOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

O enfoque estratégico situacional e as propostas metodológicas dele derivadas incorporam a noção de “momentos” como alternativa à noção de etapas sequenciais no processo de planejamento. Do ponto de vista metodológico, isto é, do caminho a seguir no processo de planejamento e programação local, pode-se identificar quatro momentos, cada um deles constando de uma série de passos intermediários. A noção de “momento” não se refere a etapas seqüencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento. Para uma melhor clareza na exposição, entretanto, é conveniente apresentarmos os momentos em uma seqüência lógica, que inclui:

- a **Análise da Situação de Saúde**, que inclui a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde;
- o **Desenho da Situação-Objetivo**, que implica a identificação da “Imagem-Objetivo” que se pretende alcançar no médio e longo prazo, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando no curto prazo e a formulação dos Objetivos propriamente ditos;
- o **Desenho das Estratégias**, que inclui o definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das ações propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade;
- a **Programação, Acompanhamento e Avaliação**, que corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução das ações propostas.

O quadro 1 explicitam o conteúdo dos diversos momentos, apresentando os conceitos-chaves e as principais questões teórico-metodológicas envolvidas em cada um deles:

Quadro 1 – Momentos Do Planejamento Estratégico-Situacional

Momento	EXPLICATIVO	NORMATIVO	ESTRATÉGICO	TÁTICO-OPERACIONAL
Conceitos-chave	Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação - Operação
Questões teórico-metodológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação • Descrição • Explicação de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário • Situação – objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de estratégias: <ul style="list-style-type: none"> - cooperação/conflicto; - decisão, operação/permanência. • Análise de viabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda do dirigente; - Gerência de operações; - Sistema de “prestação de contas” (monitoramento e avaliação)

Em cada momento, se faz uso de um conjunto heterogêneo de métodos, técnicas e instrumentos que recolhem, processam e analisam informações de distintas naturezas: demográfica, epidemiológica, socioeconômica, administrativa, política e cultural. Algumas dessas técnicas e instrumentos são expostos a seguir.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A Análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição priorização e análise (explicação) dos **Problemas de saúde** da população, com o objetivo de identificar necessidades sociais de saúde e determinar prioridades de ação. Como posto anteriormente, a definição de Problema **de Saúde** deve levar em conta as distintas visões sobre Saúde existentes na sociedade. Dado à dificuldade de se conceituar o que é Saúde, entendida genericamente como “estado de bem estar físico, mental e social”, as necessidades de saúde são geralmente identificadas a partir da existência de doenças ou potenciais agravos e riscos presentes no ambiente.

Como se identifica Problemas de saúde no âmbito **populacional**?

A resposta a esta questão implica em se distinguir a noção de população com a qual se está trabalhando, isto é, como coletivo de **indivíduos** ou de **grupos sociais** definidos em função da inserção na produção e reprodução da sociedade em seu processo histórico. A identificação de Problemas de saúde de uma determinada população exige que se caracterize a população de acordo com variáveis biológicas (sexo, idade), ecológicas (lugar), socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, etc.) culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.) e políticas, isto é a identidade de representação de interesses, problemas, necessidades e demandas a partir da organização e mobilização em torno da luta (ofensiva ou defensiva) pela saúde.

Como se descrevem Problemas de saúde ?

O processo de descrição dos problemas de saúde remete ao debate sobre os indicadores de saúde: fontes de dados, processamento estatístico, construção de séries temporais, desagregação por grupos e sua distribuição territorial. Recupera portanto a contribuição da epidemiologia, implicando na definição do **que (problema)**, do **quando**, do **onde** e, principalmente, de **quem (grupos sociais) afetados pelos problemas**.

- **que**: óbito, doença, agravo, risco, necessidade
- **quando**: hoje, ontem e amanhã (problemas atuais e potenciais)
- **onde**: mapeamento das condições de vida e saúde (desigualdade e equidade)
- **quem**: grupos sociais distintos em função das condições de vida e saúde, localizados concretamente em territórios definidos, porém em movimento, no tempo e no espaço, modificando seu “perfil” epidemiológico e social.

Como se determina os Problemas Prioritários?

A determinação de prioridades é a escolha de Problemas e Ações aos quais se concederá um investimento maior em termos de intensidade das intervenções. Desse modo, selecionar Problemas prioritários é um processo de escolha que não implica necessariamente em ignorar a existência de outros Problemas. Simplesmente a determinação de prioridades é um procedimento necessário dado o caráter praticamente ilimitado dos Problemas e as limitações em termos de recursos para enfrentá-los ao mesmo tempo. A determinação de Prioridades pode ser discutida em dois planos: **quem** e **como** se determinam.

Quem determina as Prioridades?

A determinação de Prioridades pode ser um processo autoritário ou participativo. Autoritário se a autoridade política define as prioridades sem levar em conta as visões dos demais “atores”. Participativo se, pelo contrário, a determinação de Prioridades resulta de um debate e uma negociação em que interagem as visões dos diversos atores sociais acerca dos Problemas e das Oportunidades de ação.

Como se determina Prioridades?

A determinação de Prioridades pode ser realizada com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos. A utilização de critérios objetivos é defendida pelos teóricos do planejamento, buscando com isso uma racionalidade técnica que, entretanto, deve ser articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo.

Os critérios mais comumente utilizados provem do CENDES-OPS e são: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os três primeiros operam em proporção direta, o último em proporção inversa, ou seja, quanto maior o Problema mais evidência de que deve ser priorizado e quanto menor o custo de intervenção maior a possibilidade de ser priorizado. (OPS, 1965).

Como se analisam, isto é explicam, os Problemas?

Há distintos modelos explicativos, que foram construídos ao longo da história da Epidemiologia: o unicasalismo biológico, a tríade ecológica (“tradicional” e “moderna”: campo da saúde), a determinação social (modelo(s) da Epidemiologia crítica). Na análise concreta de situações concretas, um modelo geral e abstrato como o do “campo da saúde” ou o da determinação do processo saúde-doença, servem como referente geral, a definir o enfoque de análise. Entretanto, cada Problema deve ser analisado em sua especificidade, pois a hierarquia de “fatores” explicativos é diferente conforme a natureza do problema. Por exemplo, as DST/AIDS, tem um peso significativo de aspectos comportamentais, enquanto a Diarréia/Cólera ou a Dengue tem um peso significativo de aspectos ecológicos-sociais.

Tudo isto revela a **complexidade** inerente às Análises da Situação de Saúde e a necessidade de que esta seja um processo contínuo, de aperfeiçoamento progressivo do conhecimento acerca das tendências, para a construção de cenários possíveis das ações a serem desencadeadas no presente. A **ASIS** não pode ser, portanto, um diagnóstico esporádico, pontual. Para que seja permanente é necessário a montagem e o desenvolvimento do **Sistema de Informações** a nível local.

Além dos dados oficiais (indicadores de saúde, indicadores socioeconômicos, demográficos, etc.), pode-se utilizar resultados de estudos especiais (pesquisas) e fontes alternativas de informação, existentes (delegacias, por ex., para acidentes e violências, dados coletados por Organizações não governamentais (ONGs), sobre problemas específicos como fome, AIDS, etc.) ou a serem criadas como parte do processo de ASIS (entrevistas a informantes-chaves, inquéritos populacionais periódicos, etc.) (OPS/OMS, 1992)

A sistematização das informações que compõem a ASIS, constitui um momento importante, podendo-se utilizar uma Matriz de dados para construção do Fluxograma situacional ou, em uma forma mais simples, a árvore de Problemas.

O Fluxograma situacional organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do Problema que está sendo analisado e, dispondo-se ordenadamente as informações referentes aos Fatos (fenômenos), Processos (condicionantes históricos) e Estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do Problema. (Matus, 1987, 1989; Teixeira, 1993)

A Árvore de Problemas é um diagrama mais simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificando suas “raízes”(determinantes), seu “tronco”(condicionantes), seus “galhos”, “folhas”, e “frutos”(fenômenos). Os dois primeiros são identificados na árvore enquanto “causas” e os demais enquanto “consequências” do problema registrado no meio da “árvore”. (Sá e Artmann, 1994; Vilasboas e Teixeira, 1999)

3. DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO-OBJETIVO

A Análise da Situação de Saúde de um município ou de um Distrito Sanitário, isto é a identificação, descrição priorização e explicação de Problemas só tem sentido para orientar a definição de Situações- Objetivos, isto é, para subsidiar a formulação de propostas de ação visando enfrentar e solucionar os Problemas.

Tradicionalmente os Diagnósticos de Saúde, postos como um capítulo de um Plano não guardam muita relação com as propostas, até por insuficiência de análise (grande parte dos diagnósticos apenas listam indicadores gerais de saúde sem explicar seus determinantes e tendências) ou por inércia do sistema de prestação de serviços, que reproduz as práticas existentes, simplesmente traduzindo-as como linhas de trabalho, programas e projetos.

Uma vez identificados, descritos, priorizados e analisados os problemas deve-se tratar de estabelecer os **Objetivos a serem alcançados**, levando-se em conta as diretrizes estratégicas de intervenção, isto é os propósitos de manutenção, mudança ou transformação das intervenções que estão sendo realizadas. Isto é fundamental, pois uma avaliação das ações e serviços que estão sendo prestados à população com relação aos Problemas priorizados faz parte da explicação dos Problemas, isto é a insuficiência, má distribuição, inadequação, etc. dos serviços **atuais** sem dúvida concorre para a existência do Problema na magnitude, distribuição e gravidade que ele apresenta.

A definição dos Objetivos pode levar em conta o curto, médio e longo prazo. Nesse ponto, é conveniente estabelecer uma distinção entre “Imagem-Objetivo” e “Situação-Objetivo”. A “Imagem-Objetivo” se constitui a partir dos princípios que orientam uma determinada política de saúde, podendo-se considerar que, de certa forma apontam para a Situação “desejada”, ideal, enquanto que a “Situação-Objetivo” se refere aos resultados que se pretende alcançar, partindo da realidade existente em termos dos problemas e das condições concretas para o seu enfrentamento.

A Vigilância da Saúde, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde é, nesse sentido, uma “Imagem-Objetivo” colocada como um ideal a ser alcançado em termos da organização dos sistemas de saúde no Brasil hoje por aqueles que defendem a construção de um “SUS democrático” (Paim, 1996).

A definição da Situação Objetivo no âmbito municipal e distrital pode tomar esta Imagem” como referência, tratando, em primeiro lugar de se desenhar os cenários prováveis no curso da implementação dos planos. Estes geralmente são de curto e médio prazo, porém, pode-se estabelecer objetivos e metas a longo prazo se a avaliação política é favorável, isto é se o cenário mais provável indicar a permanência da orientação que está sendo posta ao nível governamental.

O que é um **cenário**?

Um cenário é uma projeção hipotética do futuro, isto é, a antecipação, pelo pensamento, das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no

plano político mais geral, no plano político-institucional, econômico, demográfico, epidemiológico, etc. (OPS, 1992)

No âmbito do processo de planejamento, a construção de cenários permite um cálculo antecipado dos limites e possibilidades de ação no futuro próximo, orientando a formulação de objetivos factíveis de serem alcançados. Por exemplo, se há evidências que indicam a possibilidade de um colapso econômico-financeiro no sistema de saúde, pode-se ser cauteloso na formulação de objetivos que exijam grandes investimentos financeiros. Por outro lado, se há perspectivas de incremento dos recursos disponíveis, pode-se projetar a realização de construções, reformas de unidades, ampliação de instalações, etc.

Como de desenha um cenário?

O desenho de cenários supõe a identificação de duas ou mais variáveis que não estão sob controle dos municípios ou do Distrito Sanitário onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento, variáveis de cuja evolução dependerá as condições em que a atuação do município/DS se dará. Assim, o desenho dos cenários prováveis implica na seleção destas variáveis e no estabelecimento de hipóteses para sua evolução, atribuindo-se juízos de valor a estas hipóteses, por exemplo, evolução positiva, indiferente ou negativa.

Pela conjugação das hipóteses estabelecidas para cada variável, chega-se a estabelecer os cenários tendencialmente “favorável”, “desfavorável” e “central”. No cenário “favorável”, como se pode imaginar, predominam as hipóteses de evolução que incidem positivamente sobre os planos de ação elaborados, ocorrendo o contrário no caso do cenário “desfavorável”. O cenário “central” será aquele onde os elementos positivos e negativos se equilibram.

A sistematização das hipóteses formuladas com relação às variáveis identificadas pode ser feita em uma matriz que contribua para a visualização das possíveis tendências do futuro. Com base na discussão coletiva em torno do cenário mais provável é que devem ser definidos os objetivos que configurarão a situação-objetivo do município/Distrito Sanitário.

Cabe observar que, se não se chegar a um consenso em torno do cenário mais provável, é possível até que o processo de definição dos objetivos contemple dois ou mais cenários. Isto é, define-se um elenco de objetivos para os cenários X, Y ou Z, o que facilitará os ajustes necessários no processo de implementação das ações propostas.

Definição dos **Objetivos**

A definição dos objetivos é um processo que leva em conta a análise da situação de saúde efetuada, podendo-se considerar que, em linhas gerais, um objetivo é a imagem invertida do problema ou de uma de suas causas ou conseqüências. Nessa perspectiva, os Objetivos podem ser de três tipos:

a) Objetivos relativos aos **resultados** que se pretenda alcançar em termos da situação epidemiológica e social da população.

b) Objetivos relativos aos **produtos** que se pretende oferecer à população no âmbito do município/distrito sanitário, isto é às ações e serviços que serão prestados para intervir sobre os problemas existentes.

c) Objetivos relativos às mudanças que se pretenda introduzir no **processo** de prestação de ações e serviços de saúde.

A sistematização dos Objetivos definidos é o ponto de partida para a definição das estratégias de ação e, conseqüentemente, para a programação operativa, a execução e o acompanhamento e avaliação das ações e serviços. Se a explicação dos problemas foi feita utilizando-se o fluxograma situacional, a sistematização dos Objetivos pode corresponder a uma imagem invertida do fluxograma. Quando se utiliza a técnica de “árvore de problemas” a sistematização dos objetivos pode ser feita através da construção de uma “árvore de objetivos”. (Sá e Artmann, 1994; Vilasboas e Teixeira, 1999)

4. DESENHO DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Uma análise situacional de Saúde que leve em conta os determinantes e projete tendências (cenários), deve orientar a formulação de estratégias, isto é, cursos de ação que permitam o alcance dos Objetivos (Testa, 1991, 1995). De um modo geral, as estratégias de ação no âmbito de um sistema local de Saúde (município ou Distrito Sanitário) podem ser de três tipos, que se diferenciam conforme o propósito a ser alcançado no enfrentamento do(s) Problema(s):

a) estratégias de **manutenção**: quando o Problema já está sendo enfrentado de uma forma considerada efetiva, tratando-se apenas de manter as ações que já se vem desenvolvendo (isso é raro de acontecer, mas acontece, por exemplo, o controle da poliomielite, que continua sendo prioritário, desde quando o propósito é erradicá-lo, devendo-se manter as ações atuais).

b) estratégias de **mudança**: quando o Problema não vem sendo enfrentado com a abrangência ou intensidade que seriam necessárias, tratando-se portanto de ampliar o raio de ação, intensificar o trabalho, enfim, introduzir mudanças na forma e no conteúdo das ações que vem sendo desenvolvidas. Neste caso encontram-se a grande maioria dos problemas que se enfrentam cotidianamente nos nossos serviços de saúde, em que as ações desenvolvidas são insuficientes, ineficazes e iníquas (não são acessíveis aos que mais necessitam), como por exemplo, o controle das doenças transmissíveis (epidemias e endemias), fome e desnutrição, diarreias e iras, as doenças crônico-degenerativas como hipertensão, diabetes e câncer, os problemas de saúde mental, ambiental, saúde do trabalhador, etc.

c) estratégias de **transformação**: quando o Problema ou não é enfrentado ou, mais comumente é enfrentado de forma inadequada. A inadequação da resposta social e sanitária a um determinado Problema pode derivar da insuficiência de conhecimentos que possibilite o seu controle, ou pode derivar, mais freqüentemente, da inexistência de vontade política, de capacidade gerencial, técnica e operativa para seu enfrentamento e solução. Problemas que se enquadram nesta categoria geralmente são Problemas cujos determinantes ultrapassam o raio de ação dos serviços de saúde, exigindo ações de caráter intersetorial, pluri-institucional e até de mudança sociocultural mais ampla, nas condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais afetados pelos Problemas. Por exemplo, a fome, a AIDS, a violência, os acidentes de trânsito, o uso de drogas, etc.

Como se desenha estratégias de ação?

O desenho das estratégias de ação para o enfrentamento de um determinado problema depende de um conjunto de fatores. De um lado, depende da própria natureza do Problema a ser enfrentado, do outro das concepções, políticas e práticas vigentes em um determinado município/DS e no próprio sistema de saúde como um todo.

O estabelecimento de uma estratégia, portanto, implica no debate acerca dos encaminhamentos possíveis, no contexto político-institucional e no âmbito das organizações sociais envolvidas no processo de planejamento da intervenção. Este é um processo eminentemente criativo e comunicativo, no qual devem ser envolvidos os

distintos atores sociais, buscando-se o estabelecimento de compromissos políticos, técnicos e administrativos em torno dos cursos de ação propostos. Para isso, é fundamental que, uma vez formuladas as grandes linhas de ação, passe-se a realizar a análise de viabilidade das estratégias propostas.

Como se faz análise de viabilidade?

A análise de viabilidade das estratégias formuladas deve ser feita em três planos: viabilidade financeira, viabilidade político-institucional e viabilidade técnico-operacional. Cada uma delas diz respeito à disponibilidade de determinados tipos de recursos que se utiliza para o desencadeamento e continuidade das ações.

Assim, a viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo, não apenas ao dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, a realização de investimentos em recursos físicos, a aquisição de material permanente e de consumo, a contratação e pagamento de pessoal, etc.

A viabilidade político-institucional diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar (ou não) o que está disposto no plano. Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema local, mas também inclui a decisão dos profissionais e trabalhadores de saúde, das organizações sociais e comunitárias, enfim, refere-se a todos aqueles envolvidos com o processo de planejamento e execução das intervenções.

Embora quase sempre disfarçada, ocorrem os mais variados tipos de resistência - ativa ou passiva - dos profissionais e trabalhadores de saúde com relação aos objetivos e propostas de ação. Esta resistência é política, no sentido plena da palavra, e deve ser levada em conta no processo de identificação dos aliados (reais e potenciais), dos oponentes e dos “indiferentes” a quem cabe conquistar para o processo de intervenção no âmbito do município/DS.

Finalmente, a viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações. A existência ou não de capacidade técnica e gerencial diz respeito, principalmente, ao perfil dos “recursos humanos” existentes no âmbito do sistema local de saúde, geralmente um dos aspectos mais críticos no processo de implementação dos planos e programas.

A não disponibilidade de qualquer destes “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a superação das dificuldades existentes, tanto no plano financeiro quanto político e técnico-operacional.

A análise de viabilidade, portanto, deve confluir para a identificação das “facilidades” e das “dificuldades” que cada proposta terá em seu curso de execução. Uma vez identificadas as facilidades e dificuldades, estas últimas devem se constituir em objeto dos projetos dinamizadores, voltados à **construção da viabilidade** no processo de

implementação do plano, quer seja pela obtenção de recursos financeiros adicionais, quer pelo envolvimento e participação de possíveis oponentes, visando sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal.

Uma outra forma de se fazer análise de viabilidade, proposta por Matus, leva em conta distintos momentos do processo decisório, ou seja, a tomada de decisão, a execução das decisões e a permanência dos efeitos das decisões e ações executadas. Considerando-se que cada um desses momentos implica aspectos políticos, técnicos e administrativos, é possível se realizar uma análise de viabilidade muito mais detalhada, identificando os obstáculos e as oportunidades de ação em cada momento do processo decisório.

A análise de viabilidade, pelo exposto, é o “coração” do enfoque situacional do planejamento e programação em saúde, é o que permite ao dirigente realizar o “cálculo que precede e preside a ação” com a maior margem de probabilidade de sucesso, antecipando-se aos fatores que podem dificultar ou facilitar o alcance dos objetivos, quer seja para neutralizá-los ou potencializá-los no curso das suas ações.

5. GERENCIAMENTO DA EXECUÇÃO

A partir da definição dos problemas prioritários e dos objetivos e estratégias de ação, pode-se elaborar a programação operativa, identificando-se as atividades, tarefas, responsáveis e prazo para o alcance dos objetivos acordados.

A Programação operativa é um processo que implica na transformação dos Objetivos em metas, na seleção de tecnologias que serão utilizadas no processo de execução das atividades e na programação de atividades propriamente dita, isto é, na organização, no tempo e no espaço, das ações que serão realizadas (Testa, 1995).

O primeiro passo, portanto é a quantificação dos objetivos, transformando-os em metas a serem alcançadas em um prazo determinado. A quantificação dos objetivos permite que se possa estimar, posteriormente, a quantidade de atividades de cada tipo que serão necessária para o seu cumprimento, bem como, a partir daí, se estimar os recursos necessários para a realização destas atividades.

O que é Seleção de tecnologias?

Uma vez estabelecidos os objetivos/metast a serem alcançados é importante que se definam os conhecimentos e as tecnologias que serão utilizadas, isto é, que se defina que tipo de ações e serviços será desenvolvido para o cumprimento dos objetivos e metas. Nesse momento é importante revisar as **normas técnicas** existentes com relação aos problemas priorizados, na medida em que estas normas, geralmente, condensam o conhecimento científico disponível e a experiência acumulada quanto ao enfrentamento de determinados problemas. Por exemplo, já se dispõe de toda uma normatização acerca da prevenção e tratamento de Tuberculose, IRA, Diarréias, etc.

No processo de revisão e seleção das normas técnicas é importante distinguir entre “norma rígida” e “norma branda”. Uma norma rígida não admite alterações sob pena da perda de eficácia do procedimento a ser adotado, enquanto que uma norma branda permite variações na composição e uso dos recursos empregados na produção da ação ou serviço. Um exemplo de norma rígida é o número de doses de vacinas necessário para se obter imunidade, enquanto que, neste mesmo caso, poder-se-ia considerar norma branda, o tipo de pessoal empregado em uma campanha de vacinação. (OPS, 1992).

Como se faz a Programação operativa?

O processo de programação das ações e serviços implica a organização lógica e temporal das atividades a serem desenvolvidas, com a definição dos responsáveis, recursos envolvidos e prazos de execução. A programação da intervenção sobre cada Problema priorizado gera um **módulo operacional**, constituído por um conjunto de atividades e tarefas a serem executadas para o alcance dos objetivos pretendidos.

A sistematização deste processo de programação pode ser feita utilizando uma matriz, onde se reproduz os objetivos definidos para cada problema (resultado esperado), os produtos (número e tipo de ações e serviços) que serão produzidos para o alcance dos objetivos, as atividades (as ações e serviços propriamente ditos, decorrentes da seleção

das tecnologias de intervenção), os responsáveis (dirigentes e/ou grupos de trabalho que conduzirão e executarão as atividades), os recursos necessários (em termos de pessoal, material e outros) e os prazos definidos para a execução de cada atividade.

O Plano de Ação do município/distrito sanitário conterà, portanto, um documento de referência (para orientação política geral), expondo a Análise da Situação, a Situação-Objetivo e as Estratégias a serem desenvolvidas e o conjunto dos Módulos Operacionais que constituem a Programação Operativa, guia para o acompanhamento e avaliação do processo de execução.

Execução, Acompanhamento e avaliação.

A execução da programação operativa implica no desenrolar do trabalho cotidiano do conjunto das unidades de saúde e das organizações sociais envolvidas no processo de intervenção sobre os problemas priorizados. Uma tendência recente em termos da organização e gerenciamento do processo de execução é a constituição de Centros de Responsabilidade, que podem ou não corresponder em número às unidades de saúde existentes no território do município/distrito, dizendo respeito muito mais à lógica da programação e execução das ações do que à lógica administrativa das unidades.

Desse modo, um Centro de Responsabilidade pode envolver na execução direta das ações propostas, outras organizações, em uma perspectiva interinstitucional e intersetorial, bem, como organizações comunitárias e outras. O mais importante, como o nome indica, é a responsabilização pelo cumprimento efetivo das ações e serviços, bem como sobre os recursos alocados para a sua execução. Nessa perspectiva, uma unidade de saúde, um Centro de Saúde ou um Hospital, por exemplo, podem conter vários Centros de Responsabilidade, conforme as linhas prioritárias de ação que serão desenvolvidas. Do mesmo modo, um Centro de Responsabilidade pode abarcar um conjunto de unidades de menor complexidade, ou agregar grupos de trabalho oriundos de instituições diversas, em torno da programação e execução de um determinado **módulo operacional**.

O acompanhamento e avaliação do processo de execução das atividades propostas, deve, por sua vez, ser desenvolvido a partir da montagem de um conjunto de mecanismos que envolvem pelo menos quatro tipos de controle:

a) Controle administrativo: trata do controle dos procedimentos burocráticos utilizados normalmente na administração pública, os quais devem obedecer as leis e normas vigentes. Por exemplo, a compra de material, a contratação de serviços de terceiros, o pagamento de pessoal, estão sujeitos à legislação específica, devendo ser observada no cotidiano da administração dos sistemas de saúde;

b) Controle gerencial; este é o mais importante do ponto de vista do acompanhamento e avaliação do processo de planejamento e execução das ações e serviços, na medida em que implica o estabelecimento de mecanismos que permitam o alcance da chamada “**eficiência alocativa**”, isto é, que os recursos sejam empregados na execução das atividades que permitam os maiores índices de custo/benefício. Em outras palavras, que permitam o alcance de melhores níveis de produtividade ao menor custo. Este tipo de controle também deve estar voltado ao alcance da **efetividade** das ações, na medida em que permita o ajuste das tecnologias definidas visando a obtenção dos melhores

resultados com a organização mais racional do processo de trabalho no âmbito do município/distrito sanitário.

c) Controle de qualidade: este tipo de controle está voltado à garantir a **eficácia** técnica e a **qualidade** das ações executadas, baseando-se na aplicação das normas existente e da elaboração e aplicação de normas que impliquem na utilização do conhecimento científico disponível e das tecnologias mais adequadas.

d) Controle social: finalmente, este tipo de controle se refere ao acompanhamento e avaliação da gestão e execução das políticas e das atividades, sendo realizado pelos órgãos colegiados previstos na legislação do SUS, isto é, os Conselhos de Saúde. Trata-se, portanto, de uma avaliação de caráter predominantemente político, dizendo respeito, por um lado, ao alcance dos Objetivos definidos e, por outro, à aferição da **satisfação** da população com o desempenho do sistema local de saúde.

PARTE III

MANUAL DE PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE

Este Manual toma como ponto de partida uma breve conceituação do Plano Municipal de Saúde entendido como o resultado de um processo político e, ao mesmo tempo, um instrumento de gestão, um guia para a ação dos dirigentes e técnicos responsáveis pela organização e desempenho do sistema municipal de serviços de saúde.

Do ponto de vista metodológico, as orientações apresentadas representam uma simplificação e adaptação da proposta metodológica do planejamento situacional, tomando como ponto de partida a análise da situação de saúde do município, através da identificação, descrição e análise dos principais problemas de saúde da população e do sistema de serviços de saúde municipal. Em seguida, apresenta sugestões para a definição das políticas e prioridades, levando em conta as diretrizes mais amplas definidas nas instâncias superiores do SUS. Posto isso, orienta a elaboração de um processo de programação geral de ações estratégicas para o enfrentamento dos problemas e cumprimento das políticas e prioridades adotadas, finalizando com sugestões para a elaboração de uma previsão orçamentária que balize a gestão municipal no período de execução do Plano.

Além disso, o Manual contém orientações metodológicas para a elaboração do Relatório Anual de Gestão do sistema municipal de saúde, instrumento que completa o processo de planejamento, sendo a expressão da avaliação do grau de cumprimento dos objetivos e das atividades propostas.

1. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE GESTÃO

O Plano Municipal de Saúde é um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde, isto é, o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde é, atualmente, uma exigência legal definida nas Leis 8080/90 (Brasil, 1990) e 8142/90 (Brasil, 1990) sendo um requisito necessário para que o município seja habilitado em qualquer das formas de gestão previstas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001), instrumento que rege, no momento atual, o processo de descentralização político-administrativa no âmbito do SUS.

Mais que uma exigência formal, entretanto, o Plano é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população, sendo a síntese de um processo de decisão sobre **o que fazer** para enfrentar um conjunto de problemas, decisão essa que se traduz em um conjunto de objetivos e propostas de ação que exigem a captação, distribuição e utilização de recursos (financeiros, humanos e materiais). Nesse sentido, o Plano Municipal de Saúde é um dos instrumentos de gestão do sistema municipal de saúde, sendo a materialização dos compromissos assumidos na Agenda de Saúde², compromissos esses que são sintetizados, posteriormente, no Quadro de Metas³, que serve como referência para a elaboração do Relatório anual de gestão.

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde contempla uma tripla dimensão, política, técnica e econômica. Política, na medida em que a escolha entre problemas e alternativas de ação é sempre um processo que envolve princípios e valores éticos, morais, culturais e políticos, não necessariamente consensuais e muitas vezes conflitivos. Técnica, porquanto se baseia na utilização de diversas informações, conhecimento e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas, bem como subsidiam a escolha de alternativas de ação frente a estes problemas. Econômica porque inclui o balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações e atividades previstas.

Para que se chegue a um consenso, ainda que provisório, em torno das políticas e prioridades da gestão do sistema municipal de saúde é importante que o processo de elaboração do Plano Municipal seja organizado de forma a permitir o levantamento e análise da informação disponível acerca da situação de saúde do município, envolvendo, de forma participativa, os diversos sujeitos sociais responsáveis pela promoção,

² A elaboração da Agenda de Saúde corresponde, atualmente, à primeira etapa do processo de planejamento da gestão do SUS, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Agenda de Saúde “estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias de política de saúde em cada esfera de governo e para cada exercício”. Ver MS Secretaria Executiva. Instrumentos de gestão. Manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001.

³ Segundo orientações emanadas da Secretaria Executiva do MS, o Quadro de Metas é uma parte integrante do plano de saúde, no qual consta as metas prioritárias e os indicadores de acompanhamento e avaliação do processo de execução do plano em cada esfera de governo. Ver MS Secretaria Executiva, op. cit., p. 3

preservação e recuperação da saúde da população, isto é, os dirigentes e técnicos do nível político-administrativo das instituições governamentais, os profissionais e trabalhadores de saúde “da ponta da linha” e os representantes dos diversos grupos da população.

Nessa perspectiva, o desencadeamento do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, nos diversos municípios, deve contemplar alguns passos preliminares, quais sejam:

- a) Formação de uma equipe técnica responsável pela elaboração do plano. A composição dessa equipe depende das condições concretas de cada município, em termos da disponibilidade de pessoal qualificado, tanto no nível central quanto no nível local (unidades de saúde).
- b) Detalhamento do plano de trabalho da equipe com seu respectivo cronograma. Este “plano de trabalho” deve contemplar as atividades a serem realizadas e os prazos previstos para o cumprimento de cada momento, isto é, a análise da situação, a definição das políticas e prioridades, a programação geral e a elaboração da previsão orçamentária.
- c) Definição das formas de participação do Conselho Municipal de Saúde no processo, isto é, se os “produtos parciais” do processo de elaboração do Plano serão apresentados ao Conselho ao longo do processo ou se apenas se encaminhará ao Conselho o produto final, para discussão e aprovação.

Cada município, evidentemente, tem autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração do seu Plano Municipal de Saúde, consoante os princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas complementares do SUS. Desse modo, cabe ao Secretário Municipal de Saúde, juntamente com seus assessores diretos, definir a composição da equipe técnica responsável pela elaboração do Plano bem como as formas de participação do Conselho Municipal de Saúde no processo. As orientações metodológicas postas a seguir pretendem, fundamentalmente, servir de referência para o trabalho a ser desenvolvido na dimensão técnica do processo de elaboração do Plano Municipal, colocando-se como uma espécie de roteiro para o desenvolvimento dos diversos momentos (etapas, fases) do processo.

2. ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

As propostas metodológicas derivadas do enfoque estratégico situacional pressupõem que o processo de planejamento contempla quatro momentos, cada um deles constando de uma série de passos intermediários. A noção de “momento” não se refere a etapas sequencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento. Sugerimos, entretanto, que para a elaboração do PMS, a equipe técnica municipal organize o processo seguindo a seguinte ordem:

- a **Análise da Situação de Saúde**, que inclui a identificação, priorização e análise dos Problemas de saúde da população;
- o **Desenho da Situação-Objetivo**, que implica a definição das Políticas e prioridades, expressas através dos Objetivos gerais do PMS, tomando-se como referência os problemas priorizados e as diretrizes estratégicas definidas na NOAS 2001.
- o **Desenho das Estratégias**, que inclui a definição das Operações⁴, a análise de viabilidade das ações propostas e o estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados
- a **Elaboração do orçamento** que implica a definição do volume de recursos financeiros, por fonte, que serão destinados ao cumprimento dos diversos Módulos Operacionais do PMS, sistematizados em um quadro-resumo que contempla a previsão dos valores totais a serem empregados em sua execução.

Em cada um desses momentos se fará uso de um conjunto heterogêneo de métodos, técnicas e instrumentos que recolhem, processam e analisam informações de distintas naturezas - demográfica, epidemiológica, socioeconômica, política, técnica e administrativa - bem como orientam o processo de decisão, isto é de análise de problemas e oportunidades de ação, subsidiando a escolha entre propostas alternativas de organização e operacionalização de ações e serviços de saúde voltados ao enfrentamento dos diversos problemas existentes no município.

Apresentamos a seguir os diversos momentos desse processo, sob a forma de um conjunto de passos intermediários que podem ser realizados em sequência, gerando, ao final de cada “momento”, produtos parciais que, posteriormente sistematizados e revisados, constituirão o conjunto do “documento Plano Municipal de Saúde”.

2.1. Análise da Situação de Saúde

A Análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos **Problemas de saúde** da população, com o objetivo de identificar necessidades sociais e determinar prioridades de ação. Os problemas e necessidades de saúde de uma

⁴ Conjunto de Ações a serem desenvolvidas para o alcance de Objetivos específicos.

população geralmente são identificados a partir da existência de mortes e de doenças, mas também podem ser identificados a partir de riscos presentes no ambiente e nas condições de vida dos diversos grupos.

A identificação de problemas e necessidades de saúde da população de um dado município exige que se caracterize a **população** de acordo com variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.), culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.) e políticas (desejos, interesses, problemas, necessidades e demandas). Este processo implica a definição do **que (problema)**⁵, do **quando**⁶, do **onde**⁷ e, principalmente, de **quem**⁸ (**que indivíduos e grupos sociais**) encontra-se afetado pelos problemas, subsidiando a definição das políticas e prioridades de ação em saúde.

O **primeiro passo** para se identificar os problemas e necessidades de saúde da população de um município é, portanto, a caracterização desta população, de suas condições de vida e do seu perfil epidemiológico:

- a) Caracterização da **população**: implica a sistematização de um conjunto de informações relativas ao número de habitantes do município e sua distribuição por faixa etária e por sexo, bem como sua distribuição segundo área de residência (urbana/rural). Esses dados podem ser colocados em uma Planilha (Anexo1) a ser anexada ao Plano Municipal. Cabe observar que da Planilha constam informações acerca dos fluxos migratórios do município, dados que podem ser agregados, principalmente nos municípios maiores ou que se constituam pólos de migração (emigração ou imigração). A fonte de dados para a obtenção dessas informações demográficas é o Censo 2000, da Fundação IBGE (www.ibge.gov.br).
- b) Caracterização das **condições de vida** da população: os dados sobre condições de vida geralmente são de dois tipos, os primeiros relativos a condições ambientais (acesso ao abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições das habitações, acesso a vias de transporte, segurança e lazer), ou seja, o acesso aos chamados “meios de consumo coletivo”, que beneficiam os diversos grupos sociais a depender o local de moradia. Um segundo tipo de informação se refere às características dos sujeitos que compõem os diversos grupos, isto é, seu nível educacional, sua inserção no mercado de trabalho (empregado ou desempregado), tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política. As fontes de dados que permitem essa caracterização da população são muito variadas. Em cada município podem ser coletadas as

⁵ O “problema” de saúde pode ser identificado enquanto óbito, doença, agravo, risco ou necessidade, isto é, pode ser definido em função de necessidades sociais não satisfeitas até a identificação dos efeitos dessa insatisfação, sob a forma de riscos, agravos, doenças ou mortes.

⁶ Levando em conta a variável tempo, um determinado problema pode ser classificado como problema “atual” ou “potencial”. Nesse último caso, identifica-se a existência de condições de vida que podem desencadear um determinado problema, situação que exige o planejamento de ações preventivas.

⁷ A identificação da distribuição territorial dos grupos populacionais afetados por um determinado problema é um recurso cada vez mais utilizado no âmbito do planejamento e organização de serviços na busca de eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde.

⁸ O aspecto mais importante do processo da análise da situação de saúde é a identificação dos grupos sociais afetados pelos problemas, processo que permite a chamada “discriminação positiva”, ou seja, a concentração de intervenções sócio-sanitárias sobre estes grupos, visando a redução das desigualdades sociais.

informações existentes na Prefeitura, principalmente com relação às principais atividades econômicas e os dados acerca dos serviços públicos (água, esgoto, lixo, etc.). Condições de vida de grupos específicos cobertos pelo PACS, podem ser identificadas no SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, disponível na SMS de cada município. Em alguns municípios maiores, Universidade e institutos de pesquisa tem realizado estudos específicos, que podem ser identificados e consultados.

- c) Caracterização do **perfil epidemiológico**: os diversos sistemas de informação em saúde contemplam, hoje em dia, um conjunto de dados de morbi-mortalidade que podem ser acessados com a finalidade de se identificar as tendências em termos da situação epidemiológica de cada município. Nessa perspectiva, sugerimos, em primeiro lugar, a consulta ao SIM – Sistema de Informações de Mortalidade, tratando-se de identificar, pelo menos, as 5 principais causas de óbito no município. Também é importante consultar o SINAN – Sistema de Informações de Agravos Notificáveis, que contém dados sistematizados acerca das doenças e agravos de notificação compulsória, em cada município, semanalmente. Outros sistemas, como o SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SIAB e o SIH-SUS podem ser acessados de forma a complementar as informações, principalmente o SIH-SUS que permite uma aproximação às causas de internação hospitalar no âmbito do SUS.

Uma vez dispondo da caracterização geral da população dos municípios, em termos demográficos, condições de vida e situação epidemiológica, o **segundo passo** para a análise de situação de saúde é a identificação dos problemas propriamente ditos. Nesse momento, não é suficiente a informação obtida nas estatísticas oficiais, por mais completas que sejam, sendo necessário se estabelecer um processo de reflexão e discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando-se a experiência acumulada dos gestores, técnicos e profissionais de saúde que atuam no município.

Desse modo, a equipe técnica responsável pela elaboração do Plano pode montar uma Oficina de Análise da Situação, na qual sejam apresentados os dados disponíveis (caracterização da população, suas condições de vida e perfil epidemiológico), organizando-se, caso necessário, grupos de trabalho para o desenvolvimento de uma “tempestade cerebral” visando a elaboração de uma lista de problemas de saúde. Cada problema identificado deve ser descrito em termos do que, quem, quando e onde se apresenta, ou seja, deve ser descrito em termos de informação clínica-epidemiológica, com a especificação do grupo populacional afetado pelo problema e do local (território do município ou parte dele, um distrito ou bairro), no qual vive o grupo populacional afetado. A lista dos problemas pode ser sistematizada em uma tabela conforme colocado no Anexo 2.

A sistematização da lista de problemas de saúde a serem priorizados⁹ no Plano Municipal de Saúde resultará, em um **terceiro passo**, que consta de um processo de

⁹ A determinação de Prioridades pode ser realizada com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos. Os critérios objetivos geralmente utilizados método CENDES-OPS (OPS, 1965) e são: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os três primeiros operam em proporção direta, o último em proporção inversa, ou seja, quanto maior o Problema mais evidência de que deve ser priorizado e quanto menor o custo de intervenção mais é indicativo da possibilidade de ser priorizado.

seleção de prioridades que pode ser feito a partir da pontuação de um conjunto de critérios aplicados a cada um dos problemas, quais sejam, Magnitude, Valorização social, Disponibilidade de tecnologia e Custo. A **magnitude** se refere ao “tamanho” do problema, e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Geralmente, a magnitude de um problema é definida em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja a morbimortalidade atribuída ao problema. A **valorização social**, por sua vez, diz respeito ao impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população. Assim, um problema pode ter baixa magnitude, por exemplo, prevalência de AIDS no município, e ser altamente valorizado pela população, pelo significado social do problema. Por outro lado, um problema pode ter alta magnitude, por exemplo, a mortalidade infantil ou materna, que atinge uma proporção significativa de menores de 1 anos (MI) e de mulheres (MM) e não ser valorizado socialmente, em virtude dos óbitos atingirem grupos de população marginalizados, excluídos.

O terceiro critério, **disponibilidade de tecnologia** para intervir sobre o problema, diz respeito à capacidade operacional do sistema municipal de saúde. Ainda que um problema qualquer seja, de alta magnitude e valorizado socialmente, se o sistema municipal não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade. Finalmente, um critério de priorização importante é o **custo estimado** da intervenção sobre o problema, uma vez que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema pode ser considerado prioridade, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil garantir o enfrentamento e superação do mesmo.

A pontuação de cada um dos problemas elencados pela equipe municipal responsável pela elaboração do PMS sem conforme pode ser colocada e visualizada na matriz correspondente (Anexo 3). O somatório dos pontos obtidos em cada critério definirá a nova ordenação de problemas prioritários

O **quarto passo** da Análise da Situação de Saúde do município é a construção da rede explicativa¹⁰ dos problemas priorizados. Para isso, deve-se revisar o conhecimento existente sobre cada um dos problemas da lista de problemas, tratando de identificar se, na situação concreta do município em estudo, observa-se os fatores relatados na literatura. Esta revisão pode não ser exaustiva, na medida em que se aproveite o conhecimento e a experiência acumulada entre os membros da equipe técnica responsável pela elaboração do Plano. O mais importante é que a explicação dos problemas não deve se limitar à repetição das “causas” definidas nos livros e sim ser associada às condições de vida e saúde da população do município.

Para a sistematização dos “fatores explicativos” (causas) e dos “efeitos” (conseqüências) da existência do problema em análise, pode-se utilizar a matriz colocada no Anexo 4, que contém um esquema do Fluxograma situacional ou, de uma

¹⁰ Há distintos modelos explicativos dos problemas de saúde sendo os mais conhecidos o unicausalismo biológico, a tríade ecológica, o campo da saúde e a proposta de determinação social (Teixeira, 2000a). Na análise de situações concretas, pode-se usar um modelo como referencia porém cada Problema deve ser analisado em sua especificidade, pois a hierarquia de “fatores” explicativos é diferente conforme a natureza do problema. Por exemplo, nas DST/AIDS, tem um peso significativo os aspectos comportamentais, enquanto na Diarréia/Cólera ou Dengue tem um peso significativo os aspectos ecológicos-sociais.

forma mais simples, construir uma árvore de Problemas, tal como sugerido na matriz correspondente (Anexo 6). Cabe registrar que, na construção seja do Fluxograma Situacional¹¹ ou da Árvore¹² de cada um dos problemas analisados deve aparecer a avaliação das ações e serviços que estão sendo prestados à população, pois, a insuficiência, má distribuição, inadequação, má qualidade, etc. dos serviços **atuais** sem dúvida concorre para a existência do Problema na magnitude, distribuição e gravidade que ele apresenta.

O Fluxograma situacional organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do Problema que está sendo analisado e, dispondo-se ordenadamente as informações referentes aos Fatos (fenômenos), Processos (condicionantes históricos) e Estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do Problema. A Árvore de Problemas é um diagrama mais simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificando suas “raízes”(determinantes), seu “tronco”(condicionantes), seus “galhos”, “folhas”, e “frutos”(fenômenos). Os dois primeiros são identificados na árvore enquanto “causas” e os demais enquanto “conseqüências” do problema registrado no meio da “árvore”.

O **quinto passo** da etapa de Análise da Situação de Saúde é a apresentação do resultado dos passos anteriores ao Conselho Municipal de Saúde, o que pode ser feito em uma reunião específica do Conselho ou em um Seminário aberto à participação de lideranças comunitárias, dirigentes de outros órgãos da Prefeitura, profissionais de saúde e convidados. A apresentação e debate da Análise de Situação de Saúde do município atende a dois objetivos: o primeiro, o de dar transparência ao trabalho realizado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, buscando legitimar os resultados alcançados. O segundo objetivo, e mais importante, é o de subsidiar o Conselho na definição das Políticas e prioridades em termos das Ações e atividades a serem desenvolvidas no município para o enfrentamento dos Problemas de Saúde. Com isso, o processo de elaboração do Plano chega ao segundo momento, ou etapa, que passamos a descrever a seguir.

2.2. Definição de Políticas e Prioridades

Uma vez identificados, descritos, priorizados e analisados os problemas deve-se tratar de estabelecer os **Objetivos** a serem alcançados, isto é as **Políticas e prioridades de intervenção**. Este processo implica na conjugação de dois movimentos: a priorização dos problemas conforme definidos no momento anterior e a incorporação das diretrizes estratégicas definidas pelas instâncias superiores do Sistema Único de Saúde de acordo com as condições de gestão prevista na NOAS (Gestão plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do sistema municipal de saúde).

Todos os Planos Municipais de Saúde devem incluir, no capítulo relativo às Políticas e Prioridades, as áreas prioritárias definidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) conforme discriminadas em seu Anexo 1 (Responsabilidades e

¹¹ Ver exemplo no anexo 5

¹² Ver exemplo no anexo 7.

Ações estratégicas mínimas de Atenção Básica). Além disso, cada município deve ampliar o elenco de suas Políticas e prioridades de acordo com a posição que ocupará no sistema microrregional do qual fará parte, seja como município sede de Módulo Assistencial, seja como município pólo de microrregião de Saúde.

Desse modo, pode-se configurar situações diversas, a primeira na qual os problemas priorizados no município coincidam com as prioridades definidas na NOAS, outra na qual haja coincidência parcial com as prioridades definidas pela NOAS. No primeiro caso, o capítulo de Políticas e prioridades corresponde ao mínimo definido pelo MS e no segundo caso, além das prioridades definidas pelo MS o município agregará aquelas que foram priorizadas pelo seu Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a realidade local e negociadas no processo de constituição da Microrregião de Saúde da qual ele faz parte.

Posto isso, o **primeiro passo** para se definir as Políticas e Prioridades do Plano Municipal de Saúde é rever os resultados do debate acerca da Análise de Situação no âmbito do Conselho, comparando-o com a definição política acerca da posição que o município ocupará no âmbito da Microrregião de Saúde. Levando em conta a relação de responsabilidades mínimas definidas pela NOAS e as responsabilidades assumidas em função da condição de gestão do município e os compromissos negociados no âmbito da Microrregião de Saúde, deve-se elaborar a Lista de “linhas de ação” que correspondem às áreas de Políticas do Plano Municipal. Cabe enfatizar que todos os Planos devem contemplar as áreas estratégias mínimas¹³ definidas na NOAS e incorporar as áreas estratégicas decorrentes de sua condição de gestão e sua posição na Microrregião.

Uma vez definido o elenco das áreas de Políticas e prioridades, o **segundo passo** é a elaboração do (s) Objetivo(s) propriamente ditos, processo que deve levar em conta, mais uma vez, a situação concreta de cada município e as aspirações, interesses e necessidades dos diversos grupos populacionais afetados pelos problemas. Cabe lembrar que um Objetivo pode ser definido de uma das três formas seguintes:

a) Objetivos relativos ao **resultado** que se pretende alcançar em termos da situação epidemiológica e social da população. Por exemplo, se um problema prioritário é “alta prevalência de desnutrição em menores de 5 anos na área X”, o objetivo pode ser “reduzir em Y a prevalência de desnutrição em menores de 5 anos da área X”.

b) Objetivos relativos aos **produtos** que se pretende oferecer à população no âmbito do município, isto é às ações e serviços que serão prestados em cada área estratégica. Por exemplo, “garantir o acesso à cesta básica de alimentos às famílias de crianças desnutridas da área X” ou “estabelecer um programa de renda mínima às famílias da área X onde se constata a presença de desnutrição em menores de 5 anos”, etc.

c) Objetivos relativos às mudanças que se pretenda introduzir no **processo** de prestação de ações e serviços de saúde. Por exemplo, se um dos fatores determinantes da alta prevalência de desnutrição em menores de 5 anos da área X é a inexistência ou insuficiência de cobertura do serviços de assistência ao desnutrido no Centro de Saúde, o objetivo pode ser definido como “implantar a vigilância nutricional sobre menores de 5 anos na área X”.

¹³ Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Saúde da Criança, Saúde da Mulher.

Como se pode perceber, as Políticas e prioridades de um Plano Municipal de Saúde podem se referir a problemas de saúde da população ou a problemas do sistema municipal de saúde que interferem na capacidade de produção de ações e serviços. Assumindo uma perspectiva epidemiológica e social voltada para a busca de efetividade na solução dos problemas de saúde, recomenda-se que os problemas priorizados e, conseqüentemente os objetivos, sejam definidos em função do estado de saúde da população. No entanto, é possível, em situações específicas, ampliar o leque de problemas, destacando e priorizando problemas do sistema e, conseqüentemente, definindo como Objetivos a intervenção sobre os mesmos.

A sistematização dos Objetivos definidos em cada “linha de ação¹⁴” gerará como produto parcial o segundo capítulo do Plano Municipal de Saúde, que pode ser apresentado em reunião específica do Conselho Municipal de Saúde, para eventuais ajustes e redefinições. Uma vez revisado, este capítulo se constitui no ponto de partida para a definição das ações e atividades a serem desenvolvidas em cada área, o que já se constitui no terceiro momento do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde.

2.3. Desenho das estratégias de ação

O desenho das estratégias de ação para o enfrentamento de um determinado problema depende de um conjunto de fatores. De um lado, depende da própria natureza do Problema a ser enfrentado, do outro das concepções, políticas e práticas vigentes em um determinado município e no próprio sistema de saúde como um todo. Esse é um processo eminentemente criativo e comunicativo, no qual devem ser envolvidos os distintos atores sociais, buscando-se o estabelecimento de compromissos políticos, técnicos e administrativos em torno dos cursos de ação propostos.

Para isso, o **primeiro passo** é a definição do conjunto de ações e atividades que serão desenvolvidas para o alcance de cada um dos Objetivos propostas em cada “linha de ação, em outras palavras, a seleção das tecnologias que serão acionadas para o enfrentamento do problema e atendimento das necessidades. Isto pode ser feito através da elaboração de “Módulos Operacionais”, cada um dos quais corresponde a um dos Objetivos (Políticas e prioridades) definidos nas diversas áreas. Por exemplo, na área “Controle da Tuberculose”, o Objetivo (Política) definida em um determinado municípios pode ter sido “Reduzir a prevalência de Tuberculose pulmonar na população adulta”, o que pode implicar no estabelecimento de um conjunto de ações estratégicas, entre as quais a “Busca ativa de casos”, “Diagnóstico clínico de casos”, etc.

Com relação às ações que constam do elenco de responsabilidades mínimas dos diversos municípios, conforme detalhado na NOAS (Anexo 1 da NOAS), já se definiu o conjunto de atividades a serem realizadas. O mesmo precisará ser feito com relação às Ações que extrapolam o elenco mínimo de responsabilidades dos municípios. Assim, por exemplo, se um determinado município for referência na área de Saúde Mental, tanto deve aparecer a Saúde Mental como uma área de Política, com seu respectivo

¹⁴ Estamos sugerindo que as Políticas e prioridade sejam direcionadas para problemas de saúde da população e ações estratégicas (finalísticas) dirigidas ao enfrentamento destes problemas. Entretanto, cada município tem autonomia para incluir, no elenco de suas políticas e prioridades, área “meios”, como por exemplo, Recursos Humanos, Assistência Farmacêutica, Construção e Reformas, etc.

Objetivo definido, como deve ser elaborado um Módulo Operacional específico nesta área. Cada Plano Municipal, portanto, poderá ter uma “abertura programática¹⁵” própria, sendo que esta, no mínimo, constará de 7 “áreas estratégicas” e, por conseguinte, o Plano terá 7 Módulos Operacionais.

O **segundo passo** é o detalhamento do processo de operacionalização dessas Ações, através da definição das atividades que serão realizadas, com seus respectivos responsáveis, prazos e recursos envolvidos. Isto corresponde a uma programação detalhada, na qual se define, além do que vai ser feito, por quem, quando e com que recursos, o que resulta em um determinado volume de serviços e, em última instância em uma determinada cobertura e um determinado impacto, ou efetividade das ações.

A programação detalhada não precisa constar do corpo do Plano Municipal, porém, é importante que, ao se definir as Ações estratégicas se tenham em mente a possibilidade de realizá-las, para que o Plano não se transforme em um simples enunciado de intenções. Na verdade, este processo supõe uma análise de viabilidade (política, técnica e administrativa) das Ações propostas, o que pode ser feito pela equipe técnica responsável pela elaboração do Plano Municipal, antes mesmo de encaminhar o resultado do processo do Desenho das estratégias ao Conselho Municipal de Saúde.

O **terceiro passo**, portanto é a análise de viabilidade, que implica a identificação da disponibilidade de determinados tipos de recursos utilizados para o desencadeamento e continuidade das ações. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas ao dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, os recursos físicos, humanos e materiais. A viabilidade política diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política¹⁶ de implementar (ou não) o que está proposto no Plano. A viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações.

A sistematização da análise de viabilidade pode ser feita, de uma forma geral, levando-se em conta tanto a identificação das “facilidades” e “dificuldades” para a operacionalização das ações propostas (ver anexo 8). Para alguns objetivos específicos, entretanto, pode ser conveniente desagregar a análise de viabilidade em função dos distintos momentos do processo decisório (anexo 9) identificando-se a disponibilidade ou ausência de “recursos estratégicos” (poder político, informação e conhecimentos, recursos humanos, materiais e financeiros) para garantir o curso de ação previsto.

A não disponibilidade de qualquer destes “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a

¹⁵ Conjunto de “linhas de ação” do Plano, correspondente ao elenco de “áreas sujeitas” a Políticas de Saúde.

¹⁶ Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema local, mas também inclui a posição dos profissionais e trabalhadores de saúde, das organizações sociais e comunitárias, enfim, a todos aqueles envolvidos com o processo de planejamento e execução das intervenções.

superação das dificuldades existentes, tanto no plano financeiro quanto político e técnico-operacional.

O produto do processo de análise de viabilidade é o conjunto de Módulos Operacionais definidos em função das Políticas e prioridades do Plano Municipal. Este produto parcial deve ser enriquecido com o estabelecimento dos indicadores de acompanhamento e avaliação das ações propostas em cada Módulo, que constitui o **quarto passo** desse momento. Cabe lembrar que, consoante a definição das atribuições e responsabilidades de cada município, principalmente com relação à Atenção Básica, o Ministério da Saúde vem definindo e atualizando um elenco de indicadores correspondentes às áreas estratégicas de intervenção. (Anexo 10). Na definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação das ações previstas no PMS, deve-se incorporar, portanto, os 17 indicadores definidos pelo MS.

Com a especificação dos indicadores de acompanhamento e avaliação, não só do cumprimento das responsabilidades mínimas do município, senão que das demais Ações estratégicas previstas nos diversos Módulos Operacionais, completa-se o terceiro momento do processo de elaboração do Plano, cuja sistematização resulta em um conjunto de Planilhas (Anexo 11) contendo os Objetivos específicos, Atividades, Responsáveis, Prazos e Recursos necessários definidos em função de cada um dos Objetivos Gerais (Políticas) do Plano Municipal.

Uma vez que se tenha elaborado o conjunto de Módulos Operacionais, isto é, que se tenha preenchidas as planilhas relativas a cada Problema prioritário, com seus respectivos Objetivos, Metas, Atividades, responsáveis, Prazos e Indicadores de Acompanhamento e Avaliação, é possível elaborar um Quadro síntese dos compromissos da política de saúde municipal, ou, Quadro de Metas¹⁷. Este Quadro é, na verdade, uma síntese dos Objetivos prioritários definidos no Plano Municipal de Saúde, com suas respectivas Metas e Indicadores de acompanhamento e avaliação, podendo ser sistematizado conforme matriz colocada em anexo (Anexo 12)

2.4. Elaboração da previsão orçamentária

O estabelecimento de uma previsão orçamentária para o período de execução do Plano Municipal de Saúde é uma etapa importantíssima do processo de elaboração do Plano, na medida em que circunscreve o horizonte do possível em termos da disponibilidade de recursos financeiros.

Nessa perspectiva, a elaboração do orçamento do Plano Municipal é uma estimativa, que leva em conta, de um lado, a identificação dos recursos necessários à execução plena das atividades previstas no conjunto dos Módulos Operacionais. Por outro, ancorado no senso de realidade, implica na análise prospectiva das tendências futuras em termos da captação de recursos financeiros por parte do sistema municipal de saúde, quer seja, provindos do orçamento próprio da Prefeitura quer sejam oriundos de transferências.

O **primeiro passo** do processo de elaboração da proposta orçamentária do Plano corresponde a um detalhamento da análise de viabilidade econômica esboçada na etapa

¹⁷ Conforme Ministério de Saúde Instrumentos de gestão. Manual de consulta rápida. op. cit.

anterior. Desse modo, é preciso estimar o volume de recursos disponíveis para o sistema municipal de saúde a cada ano de execução do Plano, o que pode ser feito através da projeção das tendências das receitas e despesas dos anos anteriores.

Nessa perspectiva, é importante identificar o volume de recursos provenientes das diversas fontes (Receitas próprias¹⁸, Receitas de transferências Fundo a Fundo¹⁹, Receitas de convênio²⁰ e Outras receitas²¹), informações que podem ser sistematizadas na tabela colocada no Anexo 13. A análise prospectiva desses dados poderá oferecer algum balizamento com relação ao volume de recursos a serem disponibilizados para o município.

Por outro lado, é necessário se fazer uma estimativa dos gastos necessários para a execução dos diversos Módulos Operacionais, o que constitui o **segundo passo** desse momento. Para encontrar os valores prováveis de cada Módulo é importante identificar as despesas com pessoal e outras despesas de custeio, bem como as eventuais despesas com investimentos (obras e instalações, compra de equipamento e material permanente). Para cada Módulo Operacional poder-se-á estimar o custo total, que agregado aos demais Módulos, constituirá o custo provável de execução do Plano. A sistematização desses dados poderá ser feita com a utilização da matriz correspondente (Anexo 14)

O balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários, **terceiro passo** desse momento, deverá gerar a elaboração da proposta orçamentária do Plano, com especificação do volumes totais de recursos a serem disponibilizados e suas possibilidades de gasto em cada ano de execução do Plano, em função das diversas fontes de receita. Com isso, é possível identificar-se eventuais lacunas a serem preenchidas com projetos de captação de recursos para áreas específicas, ou até a possibilidade de remanejamento de recursos entre as diversas áreas.

Uma vez concluído o processo de elaboração da proposta orçamentária, cabe à equipe técnica dar o **último passo** da elaboração do Plano Municipal que é a organização da versão preliminar do Plano a ser encaminhada à discussão no Conselho Municipal de Saúde. O documento Plano, síntese do trabalho de elaboração, pode ser redigido de modo a conter 5 capítulos, conforme esquema colocado em anexo (Anexo 15).

¹⁸ Recursos provenientes do Tesouro Municipal.

¹⁹ Recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, como o PAB.

²⁰ Recursos captados através de convênios firmados entre o município, instâncias superiores de gestão do SUS (SES ou MS), ou outras organizações financeiras nacionais e internacionais.

²¹ Recursos obtidos de outras fontes.

3. ORIENTAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

A execução do Plano Municipal de Saúde é um processo que se dá mediante a programação detalhada anual e a operacionalização das atividades programadas em cada uma das diversas “linhas de ação” ou módulos operacionais que o compõem. O acompanhamento e avaliação deste processo estão previstos através da elaboração do Relatório Anual de Gestão de cada município.

O processo de elaboração do Relatório Anual de Gestão Municipal toma como ponto de partida o Quadro de Metas definido em cada município. Inicialmente, a equipe técnica responsável pela elaboração do Relatório de Gestão deve providenciar o levantamento das informações necessárias à construção dos indicadores de acompanhamento e avaliação propostos e, em seguida, analisar as informações obtidas buscando identificar o grau de cumprimento de cada um dos Objetivos e Metas do PMS. Nessa perspectiva, podem configurar-se três situações específicas. A primeira, a desejada, é que se verifique o cumprimento da meta proposta, a segunda, que não se verifique este cumprimento e, uma eventual terceira situação é que se verifique uma superação da meta definida. O cumprimento da meta revela um cálculo mais ou menos preciso com relação à capacidade operacional do sistema na linha de ação específica, devendo ser evidentemente registrada. O não cumprimento, por sua vez, seja para mais ou para menos, revela uma defasagem entre a previsão inicial e a capacidade de execução, o que deve ser explicado, seja por um erro de cálculo seja pela existência de dificuldades (meta não alcançada) ou oportunidades de ação (meta superada) não previstas quando da elaboração do Plano.

Todas as observações acerca do cumprimento ou descumprimento dos objetivos e metas previstas devem ser registradas pela equipe, constituindo-se na matéria prima para a elaboração do Relatório anual de Gestão. O Relatório propriamente dito é um documento que deve conter, basicamente, quatro itens ou capítulos:

- a) **Introdução**, onde se identifica o município que está apresentando o Relatório, o período a que este se refere e se descreve, sucintamente o processo de elaboração do mesmo.
- b) **Descrição das atividades realizadas**, com a apreciação do grau de cumprimento dos Objetivos e Metas previstas. Este item pode ser elaborado de forma serial, sendo cada sub-item relativo a um determinado Módulo Operacional do Plano. Desse modo, em cada sub-ítem apresenta-se os Objetivos e Metas previstos, descreve-se as atividades realizadas (o que foi feito) e informa-se o grau de cumprimento das metas, comentando-se o resultado alcançado ou explicando-se as dificuldades enfrentadas para o alcance dos objetivos e metas definidas, se for o caso.
- c) **Análise e discussão da relação entre atividades realizadas e recursos disponibilizados**. Este item pode tratar de estabelecer algum nível de análise do processo de gerenciamento de recursos no âmbito municipal, sabidamente uma área crítica do processo de operacionalização dos planos, programas e

projetos. Nessa perspectiva, pode ser útil ao gestor desenvolver uma reflexão acerca do volume de recursos financeiros que foram efetivamente disponibilizados no período, sua conversão em capacidade operacional, através da compra de materiais e pagamento de pessoal e outros encargos, bem como, sua materialização em ações e serviços finalísticos previstos nos diversos módulos operacionais do Plano Municipal de Saúde.

- d) **Comentários finais, propostas e recomendações.** Considerando a possibilidade de “correção de rumo” e ajustes ao Plano Municipal de Saúde à proporção que este se executa, é importante que, em cada Relatório Anual de Gestão, com base nas dificuldades analisadas e nas oportunidades identificadas, sejam elaboradas propostas e recomendações visando a redefinição dos Objetivos e Metas contidas no Quadro inicial, bem como a redefinição das estratégias de ação, atividades e prazos para o cumprimento destes Objetivos e Metas.

Uma vez elaborado o Relatório anual de Gestão este deve ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação e aprovação, juntamente com a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde. O passo seguinte após a aprovação pelo Conselho é o encaminhamento para o gestor estadual, que os analisa e consolida. Mais importante, porém, que o encaminhamento burocrático formal ao gestor estadual, o Relatório de Gestão do sistema municipal de saúde deve se transformar em um instrumento efetivo de orientação e revisão das programações anuais e da própria política municipal de saúde caso as circunstâncias mudem a ponto de exigir uma reorientação da trajetória, sem se perder de vista a finalidade última que é a efetivação do SUS ao nível municipal.

4. COMENTÁRIOS FINAIS

O enfoque adotado no Manual para a elaboração do Plano Municipal de Saúde privilegia a identificação, descrição e análise dos problemas de saúde da população, a partir dos quais são definidas as Políticas e prioridades, bem como desenhadas as estratégias ou “linhas de ação” que serão desenvolvidas para o seu enfrentamento, concluindo-se o processo com a elaboração de uma proposta orçamentária que baliza a gestão dos recursos financeiros no período de quatro anos cobertos pelo Plano.

Consideramos que este enfoque, além de ser adequado aos pequenos municípios pela relativa simplicidade das etapas do processo, tem a vantagem de direcionar os esforços da equipe de planejamento e do próprio Conselho Municipal de Saúde para a análise e elaboração de propostas de ação para o enfrentamento dos problemas “terminais”, (Teixeira, 1993) isto é, os problemas e necessidades de saúde da população. Desse modo, este enfoque relativiza a análise dos problemas do sistema de serviços de saúde, que aparecem como parte da rede explicativa dos primeiros, devendo também ser objeto de propostas de ações e atividades nos diversos Módulos Operacionais.

Entretanto, é possível que, em municípios de médio e grande porte, que venham a assumir uma posição mais destacada nas Microregiões de Saúde, o processo de discussão política em torno da elaboração do Plano Municipal de Saúde implique na valorização de determinados problemas “intermediários”, notadamente no que diz respeito à áreas estratégicas como é o caso da área de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, capacitação de gerenciamento de Recursos Humanos, expansão e reforma de rede física e, principalmente, Controle, avaliação e regulação da rede privada contratada e conveniada com o SUS.

Nesses casos, pode ser conveniente que a equipe técnica responsável pela elaboração do Plano Municipal amplie o leque de Problemas e, conseqüentemente, de Objetivos e Módulos Operacionais correspondentes. O capítulo referente à Análise de Situação, portanto, pode contemplar sub-itens, com a lista dos Problemas de Saúde da população priorizados, e a lista dos Problemas do sistema de saúde municipal. Nesse sentido, o capítulo referente aos Objetivos seria ampliado, contendo tanto os Objetivos que tomam como foco os Problemas de saúde da população, quanto os Objetivos referentes aos problemas do sistema de serviços de saúde. Seguindo esta lógica, haveria Módulos Operacionais que detalham as ações e atividades finalísticas, dirigidas ao enfrentamento dos Problemas “terminais” e Módulos que detalham Ações estratégicas dirigidas ao enfrentamento dos Problemas “intermediários”. (Ver Anexo 11).

Este alargamento do conteúdo de cada capítulo do Plano não altera, substancialmente, a lógica do processo de elaboração, que contempla, basicamente, a realização de **15 passos**, distribuídos desigualmente em quatro momentos. O quadro colocado a seguir sistematiza esse processo, discriminando os passos realizados em cada momento.

QUADRO SÍNTESE**MOMENTOS E PASSOS DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Momento	Passos	Conteúdo
Análise da Situação de Saúde	1º	Caracterização da população
	2º	Identificação dos problemas de saúde
	3º	Priorização dos problemas de saúde
	4º	Construção da rede explicativa dos problemas priorizados
	5º	Apresentação da Análise de situação ao CMS
Definição de Políticas (Objetivos)	6º	Definição das “linhas de ação” a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais
	7º	Elaboração dos Objetivos (Políticas)
	8º	Definição de Ações e atividades para o alcance de cada Objetivo
Desenho das Estratégias	9º	Definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos em cada Módulo Operacional
	10º	Análise de viabilidade das ações proposta e ajustes em cada Módulo Operacional
	11º	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas
Elaboração do orçamento	12º	Realização de estimativa de recursos a serem disponibilizados nos próximos 4 anos
	13º	Estimativa dos gastos com cada Módulo Operacional
	14º	Elaboração da proposta orçamentária do PMS
	15º	Apresentação do Plano ao Conselho Municipal de Saúde

Finalmente, cabe lembrar que o processo de planejamento municipal só se completa com o gerenciamento da execução das ações propostas, que implica na operacionalização propriamente dita das atividades previstas, o acompanhamento e a avaliação do processo e dos resultados alcançados, dos quais o Relatório anual de Gestão do sistema municipal de saúde é a expressão documental, instrumento necessário à divulgação e exercício pleno do controle social sobre a gestão do SUS.

PARTE IV**INSTRUMENTOS PARA O PLANEJAMENTO
MUNICIPAL DE SAÚDE****Anexo 1 – DADOS POPULACIONAIS DO MUNICÍPIO**

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS						
DADOS POPULACIONAIS						
1- TOTAL	2- URBANA		3- RURAL	4-DENSIDADE DEMOGRÁFICA		
			 [Hab./ Km ²]		
5- DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO				6- POP.ÍNDIGENA POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO		
				Ano: Fonte:.....		
FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	MASC.	FEM.		MASC.	FEM.	
Menos de 1 ano						
1 a 4 anos						
5 a 9 anos						
10 a 14 anos						
15 a 19 anos						
20 a 24 anos						
25 a 29 anos						
30 a 34 anos						
35 a 39 anos						
40 a 44 anos						
45 a 49 anos						
50 a 54 anos						
55 a 59 anos						
60 a 64 anos						
65 anos e mais						
Ignorada						
7- NÚMERO DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR REGULARMENTE MATRICULADAS						
Área Urbana:			Área Rural:			
2 - FLUXOS MIGRATÓRIOS						
1- INTRAESTADUAL			ESTIMATIVA DO NÚMERO DE MIGRANTES			
Zona Rural para Urbana no mesmo Município						
Zona Urbana para Rural no mesmo Município						
Zona Urbana para outros Municípios						
Zona Rural para outros Municípios						
2- INTERESTADUAL			ESTIMATIVA DO NÚMERO DE MIGRANTES			
Zona Rural para outros Estados						
Zona Urbana para outros Estados						
Outros Estados para Zona Rural do Município						
Outros Estados para Zona Urb. do Município						

Anexo 2 – LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO

Número	Problema (o que, quem e onde)
1	
2	
3	
4	
n	

Anexo 3 - MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Problema	Magnitude	Valorização	Tecnologia Disponível	Custo Estimado	Total de Pontos
1.					
2.					
3.					
n					

Pontuação dos Critérios: Magnitude: baixa (0); significativa (1); alta (2) muito alta (3)

Valorização: idem; Tecnologia disponível: idem; Custo: Baixo(3); Significativo.(2) alto (1); muito alto(0)

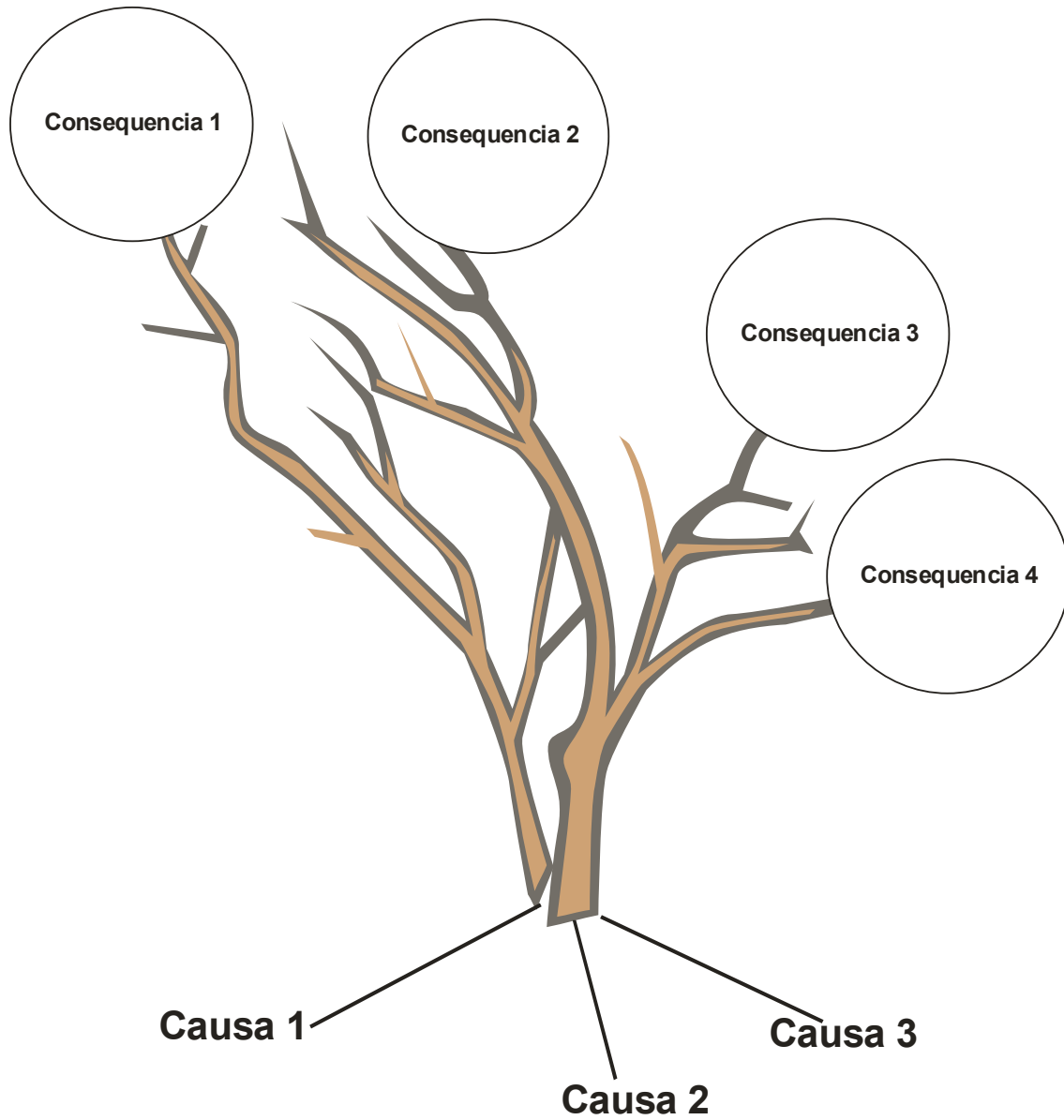
Anexo 4 - FLUXOGRAMA SITUACIONAL

PROBLEMA:			
Descritores	Fatos	Condicionantes	Determinantes

Anexo 5 – ARVORE DE PROBLEMAS

CONSEQUÊNCIAS
PROBLEMA
CAUSAS

Anexo 6 - EJEMPLO DE FLUXOGRAMA SITUACIONAL

Anexo 7 – EXEMPLO DE ARVORE DE PROBLEMAS

Anexo 8 – MATRIZ DE ANÁLISE DE VIABILIDADE (A)

PROBLEMA:				
OBJETIVO	PRODUTO ESPERADO	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	FACILIDADES	DIFICULDADES

Anexo 9 - MATRIZ DE ANÁLISE DE VIABILIDADE (B)

	DECISÃO	EXECUÇÃO	PERMANÊNCIA
POLÍTICA			
TECNICA			
ADMINISTRATIVA			

**Anexo 10 – LISTA DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Indicador
1. Taxa de mortalidade infantil. Número de óbitos de menores de 1 ano
2. Taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis. Número de óbitos de menores de 1 ano por causas evitáveis
3. Proporção de óbitos infantis sem assistência médica. Número de óbitos de menores de 1 ano sem assistência médica
4. Proporção de recém-nascidos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal
5. Proporção de partos e abortamentos em adolescentes
6. Cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano
7. Cobertura vacinal contra influenza em idosos.
8. Número de casos confirmados de tétano neonatal
9. Número de casos confirmados de sífilis congênita
10. Taxa de incidência de tuberculose
11. Taxa de prevalência de hanseníase
12. Taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos
13. Visita domiciliar por família/mês.
14. Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família
15. Consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano
16. Concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos.

Anexo 11 - MATRIZ PARA ELABORAÇÃO DOS MÓDULOS OPERACIONAIS

OBJETIVO GERAL						
Objetivos Específicos	Metas	Atividades	Responsável / Participantes	Recursos Necessários	Prazo	Indicadores de Avaliação

Anexo 12 - QUADRO DE METAS

Objetivos	Metas	Indicadores de acompanhamento e avaliação	Observações

ANEXO 15 – Esquema do Plano Municipal de Saúde

1. Introdução

O PMS do município ----- explicita a política de saúde adotada pela administração municipal, tendo sido elaborado no período -----.

(Breve relato do processo de elaboração do PMS e apresentação da forma como está organizado)

2. Análise da situação de saúde do município

2.1. Caracterização demográfica e socioeconômica da população. Condições de vida dos diversos grupos populacionais (se possível). Mapa básico e mapa temático (Condições de vida).

2.2. Perfil epidemiológico (morbi-mortalidade). Principais problemas de saúde da população em geral e dos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Mapa temático dos problemas de saúde.

2.3. Principais problemas do sistema de saúde (nos municípios de médio e grande porte)

3. Políticas e prioridades (Objetivos gerais do PMS)

3.1 Objetivos referentes aos problemas de saúde da população (Resultados esperados com relação aos problemas de saúde e/ou Ações prioritárias a serem desenvolvidas no período do PMS)

3.2. Objetivos referentes aos problemas do sistema de saúde (nos municípios de médio e grande porte)

4. Módulos do Plano (Módulos Operacionais)

4. 1. Módulo -----

Objetivo geral: -----

Objetivos específicos	Atividades	Resultados esperados	Prazos	Responsáveis	Indicadores de acompanhamento e avaliação

4.2. Módulo -----

Objetivo geral: -----

Objetivos específicos	Atividades	Resultados esperados	Prazos	Responsáveis	Indicadores de acompanhamento e avaliação

E assim por diante, de acordo com o número de Objetivos gerais definidos em cada município.

5. Proposta orçamentária

Referências bibliográficas

- BRASIL Lei 8.080. **Diário Oficial da União**, 19 de setembro de 1990, Brasília.
- BRASIL, Lei 8.142, **Diário Oficial da União**, 24 de dezembro de 1990, Brasília.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social Portaria MS/GM nº1.481. **Diário Oficial da União**, 30 de dezembro de 1990. (Norma Operacional Básica 001/91)
- BRASIL, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social Portaria n.º 545. **Diário Oficial da União**, 24 de maio de 1993, Brasília, p-6961-65. (Norma Operacional Básica 001/93)
- BRASIL, Portaria n.º 2.203. **Diário Oficial da União**, 05 de novembro de 1996, Brasília. (Norma Operacional Básica 001/96)
- BRASIL, portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, MS/SAS, Série A. Norma e Manuais Técnicos, n.º 116, Brasília, DF, 2001, 114 p. (Norma operacional da assistência à Saúde, NOAS – SUS 01/01)
- MATUS, C. **Planificación, Libertad y conflicto**, Cuadernos IVEPLAN 1, Caracas, Venezuela, 1981, 80 p.
- MATUS, C. **Política y Plan**, IVEPLAN, Caracas, Venezuela, 1982, 186 p.
- MATUS, C. **Planificación, Política y Gobierno**, OPS, Washington D. C., 1987, 768 p.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera, F.J.U. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Cortez/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1989, p. 107 - 123
- MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS, HUCITEC/ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.
- MENDES, E. V. (org.) *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, no. 13, OPS, Brasília, 1994, 310 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Instrumentos de gestão, Manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001.
- OPS Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud. Washington D. C. **Publicación científica** n.º 111, 1965.
- OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: **La Administración Estratégica**, Washington, D. C., 1992, 160 p.

PAIM, J. S. *A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários* In: MENDES (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993 p. 187 - 220

PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais* In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, MEDSI, Rio de Janeiro, 1994b, p. 455-466

PAIM, J. S. *O SUS no ensino médico: retórica ou realidade?* **Divulgação em Saúde para Debate**, nº 14, agosto de 1996, p. 59-65

RIVERA, F. J. U. *A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico* OPS, Brasília, **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, 5, 1988, 31 p.

SÁ, M.C. & ARTMANN, E. *O planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local* In: MENDES (org.) **Planejamento e programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13, OPS, Brasília/, 1994, p. 19-44

SESAB, Manual de Planejamento municipal em Saúde. 2001, 42 p.

SCHRAIBER, L. (org) **Programação em Saúde hoje**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1990, 226 p.

SCHRAIBER, L. B. *Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde*. **Saúde em Debate**, no. 47, CEBES, junho de 1995, p. 28-35

SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B. e GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. HUCITEC, São Paulo, 1996, 286 p.

SILVA JÚNIOR, A G. Modelos técnicoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1996, 149 p. (Tese, Doutorado em Saúde Pública).

TEIXEIRA C.F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In : MENDES,E.V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC - ABRASCO, p 237 - 265, 1993.

TEIXEIRA, C. F. *A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário*. In: MENDES, E. V. (org.) Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, OPS. **Série Desenvolvimento de serviços de saúde**, nº 13, Brasília, 1994, p. 43-59

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

TEIXEIRA C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11^a. Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF. 2000, p. 261 - 281

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S. E VILASBOAS, A L. SUS, *Modelos assistenciais e vigilância da saúde*. **Informe epidemiológico do SUS**. Vol. VII (2), CENEPI, MS, Brasília, 1998 .

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Intermédica. Porto Alegre. Rio Grande do Sul, 1991

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação** HUCITEC ABRASCO, São Paulo, Rio de Janeiro, 1995, 306 p.

VILASBOAS, Ana Luiza **Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima** (dissertação de Mestrado). ISC-UFBA, Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos

VILASBOAS, A L. e TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA. ISC-UFBa, Salvador, 1999 (Quarta versão), 15 p.

VILASBOAS, A. L. e MELO, C. Roteiro para elaboração do Plano Municipal de Saúde, CONESEMS-BA, Salvador, setembro de 1997 (mimeo), 10 p.

Carmen Fontes Teixeira

Médica (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 1978), Mestre em Saúde Comunitária (MSC, UFBA, 1982), Especialista em Política e Administração em Saúde (FGV/ENSP, 1983), Doutora em Saúde Pública (PPGSC, UFBA, 1996). Professora do Departamento de Medicina Preventiva da FAMED-UFBA de 1980 a 1994, Professora do Instituto de Saúde Coletiva, da UFBA, de 1994 a 2004. Assessora técnica do Ministério da Saúde, Manágua, Nicarágua, através da Organização Panamericana de Saúde, em 1986-1987. Consultora contratada pela OPAS-Brasil e Cooperação Italiana em Saúde para atividades de cooperação técnica a Distritos Sanitários em vários estados brasileiros, entre 1989 a 1994. Publicou dezenas de trabalhos científicos em revistas nacionais e capítulos de livros abordando temas relacionados com Planejamento e organização de sistemas e serviços de saúde, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Também publicou livros técnicos, entre os quais: “O futuro da prevenção” (Casa da Qualidade, Salvador, Bahia, 2000), “Planejamento Municipal em Saúde” (CEPS-ISC, Salvador, Bahia, 2001), “Promoção e Vigilância da Saúde (em co-autoria com Jairnilson Paim e Ana Luiza Vilasboas), além de dois livros didáticos “O SUS e a Vigilância da Saúde” (MS.PROFORMAR, 2004) e “O processo de trabalho na Vigilância da Saúde” (em parceria com Lorene Pinto e Ana Luiza Vilasboas). Nos últimos 15 anos tem se envolvido com atividades administrativas, tendo sido Chefe do Departamento de Medicina Preventiva (FAMED), Coordenadora do processo de implantação do ISC, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva (ISC) por duas vezes. Atualmente exerce as funções de Coordenação do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, sendo membro do Colegiado do PPGSC do ISC, UFBA. Representou a UFBA no Conselho Estadual de Saúde (1996-1998), é membro da atual Diretoria do CEBES e da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO.