

PLANEJAMENTO MUNICIPAL NO SUS: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SALVADOR

Marcelo Nunes Dourado Rocha
Sara Cristina Carvalho Cerqueira
Carmen Fontes Teixeira

INTRODUÇÃO

O processo de construção do SUS em Salvador, Bahia, tem sido dificultado por uma série de fatores que incluem desde a insuficiência histórica de infraestrutura de serviços públicos de saúde na cidade até a implementação de opções políticas inadequadas em termos de gestão e financiamento dos serviços, notadamente aquelas adotadas no período compreendido entre 1997-2004.

O governo municipal iniciado em 2005, fruto de ampla coligação de partidos de oposição ao bloco hegemônico no Estado, contemplou, na área de saúde, a retomada dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de construção do SUS. Nesse contexto, a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 significou uma oportunidade de se estabelecer um conjunto de proposições que contribuisse com a mudança de direcionalidade na política municipal de saúde, tanto em termos da gestão do sistema quanto, principalmente, em termos da reorganização do modelo de atenção (CERQUEIRA, 2009).

O processo de elaboração do PMS 2006-2009, desencadeado a partir de junho de 2005, buscou observar uma coerência com outros instrumentos de planejamento vinculados ao poder Municipal, a saber: o Plano Diretor de

Desenvolvimento Urbano da Cidade do Salvador (PDDU - Lei 6586/04), a PPI/Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 e o Plano Municipal de Saúde 2002-2005. Durante o processo de elaboração do PMS, tomou-se como referência o Plano Nacional de Saúde e a Agenda Estadual de Saúde, buscando-se identificar convergências de propósitos na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (CARMO et al., 2006). Além disso, buscou-se articular o processo de elaboração do PMS com o processo de planejamento municipal de um modo geral, o que implicou a busca de compatibilização do conteúdo do PMS com o Plano Plurianual (PPA) da Prefeitura, cujo resultado é a incorporação dos principais eixos definidos no PMS ao Plano Estratégico da Gestão Municipal (PEG).

A FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde se desenvolveu nos primeiros meses da nova gestão municipal sob a condução da Assessoria Técnica (ASTECC), que procurou articular as iniciativas produzidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o planejamento do conjunto do poder municipal.

Inicialmente, a ASTECC elaborou uma proposta de oficinas de planejamento e programação local em saúde nos Distritos Sanitários (DS), que dentre outros objetivos pretendia promover a aproximação da direção central da Secretaria Municipal de Saúde com as equipes dos DS e destas com a comunidade; caracterizar os DS quanto às condições socioeconômicas e demográficas; promover um espaço participativo de discussão dos problemas de saúde levantados em cada Distrito Sanitário; e identificar a importância do Planejamento e Programação Local em Saúde – PPLS (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2005), compreendendo-o como um instrumento de gestão no âmbito local e como prática cotidiana dos profissionais da equipe de coordenação dos distritos.

Nesse período foram realizadas as oficinas em todos os Distritos Sanitários, constituindo-se em momentos de grande mobilização das equipes distritais e lideranças comunitárias desses territórios. As oficinas representaram também a oportunidade para que os novos integrantes da gestão conhecessem os problemas de saúde e do sistema de serviços nos DS, além de possibilitar a

integração com as equipes do âmbito distrital. No entanto, apenas alguns técnicos e dirigentes do âmbito central participaram dos encontros, apesar da ASTEC ter discutido a proposta no colegiado de gestão do nível central, e pautado, em outras ocasiões, os resultados das primeiras oficinas.

Paralelo a este movimento junto aos Distritos Sanitários, a SMS vinha participando do chamado “planejamento estratégico” da Prefeitura desencadeado pela Secretaria Municipal de Administração (SEAD) no primeiro semestre daquele ano, e realizado com o apoio de consultoria externa. O Plano Estratégico de Gestão Municipal – PEG se propunha a viabilizar os objetivos estratégicos e programas definidos pelos dirigentes municipais e aprovados pelo Fórum Popular, utilizando a metodologia de planejamento definida pela Coordenadoria Central de Inovação da Gestão - CIG/SEAD. Como produtos desse processo, foram destacados o detalhamento da Missão, Visão, Análise Interna (Pontos Fortes e Pontos Fracos), Ações Específicas, Ações Estratégicas e Metas Globais dos Órgãos e Entidades da PMS – Prefeitura Municipal de Salvador, que comporiam o Plano Plurianual referente ao período de 2006 / 2009.

Portanto, a SMS tinha o desafio de construir o Plano de Saúde em consonância com todos esses instrumentos de planejamento municipal, assim como aqueles referentes ao próprio setor saúde nas outras esferas do SUS. Nesse sentido, a participação dos dirigentes e técnicos da Secretaria no processo de elaboração do Plano Plurianual (PPA) garantiu a compatibilização, do ponto de vista metodológico e orçamentário, com os módulos operacionais do PMS.

No segundo semestre, foi firmado contrato de cooperação técnica com o ISC\UFBA, e, desta forma, a SMS passou a contar com o apoio de pesquisadores da área de planejamento e gestão, que elaboraram a proposta metodológica do Plano Municipal de Saúde bem como o cronograma de trabalho, submetendo-os à discussão no Conselho Municipal de Saúde. Essa equipe trabalhou na sistematização das informações para construção da análise da situação de saúde (ASIS), resgatando os produtos elaborados nas Oficinas de Planejamento dos Distritos Sanitários, e fazendo a revisão da informação demográfica, epidemiológica e socioeconômica disponível para a cidade do Salvador e desagregada por Distrito Sanitário.

Após este trabalho, a versão preliminar da ASIS e o desenho dos módulos operacionais do plano, elaborados com base nos objetivos estratégicos para a saúde (seis programas de ação), definidos no PPA 2006-2009 e desagregados em função dos problemas e prioridades estabelecidas pela SMS, foram apresentados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde.

A elaboração dos módulos operacionais requereu a definição e organização de grupos de trabalho da SMS, compostos por técnicos dos setores diretamente responsáveis por cada situação-objetivo desenhada. Após revisão técnica dos módulos operacionais recebidos, e considerando a dificuldade de algumas equipes na elaboração das propostas, a ASTEC promoveu a realização de oficinas de trabalho para conclusão da redação dos módulos operacionais do PMS. Este momento foi bastante interessante por permitir um espaço de reflexão sobre os desafios para a gestão diante dos problemas do estado de saúde e do sistema referidos na ASIS, além de ter possibilitado indiretamente a discussão das práticas de trabalho das equipes.

Foi elaborada nova versão do Plano após a inclusão das propostas destas oficinas, e, com a proximidade da VIII Conferência Municipal de Saúde (CMS), optou-se por adiar a finalização do documento a fim de submeter o capítulo dos módulos operacionais aos participantes da conferência. A ideia inicial era de que fossem formados sete grupos de discussão na VIII CMS, em concordância com os módulos do plano, mas como a comissão organizadora aderiu à outra formatação dos grupos, a opção foi incluir o capítulo nos documentos da conferência.

Finalmente, a equipe de planejamento procedeu à revisão final e editoração do Plano Municipal de Saúde, que foi aprovado por unanimidade na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em agosto de 2006.

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009

O PMS 2006-2009 em sua formatação final está estruturado em sete capítulos assim distribuídos: 1. Introdução; 2. Aspectos demográficos e socioeconômicos 3. Análise da Situação de Saúde (ASIS); 4. Concepções, princípios e diretrizes; 5. Módulos Operacionais (MO); 6. Plano Plurianual; 7. Anexos.

O capítulo introdutório do Plano destaca o cuidado, do ponto de vista metodológico, de realização da análise de coerência entre os instrumentos de planejamento setorial, tais como, o Plano Nacional (2004-2007) e Estadual de Saúde (2004-2007), o Plano Municipal de Saúde (2002-2005), a Programação Pactuada Integrada/Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2005), além das recém-aprovadas diretrizes do Pacto pela Saúde 2006. Ademais, incorporou outros instrumentos de planejamento sistêmico, a exemplo do PDDU.

Traz o caráter inovador do PMS 2006-2009, que buscou sincronizar o processo de formulação do Plano ao Ciclo Orçamentário no âmbito da Prefeitura, permitindo a compatibilização orçamentária dos programas, projetos e atividades do PPA com os Módulos Operacionais do Plano Municipal de Saúde. Ademais, reafirma o compromisso com o fortalecimento do controle social ao envolver o Conselho Municipal de Saúde desde o início do processo de formulação até a elaboração da sua versão final, que contou com a incorporação das propostas e recomendações emanadas na 8ª Conferência Municipal de Saúde.

O segundo capítulo contempla uma sistematização de dados gerais acerca das características demográficas e socioeconômicas da população, chamando atenção para as tendências mais recentes, quais sejam, a redução da taxa de crescimento populacional e o envelhecimento da população, o que indica a necessidade de preparação do sistema municipal de serviços de saúde para atender às demandas específicas deste grupo populacional. Ainda em termos demográficos, merece destaque a composição étnica da população do município, na qual 83% dos residentes na capital são afro-descendentes.

Neste cenário, cumpre registrar a iniciativa da administração pública municipal em criar o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GT-SPN), constituído por técnicos da SMS e representante da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR). Como um dos desdobramentos mais significativos dos trabalhos desencadeados por este grupo, pode-se citar a elaboração do Diagnóstico de Saúde da População Negra que passou a orientar a elaboração das propostas de intervenção para este grupo populacional, as quais foram posteriormente reunidas num módulo operacional específico.

O terceiro capítulo do Plano é composto pela Análise da Situação de Saúde da população, orientada pelo enfoque sobre problemas, possibilitando a distinção entre os problemas do estado de saúde da população (danos e riscos) e problemas do sistema de serviços de saúde (infraestrutura, gestão, organização, financiamento, gestão e modelo de atenção). Ao assumir a opção pelo planejamento participativo, concretizado na realização de oficinas de trabalho em nível distrital, criou as condições que possibilitaram uma análise de situação de saúde mais próxima da realidade da população e dos trabalhadores da saúde.

Nessa perspectiva, o Plano procurou apresentar informações epidemiológicas desagregadas por distritos sanitários, procurando dar visibilidade às análises produzidas, ao longo do ano de 2005, nas oficinas de trabalho realizadas em cada um dos 12 DS de Salvador. Contempla, em primeiro lugar, a sistematização dos principais problemas de saúde da população apresentados em termos dos principais indicadores da tendência de mortalidade e de morbidade por causas e por grupos populacionais atingidos. Em seguida, apresentam-se os problemas do sistema municipal de serviços de saúde, chamando a atenção para a incipiência do processo de construção do SUS no município, naquela altura ainda habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica.

A decisão política de elevar o município à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSMS), dificultada pela insuficiência estrutural de serviços municipais de saúde, gerou a necessidade de se fazer um balanço entre a disponibilidade de oferta de serviços próprios e contratados, de um lado, e as necessidades de serviços de saúde da população, de outro. Este balanço tomou como referência os parâmetros de cobertura assistencial adotados no SUS, em especial a Portaria 1101/02, utilizada na elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), contemplando a realização de estimativas em termos de: número de consultas e de procedimentos por especialidades, necessidades de internação e disponibilidade de leitos por especialidade, distribuição espacial da rede de serviços de saúde, classificação por tipo de estabelecimento e a situação dos equipamentos de diagnose e terapia.

De modo geral, o resultado das estimativas indica uma série de distorções, com expressivo desequilíbrio entre os DS, em grande medida, decorrentes da

baixa capacidade instalada, inclusive da rede básica, e da excessiva dependência do setor privado nos serviços de média e alta complexidade, fruto da política de terceirização das ações e serviços de saúde, levada a cabo pela gestão pública municipal no período anterior.

O quarto capítulo traz a explicitação das Concepções, Princípios e Diretrizes que nortearam a formulação da “Política Municipal de Saúde”, expressa nos Objetivos do Plano colocados no capítulo seguinte. Cabe ressaltar que este item do PMS 2006-2009 tem um significado estratégico no âmbito do debate acerca do modelo de atenção que se pretendia implementar no SUS municipal, vez que explicita claramente a opção pela proposta de Vigilância da Saúde (PAIM; TEIXEIRA; VILASBOAS, 1998) como “imagem-objetivo” a ser perseguida no âmbito do sistema municipal.

Essa decisão foi colocada inicialmente no PDDU, quando de sua revisão no início da gestão e trabalhada pela equipe dirigente da SMS por conta das Oficinas de preparação do Plano Municipal de Saúde, em 2006, sendo devidamente referendada pelo Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, a opção pela proposta da Vigilância da Saúde apresenta um conjunto de implicações. *Em primeiro lugar, compromete-se com o controle de danos, riscos e determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população, preocupando-se não apenas com a demanda por serviços, mas com as necessidades de saúde, individuais e coletivas.*

Em segundo lugar, a Vigilância da Saúde dialoga com outras combinações tecnológicas mais conhecidas, tais como: a assistência médico-hospitalar (inclusive os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e os serviços de média e alta complexidade), a saúde bucal, a assistência farmacêutica, as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e nutricional) e as ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Em terceiro lugar, reconhece a estratégia da saúde da família como componente orgânico ao modelo, além de valorizar propostas alternativas como acolhimento, oferta organizada, ações programáticas de saúde e Cidades Saudáveis.

Em quarto lugar, ao anunciar a perspectiva da Vigilância da Saúde, o PDDU aponta, inicialmente, para a integração institucional e operacional das vigilâncias com os laboratórios de saúde pública, a saúde ambiental e ocupacional até alcançar, em uma etapa mais

avançada, as características fundamentais desse modelo: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações” (SALVADOR, 2006).

Com referência à reorganização dos serviços de saúde, o Plano destaca a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como dispositivo estratégico para apoiar a mudança na organização da atenção básica de saúde no município, apontando ainda para a necessidade de aperfeiçoamento da organização espacial da distribuição da rede de saúde e a otimização da rede de referência, com prioridade para as áreas periféricas.

A síntese dos principais problemas do estado de saúde e do sistema municipal de serviços de saúde foi o ponto de partida para elaboração das propostas de intervenção consolidadas nos módulos operacionais reunidos no quinto capítulo. Os MO foram definidos em função das áreas-problema consideradas como eixos do processo de construção do SUS no município. Em cada um deles, tratou-se de estabelecer os objetivos gerais e específicos que conduzem à definição de linhas de ação voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados no momento anterior. Desse modo, a versão final do PMS 2006-2009 contemplou os seguintes módulos operacionais:

● **Módulo Operacional I – Promoção e Vigilância da Saúde**

Considerando a incipiência histórica das ações de promoção da saúde e a fragilidade no desenvolvimento de propostas de intervenção nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador no município, optou-se pela agregação destes componentes num mesmo módulo. Assim, foram concebidas quatro linhas de ação: Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida, Comunicação e Educação em Saúde, Vigilância em Saúde, Vigilância à Saúde do Trabalhador. Em seu conjunto, tais linhas apontavam para a necessidade de promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, considerando três grupos de determinantes: a) determinantes

sócio-ambientais (educação, emprego, habitação, saneamento, renda, etc.); b) riscos (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e condutas inadequadas no trânsito, violências, sobrepeso, alimentação incorreta, sedentarismo, abuso de drogas, etc.); c) danos (Doenças Cardiovasculares, Hipertensão, Diabete, Obesidade, Neoplasias, Acidentes, Agressões e Homicídios, Cárie e doença periodontal, Doenças Infecciosas e Parasitárias, etc.).

Especificamente em relação à Vigilância em Saúde, propôs-se a organização do sistema com ênfase na descentralização para os distritos sanitários das ações de: controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, além daquelas de prevenção e controle das doenças imuno-preveníveis, da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANTs) e dos agravos relacionados com a violência social em suas diversas formas.

● **Módulo Operacional II – Atenção Básica à Saúde**

Ao considerar a problemática da Atenção Básica, analisada no diagnóstico situacional (momento explicativo), sendo caracterizada pela baixa cobertura assistencial, e agravada pela política de terceirização na contratação dos profissionais de saúde, o segundo módulo indicou a necessidade de reorganização deste nível de atenção, com adoção da estratégia de saúde da família como eixo estruturante do processo.

Nesse sentido, investiu no aumento da cobertura da ESF com prioridade para as áreas menos privilegiadas da cidade, tendo como objetivos a ampliação do acesso, a melhoria na qualidade da atenção e a humanização do atendimento da população no sistema municipal de saúde em Salvador. A organização do processo de trabalho deveria privilegiar o desenvolvimento de ações integrais de acordo com eixos temáticos prioritários, a saber: Saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Idoso, Saúde Mental e Saúde Bucal. Ademais, inovou ao ocupar-se com a garantia do atendimento integrado a determinados grupos tradicionalmente não contemplados na formulação de políticas públicas de saúde, tais como: os portadores de deficiências físicas, de albinismo, de lúpus e de anemia falciforme.

● **Módulo Operacional III – SADT, Ações de Média e Alta Complexidade e Atenção às Urgências e Emergências**

A elevação do município à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSM), ainda em 2006, imprimiu a necessidade de se reorganizar os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o atendimento de urgência e emergência, bem como os serviços de média e alta complexidade ofertados pelos prestadores públicos e privados (contratados/conveniados). A proposta de reorganização da rede, também adotada no PDDU, indicava que esta deveria ocorrer de forma regionalizada e hierarquizada em articulação direta com a atenção básica. O balanço realizado no final do terceiro capítulo indicou a necessidade de redimensionamento da oferta de determinados serviços e da implantação de outros ainda não ofertados, com vistas a ampliar o acesso do usuário aos serviços de maior complexidade, garantindo a universalidade, equidade e integralidade do atendimento.

As dificuldades enfrentadas na relação com a esfera estadual em torno das negociações para assumir a gestão dos estabelecimentos públicos sediados no município evidenciaram a disputa entre projetos políticos diferentes na condução do SUS no estado. Por conta da negativa da gestão estadual em municipalizar a rede hospitalar, a formulação das propostas de ação se preocupou, fundamentalmente, com a melhoria da qualidade da assistência pré-hospitalar e com a qualificação dos serviços de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da rede municipal.

● **Módulo Operacional IV – Fortalecimento da Capacidade de Gestão (Plena) do SUS Municipal**

Este módulo contempla a definição do conjunto de ações e atividades desenvolvidas para fortalecer a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, envolvendo a condução política, o planejamento, auditoria, controle e avaliação e a organização da rede de apoio gerencial aos serviços públicos de saúde. No plano político, apontou para a necessidade de consolidar e expandir a articulação da SMS com outros órgãos setoriais como o Ministério da Saúde e outras secretarias de saúde (estaduais e municipais), além de outras instâncias da PMS, numa perspectiva intersetorial.

Igualmente, considerou a implantação de uma política de comunicação visando estabelecer canal de comunicação permanente com a população usuária do SUS municipal, inclusive com a criação do serviço de Ouvidoria. No âmbito organizacional-gerencial, propôs a retomada do processo de descentralização da gestão em consonância com a proposta de redefinição do papel dos Distritos Sanitários. Este movimento apontava para a construção de um sistema municipal de planejamento descentralizado, organizado de forma ascendente (UBS-DS-SMS), estimulando o desenvolvimento de um processo de programação anual das ações e serviços de saúde em nível local.

Outro aspecto preocupante a ser enfrentado, constituía-se na incipiência da regulação dos contratos administrativos, sobretudo com os prestadores privados contratados que consumiam boa parte dos recursos públicos municipais. Nesse sentido, tratou-se de fortalecer o sistema municipal de Auditoria com a estruturação de um sistema de regulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde. Ademais, tratou-se de promover a autonomia e capacidade do Fundo Municipal de Saúde para gerir os recursos advindos das 3 esferas de governo, visando melhorar a alocação e distribuição das receitas.

Com relação à infraestrutura do sistema, a ideia era regularizar o abastecimento de materiais e medicamentos nas unidades de saúde, além de investir na ampliação da capacidade instalada (rede física e equipamentos) do SUS municipal. Como desdobramento deste módulo, devemos citar a elaboração do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde com vistas à implementação da reorganização administrativa da SMS.

● **Módulo Operacional V – Valorização dos Profissionais e Trabalhadores de Saúde**

Sabidamente identificado como um dos dois “nós críticos” mais importantes do sistema, ao lado do financiamento (TEIXEIRA, 2006), a problemática dos profissionais e trabalhadores de saúde no município de Salvador revelava-se de forma bastante peculiar. A terceirização na contratação de pessoal para atuação em áreas estratégicas, inclusive o PSF, ocorrida na gestão

anterior, dificultava a extensão de cobertura coerente com os princípios de universalidade e integralidade. Com isso, configurou-se a necessidade de se retomar o investimento na recomposição dos quadros e na valorização do servidor municipal de saúde.

As propostas de intervenção formuladas apontaram, inicialmente, para a definição do quadro básico de pessoal em função das necessidades de ações e serviços de saúde, na perspectiva da gestão plena, com expectativa de realização de concurso público para provimento das funções. Do mesmo modo, comprometeram-se com a reformulação e implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Coerente com a proposta do MS, este quinto módulo reafirmou o compromisso de fortalecimento dos processos de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde, a partir da implantação da Política Municipal de Educação Permanente, com o objetivo de transformar o processo de trabalho em eixo definidor e configurador de demandas educacionais no sistema. Enquanto parte desta política, merece destaque a iniciativa da SMS em realizar um curso de especialização em gestão municipal com ênfase na Gestão de Sistemas de Saúde, em parceria com o ISC/UFBA, que envolveu grande parte dos dirigentes e técnicos, possibilitando uma maior difusão dos princípios e propostas definidos na Política Municipal de Saúde.

● **Módulo Operacional VI – Qualificação do Controle Social**

Não menos sensível à temática da participação e do controle social no município, que enfrentava um delicado processo de renovação da composição dos membros do CMS, o sexto módulo destacou os aspectos voltados à promoção da participação social em saúde e a efetivação de uma gestão participativa e democrática do sistema municipal.

Desse modo, definiram-se como estratégias prioritárias: a) ampliação da participação popular na gestão do SUS, visando ao aperfeiçoamento do processo de gestão participativa com ampliação do debate em torno da Política

Municipal de Saúde através do estímulo à implantação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde; b) desenvolvimento de um processo de educação permanente dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social do SUS municipal, tendo como principal objetivo qualificar a atuação do CMS; c) estabelecimento de uma rede de intercâmbio entre os diversos conselhos municipais de políticas públicas; e d) criação de instâncias de controle social da Saúde do Trabalhador no município.

● **Módulo Operacional VII – Política de Atenção à Saúde da População Negra**

O conjunto dos módulos é completado com um especificamente voltado a apresentar a Política de Atenção à Saúde da População Negra, cujas ações recortam tanto o processo de reorganização do modelo de atenção quanto o processo de gestão do sistema municipal de saúde. Assim, procura englobar uma diversidade de enfoques traduzidos nos seus quatro objetivos específicos, que variam desde a preocupação em garantir visibilidade aos agravos prevalentes na população negra, a exemplo da Anemia Falciforme e da violência contra a mulher, passando pela implantação de ações de Combate ao Racismo Institucional na Saúde.

Na prática, a incorporação destas propostas demanda a criação de distintos espaços como o Observatório da Saúde da População Negra de Salvador, responsável pelo monitoramento dos agravos mais prevalentes, além da criação do Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra, composto por pesquisadores, trabalhadores e gestores da saúde e representação da sociedade civil, visando à articulação de estratégias para o combate ao racismo institucional.

O reconhecimento das religiões de matriz africana também como espaço de promoção da saúde indica, por um lado, uma maior aproximação com estas comunidades visando à formação de uma rede municipal de centros religiosos que desenvolvem atividades de saúde. Por outro lado, resgata a necessidade de se preservar a cultura de saúde das áreas remanescentes de Quilombos Urbanos.

O MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Considerando a experiência anterior de ritualização do processo de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde (CERQUEIRA, 2009), o movimento desencadeado na organização com a construção do PMS 2006-2009 exigiu a implantação de um processo permanente de monitoramento da implantação das ações previstas, assim como a avaliação do grau de cumprimento dos objetivos definidos em cada linha de ação dos módulos do Plano. Nesse sentido, a SMS, em cooperação técnica com o ISC/UFBA, elaborou uma proposta²⁵ que permitiu o acompanhamento do Plano.

A proposta estruturou-se a partir da identificação de três “polos” ou eixos, quais sejam: polo da intervenção, polo avaliativo/formativo e o polo de investigação. O eixo central da proposta se traduziu no polo da intervenção, sendo desenvolvido na perspectiva da análise da implantação do Plano Municipal de Saúde e a concomitante descrição das condições encontradas no âmbito da SMS em termos dos mecanismos que facilitaram ou inibiram este processo. Consistia na realização de entrevistas por profissional da equipe de cooperação técnica aos dirigentes e técnicos da SMS responsáveis pelas ações do PMS.

O polo avaliativo/formativo deu-se por meio de encontros coletivos com os coordenadores do nível central e dos distritos sanitários, previamente agendados, cuja função foi *favorecer uma regulação das aprendizagens requeridas pelo Plano*. O polo da investigação foi desenvolvido buscando responder quais os elementos que facilitaram ou dificultaram a incorporação do Plano Municipal de Saúde como meio de trabalho da organização.

Os primeiros passos no monitoramento da implantação do Plano foram dados com a apresentação e discussão da proposta no colegiado de gestão do nível central em setembro de 2006, seguido da formação de grupos de trabalho

²⁵ Paim, J. S.; Viana, S. V. Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009), Salvador, 2006, 45p.

por afinidade de ações a fim de serem acompanhados durante a 1ª etapa de visitas. Em dezembro de 2006 foi realizada a primeira oficina prevista na metodologia de monitoramento do plano cujo tema principal foi o “desenvolvimento e fortalecimento de equipes”. A primeira construção coletiva apontava recomendações para a implantação do PMS, enquanto a segunda consistiu no desenho de estratégias para implementá-lo.

A segunda etapa de visitas foi realizada no período de abril e maio de 2007, sendo finalizada com a realização da segunda oficina no mês de junho. Esta oficina contou com a participação de dirigentes e técnicos da Secretaria, sendo programada também a discussão do plano diretor da SMS, documento também construído em cooperação técnica com a Universidade. Nesse encontro, foi possível traçar um panorama dos trabalhos de acompanhamento do plano, sendo discutidos os principais inibidores de sua implantação.

A terceira etapa ocorreu nos meses de novembro e dezembro, e o conteúdo da terceira oficina do Plano contemplou a apresentação dos resultados do monitoramento das ações do PMS, com a explicitação dos mecanismos facilitadores, assim como a construção de estratégias para superação dos mecanismos inibidores. A quarta etapa de acompanhamento ocorreu no período de maio e junho, e a última oficina abordou questões relacionadas à utilização do Plano enquanto ferramenta de gestão. O diferencial desta oficina em relação às anteriores foi a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde.

A metodologia desenvolvida neste processo possibilitou que a área de planejamento da SMS realizasse de alguma maneira a gestão do Plano (CECÍLIO, 1997), pautando nas reuniões do colegiado a discussão dos inibidores da implantação das ações, bem como o acompanhamento das estratégias pactuadas em grupo. A experiência da SMS de Salvador indica que a existência do processo sistemático de acompanhamento da implantação do Plano resultou em benefícios para o aprendizado organizacional (CERQUEIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, com duração de cerca de um ano e participação de diferentes autores e atores, mais do que uma oportunidade de se estabelecer um conjunto de proposições que contribuíssem na mudança de direcionalidade na política municipal de saúde, tanto em termos da gestão do sistema quanto, principalmente, em termos da reorganização do modelo de atenção, sinalizou a mudança na forma da organização se relacionar com seus trabalhadores e usuários de saúde.

A análise deste processo permite-nos destacar alguns aspectos importantes:

- a) O caráter participativo do processo, que envolveu gestores e trabalhadores de saúde dos diversos níveis da estrutura organizacional da SMS, bem como um conjunto heterogêneo de atores sociais, quer através dos debates ocorridos no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, quer através do esforço realizado no seio da Conferência Municipal de Saúde, evento que possibilitou a discussão dos Módulos Operacionais do PMS;
- b) A metodologia adotada tomou como referência o enfoque situacional, privilegiou a identificação, descrição e análise de problemas de saúde e do sistema de saúde, processo iniciado na base do sistema, os Distritos Sanitários, e completado no âmbito central da SMS e nas instâncias de gestão participativa do SUS municipal;
- c) O estabelecimento de cooperação técnica com a Universidade, permitindo que o processo de elaboração do PMS se beneficiasse do aporte conceitual e metodológico propiciado pela academia no momento da definição da metodologia de elaboração do Plano, bem como nas sucessivas revisões dos diversos capítulos, especialmente o relativo à análise da situação de saúde e os Módulos Operacionais;
- d) A busca de coerência externa e interna das propostas de ação do PMS com as prioridades definidas em níveis nacional e estadual (Pacto de Gestão e Agenda Estadual de Saúde), bem como o desdobramento do processo de elaboração do PMS no âmbito do planejamento municipal

como um todo, expressa na articulação do PMS com o Plano Plurianual (PPA), o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) e o Plano Estratégico de Gestão (PEG);

- e) A adequação das políticas adotadas no PMS à especificidade da situação demográfica e epidemiológica de Salvador, com ênfase na formulação da política de saúde para a população negra, o que representa também o reconhecimento da problemática da iniquidade social e a legitimação das demandas expressas, em níveis nacional e local, pelos representantes do movimento negro no município;
- f) A opção pelo desenvolvimento de metodologia para o acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009 representa uma inovação do processo de planejamento da SMS que contribuiu para o desenvolvimento de um processo ainda incipiente de institucionalização do planejamento e da avaliação na instituição.

Em síntese, a elaboração do PMS 2006-2009 foi acrescentada à experiência anterior da SMS na elaboração de planos de saúde utilizando metodologias de planejamento de caráter participativo, inspiradas no enfoque estratégico-situacional. Ainda que isto não signifique garantia de incorporação dos mesmos enquanto ferramenta de gestão (PAIM, 2002), é possível concluir que, apesar das dificuldades enfrentadas no processo de formulação, implementação e avaliação do Plano, os resultados do acompanhamento do PMS indicam que a organização foi desenvolvendo um aprendizado que pode contribuir para a eventual superação de práticas burocráticas, clientelistas e ritualísticas que ainda prevalecem no cotidiano da gestão pública em saúde.

AGRADECIMENTOS

Este capítulo é fruto da sistematização de um processo de trabalho coletivo que envolveu um conjunto de sujeitos que participaram direta e indiretamente do processo de planejamento da SMS de Salvador no período 2005-2006. Os autores agradecem a contribuição de Jairnilson Paim e Cristian Leal (ISC/UFBA), e especialmente a Dulcelina Anjos do Carmo e a equipe da ASTEC.

REFERÊNCIAS

CARMO, D. A et al. Planejamento Municipal de Saúde: A Experiência de Salvador em 2005-2006. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro. **Anais** do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006.

CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 151-167.

CERQUEIRA, S. C. C. **O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador**. 202fls. 2009. Salvador. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

PAIM, J. S. Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. CEPS-ISC. Salvador, 2002. p. 447.

PAIM, J. S.; VIANA, S. V. **Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009)**. Salvador, 2006. 45p.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Orientações metodológicas para o Planejamento e Programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-Bahia. In: BAHIA. SESAB/UFBA/ISC. **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família** (texto de apoio 6). Salvador, Bahia, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 7, Brasília, DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador, Bahia: EDUFBA, 2006. p. 19-584.