



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.498 de 27/04/76

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19/12/86

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 9.271 de 14/12/2004

Recredenciada pelo Decreto Estadual nº 17.228 de 25/11/2016

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO PROFISSIONAL

SÍLVIA ALVES FERREIRA CARNEIRO

**VIVENCIANDO O PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE E SUAS
DIMENSÕES NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA SANITÁRIA
INTERNACIONAL**

Feira de Santana, Bahia

2023

SÍLVIA ALVES FERREIRA CARNEIRO

**VIVENCIANDO O PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE E SUAS
DIMENSÕES NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA SANITÁRIA
INTERNACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho, educação permanente e cuidado em saúde

Orientador: Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus - <https://orcid.org/0000-0002-6607-119X>

Feira de Santana, Bahia

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Carneiro, Sílvia Alves Ferreira

C29v Vivenciando o planejamento municipal em saúde e suas dimensões no contexto de uma emergência sanitária internacional / Sílvia Alves Ferreira Carneiro. – 2023.
82 f.: il.

Orientador: Washington Luiz Abreu de Jesus.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Planejamento municipal em saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Gestão em saúde. 4. Crise sanitária de Covid-19. I. Título. II. Jesus, Washington Luiz Abreu de, orient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 614(81)

SÍLVIA ALVES FERREIRA CARNEIRO

**VIVENCIANDO O PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE E SUAS
DIMENSÕES NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA SANITÁRIA
INTERNACIONAL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, Bahia, 27 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Universidade Estadual de Feira de Santana
(Orientador)

Documento assinado digitalmente
 **WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS**
Data: 01/04/2024 17:00:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Universidade Federal da Paraíba
(1º Avaliador - Externo)

Documento assinado digitalmente
 **ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO**
Data: 22/04/2024 18:24:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Márcio Costa de Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana
(2º. Avaliador - interno)

Documento assinado digitalmente
 **MARCIO COSTA DE SOUZA**
Data: 03/04/2024 14:35:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Somos sistemas vivos e todo sistema vivo (natural ou social) é um sistema complexo adaptativo devido à sua alta capacidade de evoluir, mudar e aprender com a experiência.

Prof. Humberto Mariotti

RESUMO

Esta dissertação aborda o processo de planejamento em saúde, particularmente no contexto da crise sanitária internacional da COVID-19. O objetivo geral é analisar esse processo, no âmbito municipal, no período 2020-2021, por meio de quatro dimensões – sociopolítica, técnico-sanitária, gerencial e intersubjetiva – no município de Mairi, situado na região Centro-Norte do estado da Bahia. A abordagem metodológica utilizada foi qualitativa do tipo estudo de caso. Como campo de pesquisa, este estudo foi desenvolvido no citado município. A análise documental foi utilizada na produção e coleta de dados, com relação aos produtos do processo de formulação do planejamento (normativos e políticos) que registram as decisões adotadas, como é o caso de Leis, Portarias, Normas, Planos, Programas e Projetos, Manuais e Cartilhas. Procedeu-se a reflexões teórico-conceituais, análises e debates vivenciados, com construção de uma matriz compartilhada, que se apresentam na “ação comunicativa” desencadeada no âmbito do processo do planejamento e se expressam, por vezes, nos documentos elaborados. A análise dos dados foi processada mediante a comparação da análise documental com a matriz de análise do Plano Municipal de Saúde nas quatro dimensões propostas. Na aferição dos resultados, recorreu-se a um Mapa Conceitual. Como produto técnico, foi produzido um artigo e anexado a esta dissertação. Essa produção técnica, traz a potência da dimensão relacional para o planejamento em saúde, ao caracterizar quatro temáticas: gestão do trabalho, gestão da educação em saúde, comunicação e colegiado gestor. Os desafios enfrentados referem-se à resistência às mudanças, pouco envolvimento dos profissionais de saúde nos aspectos de gestão em saúde, gestão do trabalho, além da comunicação entre os atores. Os pontos fortes elencados foram às reuniões em períodos curtos, o constante processo de educação permanente, mediante um calendário de atividades, e o monitoramento. Concluiu-se que o Plano Municipal de Saúde cujo processo de planejamento ocorreu no período analisado não é uma peça racional e normativa, sendo necessário negociar ou construir relações, pactuações e o fomento de ações para a gestão do trabalho e educação em saúde como estratégia de democratização, além do aprimoramento da comunicação e o fortalecimento de colegiados gestores pelo compartilhamento de decisões.

Palavras chave: Planejamento Municipal em Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Estudo de caso. Crise sanitária de COVID-19.

ABSTRACT

This dissertation addresses the health planning process, particularly in the context of the COVID-19 international health crisis. The general objective is to analyze this process, through the dimensions presented by Jesus (2012) – sociopolitical, technical-sanitary, managerial and intersubjective – in the municipality of Mairi, located in the Center-North region of the state of Bahia. The methodological approach used was a qualitative case study type. As a field of research, this study was developed in the aforementioned municipality. Document analysis was used in the production and collection of data, in relation to the products of the planning formulation process (normative and political) that record the decisions adopted, as is the case with Laws, Ordinances, Norms, Plans, Programs and Projects, Manuals and Booklets. Theoretical-conceptual reflections, analyzes and debates were carried out, with the construction of a shared matrix, which are presented in the “communicative action” triggered within the scope of the planning process and are sometimes expressed in the documents prepared. Data analysis was processed by comparing the documentary analysis with the analysis matrix of the Municipal Health Plan in the four proposed dimensions. When measuring the results, a Conceptual Map was used. The article produced and attached to this dissertation brings the power of the relational dimension to health planning, by characterizing four themes: work management, health education management, communication and management collegiate. The challenges faced refer to resistance to change, little involvement of health professionals in aspects of health management, work management, in addition to communication between actors. The strengths listed were the meetings in short periods and the constant process of ongoing education, through a calendar of activities, and monitoring. It was concluded that the Municipal Health Plan whose planning process took place during the analyzed period is not a rational and normative piece, and it is necessary to negotiate or build relationships, agreements and the promotion of actions for work management and health education as a strategy for democratization, in addition to improving communication and strengthening management committees by sharing decisions.

Keywords: Municipal Health Planning. Unified Health System. Health Management. Case study. COVID-19 health crisis.

RESUMEN

Esta disertación aborda el proceso de planificación de la salud, particularmente en el contexto de la crisis sanitaria internacional COVID-19. El objetivo general es analizar este proceso, a través de las dimensiones presentadas por Jesús (2012) – sociopolítica, técnico-sanitaria, empresarial e intersubjetiva – en el municipio de Mairi, ubicado en la región Centro-Norte del estado de Bahía. El enfoque metodológico utilizado fue del tipo estudio de caso cualitativo. Como campo de investigación, este estudio se desarrolló en el municipio antes mencionado. En la producción y recolección de datos se utilizó el análisis documental, en relación con los productos del proceso de formulación de la planificación (normativa y política) que registran las decisiones adoptadas, como es el caso de Leyes, Ordenanzas, Normas, Planes, Programas y Proyectos, Manuales y Folletos. Se realizaron reflexiones, análisis y debates teórico-conceptuales, con la construcción de una matriz compartida, que se presentan en la “acción comunicativa” desencadenada en el ámbito del proceso de planificación y en ocasiones se expresan en los documentos elaborados. El análisis de los datos se procesó comparando el análisis documental con la matriz de análisis del Plan Municipal de Salud en las cuatro dimensiones propuestas. A la hora de medir los resultados se utilizó un Mapa Conceptual. El artículo elaborado y adjunto a esta disertación tiene el poder de la dimensión relacional a la planificación en salud, caracterizando cuatro temas: gestión del trabajo, gestión de la educación en salud, comunicación y gestión colegiada. Los desafíos enfrentados se refieren a resistencia al cambio, poco involucramiento de los profesionales de la salud en aspectos de gestión de la salud, gestión del trabajo, además de la comunicación entre actores. Las fortalezas enumeradas fueron las reuniones en períodos cortos y el proceso constante de educación permanente, a través de un calendario de actividades y seguimiento. Se concluyó que el Plan Municipal de Salud cuyo proceso de planificación se desarrolló durante el período analizado no es una pieza racional y normativa, y es necesario negociar o construir relaciones, acuerdos y la promoción de acciones para la gestión del trabajo y la educación en salud como estrategia. para la democratización, además de mejorar la comunicación y fortalecer los comités de gestión compartiendo decisiones.

Palabras clave: Planificación Municipal de Salud. Sistema Único de Salud. Gestión en Salud. Estudio de caso. Crisis sanitaria del COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS/BA	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia
CONSAN	Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte
COVID-19	Coronavírus <i>Disease</i> 2019
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESD	Estratégia Saúde Digital
GDHI	<i>Global Digital Health Index</i>
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
MC	Mapa Conceitual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRI	Planejamento Regional Integrado

PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa conceitual das dimensões teórico-metodológicas da análise do planejamento em saúde	30
Figura 2 – Mapa conceitual da dimensão sociopolítica do processo de planejamento em saúde do município de Mairi-BA – 2020-2021	36
Figura 3 – Mapa conceitual da dimensão técnico-sanitária do processo de planejamento em saúde do município de Mairi-BA – 2020-2021.....	37
Figura 4 – Alimentação dos DOMI no DigiSUS	39
Figura 5 – Mapa conceitual da dimensão gerencial do processo de planejamento em saúde do município de Mairi-BA – 2020-2021	40
Figura 6 – Mapa conceitual da dimensão relacional e/ou intersubjetiva do processo de planejamento em saúde do município de Mairi-BA – 2020-2021	44

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO: O CAMINHAR DA GESTÃO E DO DESPERTAR DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	11
1	CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO MUNICIPAL NUM CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA INTERNACIONAL E IMPLICAÇÃO COM O OBJETO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	DIALÉTICA DO PLANEJAMENTO NO SUS: TRANSITANDO ENTRE NORMAS, TEORIAS E MÉTODOS	19
2.2	DIFERENTES DIMENSÕES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE: RESSIGNIFICANDO CONCEITOS COM BASE NAS PRÁTICAS DO COTIDIANO	24
3	CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA: ALIANDO CONHECIMENTOS, INQUIETAÇÕES E VIVÊNCIAS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	CONCRETIZANDO O “FAZER” DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE COM BASE NA TEORIA APREENDIDA E NA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA	34
4.2	APROPRIAÇÃO DAS DIMENSÕES ANALÍTICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO COTIDIANO DE UM PLANEJAMENTO MUNICIPAL	35
4.2.1	Movimento 1 – Apropriação da “dimensão sociopolítica”	35
4.2.2	Movimento 2 – Apropriação da “dimensão técnico-sanitária”	37
4.2.3	Movimento 3 – Apropriação da “dimensão gerencial”	40
4.2.4	Movimento 4 – Apropriação da “dimensão intersubjetiva”	42
5	REFLEXÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A – Artigo submetido	56
	APÊNDICE B – Oficina de orientação para planejamento municipal em saúde num contexto de emergências	72
	APÊNDICE C – Matriz de análise do Plano Municipal em Saúde através das dimensões do planejamento em saúde	73
	APÊNDICE D – Construção de conteúdo digital para educação em saúde com o tema interfaces do planejamento em saúde	78
	APÊNDICE E – Apresentações realizadas em Congressos como palestrante	79

APRESENTAÇÃO:

O CAMINHAR DA GESTÃO E DO DESPERTAR DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Meu pai sempre foi um contador de histórias. Durante o seu processo de adoecimento até o óbito, em 2021, realizei o Mestrado Profissional de Saúde Coletiva e procurei, no momento de crise, aprofundar meus conhecimentos como uma forma de priorizar as atividades de gestão em saúde. Isso, entretanto, exigiu um conjunto de vivências, motivação com reorganização do processo de trabalho, sentimentos, conhecimentos de metodologias teórico-conceituais, habilidades e práticas de gestão em saúde.

O meu caminho no serviço público teve início com o convite para assumir a Secretaria Municipal de Saúde na Prefeitura Municipal de Terra Nova, Bahia (BA), entre os anos de 2009 e 2014, após seis meses da formatura como Fisioterapeuta. A busca de qualificação, por meio da educação continuada e da educação permanente, sempre foi latente em minhas andanças. Como filha de contador de histórias, o fomento do diálogo entre contos de usuários, gestores e diversos trabalhadores de saúde trazia anseios, problemáticas e dificuldades do processo de trabalho local. Nesse período, foram realizadas duas especializações: Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Planejamento, Orçamento e Gestão Financeira no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto. Essas experiências permitiram agregar metodologias de administração pública para o contexto local, num grande desafio, ao assumir a gestão dos serviços de saúde municipal.

De 2014 até 2016, a atuação como Diretora de Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Passé (BA) exigiu a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitaram a priorização dos principais problemas de saúde e a definição de intervenções em meio às diversidades territoriais na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2017, retornei à minha cidade natal, com a atuação, mais uma vez, na gestão dos serviços de saúde municipal, ao ser nomeada Secretária Municipal de Saúde de Mairi, município do estado da Bahia.

Esse desafio foi ainda maior pelo aspecto relacional, pelos amores, sujeitos, sonhos, expectativas e sentimento de pertencimento. Novamente, procurei uma pós-graduação que me trouxesse para o fomento do teorizar e fazer. Após a pós-graduação em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde, pela Universidade Federal Fluminense, participei de diversas instâncias colegiadas, como Conselho Municipal de Saúde,

Coordenação da Comissão Intergestores Regional de Jacobina (Macrorregião Centro-Leste), Diretoria de Educação Permanente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA), Conselheira Consultiva do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte (CONSAN) e membro de Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essas experiências possibilitaram formação profissional, por meio da participação em gestão compartilhada entre os níveis de governo, garantindo espaços para a construção de consensos, que se constituem em foros de negociação e pactuação entre os gestores das esferas governamentais e de governança.

No ano de 2018, trocas de experiências com o Programa Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, por meio da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis, na formulação dos projetos político-pedagógicos de formação dos profissionais, possibilitaram trazer o planejamento como método, instrumento e prática em saúde. A troca de experiências entre a residência e o processo de trabalho na APS trouxe um novo despertar para a Gestão do Trabalho em Saúde e Educação em Saúde e, conseqüentemente, as suas interfaces com o planejamento em saúde.

A participação na implementação do Guia Orientador do Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e pelo Ministério da Saúde (MS), em 2020, ressignificou a utilização de planejamento e educação permanente em saúde (EPS) no cotidiano da gestão. Utilizar o planejamento estratégico em saúde como ferramenta na organização do trabalho em saúde proporcionou a qualificação do diálogo e a participação ativa dos envolvidos em resposta às condições urgentes e emergentes do período (MACHADO *et al.*, 2020).

A admissão no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em 2021, consolidou as vivências realizadas, ao estudar as diversas visões sobre planejamento em saúde. Nesse momento, em meio às discussões teóricas acerca das diversas perspectivas do planejamento em saúde sob as visões de Abreu de Jesus (2012), Matus (1993), Merhy (1995), Paim (2012), Rivera (1989), Teixeira (2010) e Testa (1992), trazidas nas produções da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), ficou evidente a importância dos sujeitos envolvidos no processo.

Essa construção de caminhos coincide com a exigência da reconstrução do Plano Municipal de Saúde de Mairi 2017-2021 (MAIRI, 2017), em decorrência do período pandêmico, com a participação como autoridade sanitária local e o novo olhar sobre o agir político de mediação e diálogo permanente, por meio das quatro dimensões teórico-metodológicas elaboradas por Abreu de Jesus (2012): a dimensão sociopolítica, a dimensão técnico-sanitária, a dimensão gerencial e a dimensão intersubjetiva/relacional.

Ao mesmo tempo, experimentava realizar mais um curso ofertado pelo CONASEMS: Ser Gestor. Nesse, foi apresentado o mapa estratégico como proposta transversal a cada módulo do curso. Foi com essa proposta e, ao mesmo tempo, a dissertação do mestrado, que me propus a descrever as dimensões teórico-metodológicas, correlacionando-as com as adaptações necessárias para a prática de vivências de Mapas, na plataforma do Mais CONASEMS.

Notado o que Paim (2006) diz acerca da prática do planejamento, que, ao ser socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho, começou a fazer sentido, mais do que nunca, estudar a prática de planejamento em saúde, suas interfaces, dimensões e correlações com a gestão do trabalho e educação em saúde, por meio da dimensão intersubjetiva, a ser descrita nesta dissertação. Desse modo, este estudo completou uma trajetória pessoal e acadêmica na busca do fazer sentido, que permitiu estabelecer preceitos fundamentais para reorganizar paradigmas na compreensão do objeto de pesquisa, mas também uma reflexão viva do próprio processo de trabalho, ao teorizar e fazer.

Vivenciar ser Secretária Municipal de Saúde e fazer mestrado ao mesmo tempo, permitiram-me enxergar as diversas possibilidades de fomentar o planejamento em saúde. Sistematizar as principais informações das práticas de planejamento, visando justificar o encadeamento lógico das ações físicas e orçamentário-financeiras nos diversos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) vigentes, otimiza o tempo, evita a alimentação de dados em duplicidade em curto tempo, como foi preciso no período pandêmico, e desencadeia ações programadas e planejadas.

A presente dissertação foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde. Levando em conta a experiência na área de gestão e movidas pelo sentimento de estarmos constantemente engolidos pelas urgências e problemáticas dos processos de trabalho, o momento da reconstrução do Plano de Saúde nos deslocou à condição de sujeitos implicados nas ações planejadas. Após um esforço de

delimitação do problema e do objeto de estudo, bem como um investimento para revisar o referencial teórico do processo de planejamento em saúde, na América Latina e no Brasil, seguimos apoiadas em um caminhar metodológico singular.

Propomos, como produto técnico, a realização de um artigo que traz o tema do planejamento em saúde na dimensão relacional, através da Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), como forma de reflexão da utilização dessa ferramenta na referida dimensão como elemento chave na área de gestão e planejamento em saúde. Quanto às mídias digitais e a apresentação em congressos, que também estão como produto técnico, permitiram trocas de vivências no teorizar e fazer com o conseqüente despertar sobre o planejamento municipal em saúde e suas interfaces.

1 CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO MUNICIPAL NUM CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA INTERNACIONAL E IMPLICAÇÃO COM O OBJETO

A pandemia do Coronavírus, ocorrida em 2020, trouxe inúmeros desafios para o planejamento em saúde. Impulsionada pela necessidade de informação oportuna num contexto agravado pela dicotomia entre a saúde e a economia, a tomada de decisão rápida e precisa em torno da suspensão ou manutenção das atividades econômicas e da restrição ou livre circulação de pessoas remetem à necessidade de organização e ao consequente planejamento (GADELHA, 2022; TEIXEIRA *et al.*, 2023). À míngua de parâmetros específicos para decidir, na escolha de prioridades e objetivos claros em situações de emergências, foi possível a aproximação dos conceitos do planejamento em saúde, principalmente de Carlos Matus (MATUS 1989, 1993, 2005) e Mário Testa (TESTA, 1992), além do balanço do “estado da arte” na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde e das dimensões teórico-metodológicas propostas por Abreu de Jesus (2012).

Os estudos de Matus, na década de 80, tiveram fortes influências no planejamento em saúde no Brasil e na consequente Lei Orgânica de Saúde. Nesse momento, as secretarias municipais e estaduais de saúde utilizaram o planejamento estratégico, para fazer a programação local em paralelo com os conceitos de territorialização, distritalização e municipalização que pudessem estruturar o processo de trabalho (PAIM, 2021; SHIMITIZU *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2020; TEIXEIRA, 2010).

Como instrumento de trabalho do gestor em saúde, o planejamento refere-se, portanto, à responsabilidade de garantir a atenção integral às reais necessidades de saúde do município e fazê-la sob estrita obediência aos princípios de uma Política Pública do Estado Nacional, o SUS. Trata-se de uma realidade que exige a formulação da política por meio da identificação dos problemas e construção do plano propriamente dito, com base nos instrumentos descritos na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a) – substituiu a Portaria nº 2.135, de setembro de 2013 –, que estabelece diretrizes e define como instrumentos do planejamento em saúde no SUS, o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Embora o Plano de Saúde precise configurar-se como um documento de consenso, é mais um guia para o processo permanente de trabalho dos gestores, que possuem responsabilidades não apenas com a elaboração dos diversos instrumentos de planejamento, mas também com os prazos estabelecidos para a apresentação desses ao Conselho Nacional de Saúde (CONASEMS, 2021).

Ao correlacionar conceitos e vivências/aprendizados ao longo do processo de gestão em saúde, propomos a análise do Plano Municipal de Saúde de Mairi com base em quatro dimensões:

- a) a sociopolítica, que diz respeito ao conjunto de conceitos, métodos, técnicas e instrumentos que permitem aos sujeitos do planejamento a produção de conhecimentos acerca do “contexto político” no qual o planejamento está sendo realizado;
- b) a técnico-sanitária, relativa ao processo de condução da reorganização das ações e dos serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado;
- c) a terceira, gerencial, que contém o conjunto de métodos e técnicas que podem ser utilizados nas tomadas de decisão e no momento da implementação de políticas, bem como métodos de programação/organização da prestação de serviços e os processos de trabalho nos diversos níveis do sistema;
- d) a quarta e última dimensão, intersubjetiva, é ligada à construção de ferramentas necessárias ao manejo cotidiano das contingências decorrentes, principalmente, da relação entre os sujeitos das práticas entre si, com os seus objetos de trabalho e com a sociedade, mediadas pelos diversos saberes e pelas tecnologias.

Desta maneira, este estudo tem como questão problema: Como ocorreu o processo de reconstrução do Plano Municipal de Saúde num município de pequeno porte nos anos 2020-2021?

Em 2020, a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre o surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), instaurou um grande desafio na busca de estratégias no sentido de garantir controle dos riscos e agravos em saúde, bem como controlar a disseminação da SARS-CoV-19¹ (WHO, 2020), levando o Ministério da Saúde a publicar a Nota Técnica nº 5 (BRASIL, 2020a) que recomenda a necessidade de revisitar os instrumentos de planejamento do SUS, especificamente o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, evidenciando o caráter

¹ SARS-CoV-2: vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada Covid-19. Por ser um microrganismo que até pouco tempo não era transmitido entre humanos, ele ficou conhecido, no início da pandemia, como “novo coronavírus” (INSTITUTO BUTANTAN, 2021).

mutável do planejamento, aliado à importância de manter-se alinhado às necessidades de saúde da população.

A obrigatoriedade do PMS está prevista nos principais dispositivos legais que norteiam o processo de gestão do SUS, o que o torna uma importante ferramenta de gestão que contribui no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados. Pode ser visto como tecnologia de gestão, como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, como ação comunicativa para o fortalecimento do controle social do SUS e como instrumento de regulação, controle e auditoria (CONASEMS, 2021).

O Plano de Saúde possui vigor de quatro anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo –, devendo ser apresentado no primeiro ano de governo. Consequentemente, subsidiará o planejamento orçamentário do município. Sendo o planejamento um processo cíclico e dinâmico, e considerando a orientação do Ministério da Saúde, formalizada na Nota Técnica nº 7/2020 (BRASIL, 2020b), os gestores em saúde necessitaram realizar alterações no sistema DigiSUS gestor – Módulo Planejamento (DGMP), para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento da pandemia provocada pelo Coronavírus *Disease* 2019 (COVID 19), com a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O DGMP é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido com base nas normativas do planejamento do SUS e na internalização da lógica do ciclo de planejamento. Esse sistema deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para registrar as informações e anexar os documentos relativos ao Plano de Saúde e à Programação Anual de Saúde e para elaborar os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), bem como o Relatório Anual de Gestão (RAG). Por meio desse sistema, é possível enviar os instrumentos de gestão ao Conselho de Saúde, para inclusão de análise e parecer conclusivo (CONASEMS, 2021).

Entendendo que as práticas de planejamento em saúde e sua consolidação muitas vezes decorrem de processos disparadores normativo-formativos, a análise do caminho percorrido por um gestor municipal em saúde, com base na utilização do planejamento estratégico situacional para reconstruir o Plano Municipal de Saúde, com a apropriação das quatro dimensões teórico-metodológicas, num contexto de crise sanitária, poderá contribuir para a compreensão dos entraves operacionais ao alcance dos resultados esperados, possibilitando a formulação de propostas para sua superação.

Considerando as disposições apresentadas, o objetivo geral proposto é analisar o processo de planejamento em saúde, no âmbito municipal, no período 2020-2021, por meio

das dimensões do planejamento em saúde – sociopolítica, técnico-sanitária, gerencial e intersubjetiva – no município de Mairi, situado na região Centro-Norte do estado da Bahia.

Para isso, e diante das motivações que apresentamos e da necessidade de busca de informações dos sujeitos envolvidos num momento de entaves de articulação intergovernamental, indefinição e sobreposição de atribuições e funções, dificuldades de execução e integração de ações e serviços em tempo oportuno, associado à crise e à instabilidade política, econômica e social, propomos os seguintes objetivos específicos para esta dissertação:

- a) caracterizar o processo de planejamento em saúde num município de pequeno porte do estado da Bahia, no contexto de emergência sanitária da COVID-19;
- b) analisar os desafios e as potencialidades desse processo, considerando as diferentes dimensões do planejamento em saúde no cotidiano da gestão municipal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIALÉTICA DO PLANEJAMENTO NO SUS: TRANSITANDO ENTRE NORMAS, TEORIAS E MÉTODOS

A histórica falta de investimentos no SUS torna necessário pensar prioridades na busca da efetivação das ações em saúde e conseqüente qualidade de vida da população. Diante disso, o planejamento é uma forma de pensar essas prioridades como o processo pelo qual determinamos que caminhos tomar, para que cheguemos à situação desejada. O planejamento em saúde, portanto, deve estar orientado fundamentalmente pelos problemas, seja dos indivíduos ou da coletividade das populações, seja do sistema de serviços de saúde ou dos pontos de atenção da rede, ou por ambos. Por sua vez, o problema pode ser definido como uma desconexão entre o que é e o que deveria ser, como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social (MATUS, 1993).

A história do planejamento em saúde no Brasil tem trajetória desencadeada na década de 1960, em decorrência da complexificação dos processos de trabalho na área, do crescente desenvolvimento técnico-científico, além da organização das redes e dos serviços de saúde, que tornaram necessária a busca por propostas metodológicas para subsidiar a administração dos serviços de saúde. Assim, a sua contextualização histórica tem destaque no final da década de 1970, com o cenário das lutas pela redemocratização do país, o que levou ao processo de “abertura política” e à elaboração do Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS) e na implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), beneficiando a elaboração de propostas de reforma do setor.

Na década de 1980, a organização e o fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária veio a se consolidar na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, primeira conferência aberta à sociedade, com a finalidade de avaliar, planejar e propor ações e diretrizes para as ações e os serviços em saúde pública. Logo após a realização da referida conferência, em 1990, configurou-se uma situação bastante favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, com a criação da base das Leis Orgânicas do SUS, transformando-o em um laboratório de experiências políticas, gerenciais e organizativas, formando correntes de pensamento no planejamento em saúde na área acadêmica (TEIXEIRA, 2010). A ideia central era reorientar a administração pública para uma administração voltada para resultados, sendo incorporada ao planejamento governamental (BRASIL, 2016).

Como um ato normativo e como um rito, o planejamento governamental apresenta-se como um método para aumentar a eficiência, a racionalidade e a segurança na tomada de decisão. É materializado na legislação brasileira por instrumentos que fixam as diretrizes das despesas e dos investimentos públicos e consiste na programação do orçamento governamental: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA). Seja qual for, o planejamento governamental não pode desconsiderar princípios e normas estabelecidos, sob o risco de serem penalizadas pela lei de improbidade administrativa, responsabilidades sanitárias, princípios, normas do SUS e da administração pública.

O Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016, p. 19), documento de fase estratégica publicado pelo Ministério da Saúde, traz definições de sete princípios do planejamento governamental:

- Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
- Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
- Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
- Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
- Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado
- Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
- Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

No âmbito do SUS, o planejamento faz parte das competências federativas entre a União, Estados e Municípios. Segundo Paim (2012) e Teixeira (2010), esse movimento de governança foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93), especialmente a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), que induziram à redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, mediante a transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

Como marco legal, o planejamento insere-se de forma normativa na regulamentação do SUS em 1990, quando é publicada a Lei Orgânica da Saúde. O art. 36 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) estabelece a natureza ascendente do planejamento, desde a esfera municipal até a federal, definindo o Plano de Saúde (PS) como instrumento básico de planejamento. Já a Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define conferências de saúde como instâncias para avaliação

e proposição de diretrizes, tendo a elaboração do Plano de Saúde como condição para o recebimento das transferências financeiras intergovernamentais.

Seguindo a linha do tempo, nos anos 2000, o destaque se dá na Emenda Constitucional nº 29/2000 (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016), ao estabelecer valores mínimos a serem aplicados pelos três entes da federação. Já em 2006, a Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006a) divulga o Pacto pela Saúde e a Portaria nº 699/2006 (BRASIL, 2006b) regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Desse modo, essas portarias apresentam as três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, trazendo ainda as diretrizes para o planejamento em saúde. Posteriormente, foi publicado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) (BRASIL, 2009), resultante do processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007 (BRASIL, 2005).

Com isso, o Ministério da Saúde tentou substituir a estratégia adotada anteriormente, qual seja a de induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de incentivos financeiros, por outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construída no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, em âmbito nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de “Termos de Compromissos” pactuados politicamente.

Numa fase tática-operacional, definida na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007), foi regulamentada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS. Na busca por ferramentas de gestão, foi desenvolvido, mas não implementado, o Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS). Esta ferramenta trouxe, na sua estrutura e funcionamento, contribuições no sentido de atender aos prazos legais de apresentação do Relatório de Gestão junto aos respectivos Conselhos de Saúde e aos demais órgãos de controle externo, como também vem facilitando o próprio processo de elaboração do relatório, pela sua característica de interoperabilidade com outros sistemas de informação da gestão do SUS.

Outro importante movimento foi a publicação do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), que trouxe o conceito de planejamento em saúde como uma atividade obrigatória dos entes federados, de cunho ascendente e integrado, e instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), com o propósito de induzir o processo de regionalização da saúde. No mesmo ano, a Resolução nº 1/2011 (BRASIL, 2011b) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) instituiu e definiu a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), as Comissões Intergestores

Bipartite (CIB) e a CIT como fóruns de pactuação de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.

A Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012) trouxe novidades quanto às regras, prazos e obrigações das distintas esferas de gestão do SUS, definindo o que pode ser considerado como despesas em ações e serviços públicos de saúde, com ênfase nos processos de planejamento e controle social, na transferência regular e automática, por meio dos fundos de saúde para custeio e investimento. Em 2013, a publicação da Portaria nº 2.135 (BRASIL, 2013) estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no SUS através dos Planos de Saúde, das Programações Anuais de Saúde (PAS) e dos RAG.

Os atos normativos são destacados até 2013, quando ocorrem as maiores publicações de normas e portarias pelo Ministério da Saúde. Após esse momento, uma crise mundial gerou um contexto de múltiplas crises: uma crise econômica mundial gerou redução de crescimento e aumento do desemprego, acirrada em 2015, que culminou numa crise política nacional em 2016, causando o *impeachment* da presidenta eleita Dilma Rousseff. Mesmo nesse contexto, com mais uma crise, a institucional, houve uma mudança de configuração do desenho organizacional do Ministério da Saúde em relação ao planejamento em saúde.

Nesse momento considerado estratégico, houve maior articulação interfederativa do Departamento de Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer a capacidade de gestão e a articulação entre os gestores do SUS nas três esferas da Federação, por meio de instrumentos e mecanismos efetivos de governança baseados no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011). A Resolução nº 23/2017 (BRASIL, 2017b), igualmente, estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI), elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Também a Resolução nº 37/2018 (BRASIL, 2018) dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde, que trazem o Plano Municipal de Saúde como etapa e condição disparadora essencial para o desenvolvimento e a governança regional.

Várias agendas foram realizadas no Ministério da Saúde e nas comissões intergestoras para a construção do novo Pacto Federativo e o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, em parceria com estados, municípios e entidades acadêmicas para a construção de espaços/canais de discussão e diálogo, de modo a permitir uma visão integrada dos aspectos/dimensões da gestão do SUS e sua correlação com as práticas e os processos do Monitoramento e Avaliação. Como resultado dessa estruturação, destacamos o investimento no fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais e

municipais, além da implementação da ferramenta eletrônica de planejamento – o SARGSUS – voltada para a estruturação da prestação de contas dos gestores, consolidado de forma obrigatória em 2011 (CARVALHO, 2018).

Na sucessão do SARGSUS, já em outro contexto, em 2019, o Ministério da Saúde instituiu o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), como uma nova ferramenta eletrônica que compõe os instrumentos de planejamento em saúde (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão: Anual e Quadrimestrais), inovando em relação ao SARGSUS por possuir os ciclos de gestão e não só os Relatórios de Gestão. Segundo a mesma portaria, essa nova ferramenta teve como principais desafios: a) apropriação e aplicação das normas às diferentes realidades; b) dar visibilidade às necessidades de saúde da população; c) planejamento em tempo oportuno; d) compatibilizar prioridades e metas com a capacidade orçamentária; e) dar transparência às ações realizadas.

O entendimento da essência dessa legislação e do DGMP permite uma aproximação com a realidade da vida prática do gestor e pode ser um bom exercício. A introdução do DGMP como uma Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) foi baseada na integração dos instrumentos de planejamento, gestão e orçamento, que possibilitou a aproximação entre os instrumentos do planejamento governamental e as diretrizes, objetivos, metas e indicadores propostos no sistema de saúde pública no Brasil. Ramos Junior (2021) descreve que, no âmbito do aperfeiçoamento da gestão do SUS, para garantir à população o acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade, a alternativa implementada pelo DGMP prova o cumprimento de indicador, no que se refere ao segundo indicador da categoria – “Saúde digital priorizada em nível nacional através do planejamento” –, realizado por meio da aplicação do modelo *Global Digital Health Index* (GDHI), projetado com base em diretrizes da OMS junto à União Internacional de Telecomunicações.

A alimentação dos instrumentos no DGMP é feita de forma sequencial, iniciando-se pela inserção das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores (DOMI) do PS. Em seguida, essas informações são migradas automaticamente para a funcionalidade que receberá informações da programação anual de saúde, na qual o gestor deverá registrar a anualização das metas para o respectivo ano da PAS e as ações programadas, bem como a previsão orçamentária para sua execução. Visto que as informações são migradas automaticamente, esses registros da PAS só serão habilitados após a finalização da alimentação do plano no sistema.

Esse processo assegura a direcionalidade da gestão em saúde e envolve uma ação coletiva que requer um grau de sistematização, para que todos participem do processo (TEIXEIRA *et al.*, 2023). Segundo o mesmo pressuposto, Paim (2006, p. 767) descreve:

No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas são realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade (de planejamento) torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

Com a necessidade de mobilização criada pela pandemia, ao colocar em questão a organização dos sistemas de saúde, foi necessário reanalisar o Plano Municipal de Saúde de Mairi, através do DGMP, como principal instrumento que, baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2021).

2.2 DIFERENTES DIMENSÕES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE: RESSIGNIFICANDO CONCEITOS COM BASE NAS PRÁTICAS DO COTIDIANO

Quando se trata de definir uma ação coletiva, o planejamento requer certo grau de sistematização, para que todos os que participam do processo, bem como os sujeitos afetados pelas ações propostas, entrem em acordo (TEIXEIRA *et al.*, 2023). Segundo Paim (2012), no campo da saúde, o planejamento exige a construção de consenso e compromisso coletivo de gestores, profissionais e trabalhadores para o seu enfrentamento. Portanto, propomos, neste momento, trazer as principais propostas teórico-metodológicas construídas para subsidiar o planejamento em saúde, considerando as abordagens do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e o pensamento estratégico de Testa, cotejados pelas dimensões teórico-metodológicas apresentadas por Abreu de Jesus (2012) e o estudo do “estado da arte” na área de política, planejamento e gestão além das “correntes de pensamento” descritas por Teixeira (2010).

A contribuição teórica de Carlos Matus trouxe clareza de raciocínio, ao apresentar os fundamentos teórico-metodológicos, sistematizando o enfoque situacional no decálogo da planificação: 1. planeja quem governa; 2. a planificação refere-se ao presente; 3. a planificação exige um cálculo; 4. a planificação refere-se à oportunidade e a problemas reais;

5. a planificação é inseparável da gerência; 6. a planificação é necessariamente política; 7. o planejamento não é adivinhação do futuro; 8. o plano é “modular”; 9. o planejamento não é monopólio nosso; e 10. o planejamento não domina o tempo nem se deixa endurecer por ele (MATUS, 1993). Após a descrição do decálogo, muitas produções realizadas trazem conceitos básicos, como situação, problema, ator, projeto e poder, bem como as noções de “triângulo de governo” e de “jogo social”.

O conceito de “situação” é central e representa o ponto de partida da análise. Matus (1993) define a situação como o conjunto complexo de fatores, forças e dinâmicas que envolve a implementação de políticas públicas. O “problema” é o ponto focal da ação governamental, enquanto os “atores” são os agentes que buscam influenciar ou resolver o problema. O “projeto” diz respeito às ações propostas para solucionar o problema. A tríade (problema, ator e projeto) oferece uma estrutura analítica que vai além da visão linear tradicional, capturando a complexidade das interações entre atores e políticas públicas. A concepção de “poder” é intrinsecamente ligada à capacidade de influenciar o curso dos eventos. Matus (1993) destaca que o poder é dinâmico e distribuído entre os atores envolvidos. Desse modo, a compreensão do poder é essencial para avaliar a viabilidade e a eficácia das estratégias propostas.

O “triângulo de governo” é, portanto, uma ferramenta analítica fundamental, que desenha as relações entre o problema, o ator e o projeto. Esse triângulo proporciona uma representação visual da complexidade das interações, ajudando os tomadores de decisão a visualizarem as dinâmicas subjacentes e identificarem pontos críticos na formulação de políticas. O conceito de “jogo social” refere-se à interação dinâmica entre os atores em uma arena política (MATUS, 1993). Este autor enfatiza a importância de compreender as regras do jogo, as estratégias dos atores e as possíveis mudanças nas dinâmicas sociais ao longo do tempo. Isso proporciona uma base para a adaptação estratégica contínua.

Quanto às matrizes teóricas, tem a teoria do jogo social, a teoria da ação e a teoria da produção social. Combinar o planejamento em saúde com a “Teoria do Jogo Social” de Carlos Matus (2005) proporcionou *insights* valiosos sobre como estratégias de planejamento podem ser adaptadas para enfrentar desafios de saúde. Essa produção é marcada por esta questão central: como apoiar o homem de ação a ampliar a sua capacidade de intervenção em uma realidade na qual a produção social se dá a partir de jogos interativos indeterminados de alta complexidade? O ponto de partida de Matus (2005) é a identificação de um distanciamento entre política e ciência, entre teoria e prática, entre capacidade de governo e complexidade dos processos sociais.

Esse autor desafia as abordagens convencionais de planejamento, introduzindo o conceito de “jogo social” como uma lente por meio da qual pode-se compreender melhor as interações entre atores sociais, seus interesses e a dinâmica política subjacente. Uma das principais contribuições dessa teoria é a maneira como ela enfatiza a importância do poder e dos interesses na tomada de decisões. As políticas e estratégias não são apenas o resultado de análises racionais e objetivas, mas são moldadas por uma complexa interação de atores sociais que buscam maximizar seus próprios interesses. Essa perspectiva é especialmente relevante em contextos políticos, nos quais a busca pelo poder e pela influência muitas vezes é central (MATUS, 2005).

A “Teoria da Ação” é uma abordagem que explora como os atores sociais tomam decisões e agem com base em suas crenças, intenções e objetivos. Quando aplicada ao campo do planejamento em saúde, pode ajudar a compreender como indivíduos e grupos tomam decisões relacionadas à saúde e como essas decisões afetam as estratégias de planejamento e intervenção. Enquanto a abordagem tem suas vantagens e pode ser útil em muitos contextos, é importante reconhecer que nenhum modelo teórico é completamente abrangente e que a compreensão do comportamento humano requer uma abordagem mais holística e integrada. Já a “Teoria da Produção Social” pode se referir a uma perspectiva que examina como a interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos influencia a produção de resultados em diferentes áreas, incluindo a saúde. No contexto do planejamento em saúde, isso poderia significar explorar como os aspectos sociais contribuem para a criação e implementação de políticas de saúde, a tomada de decisões em intervenções de saúde e a promoção de comportamentos saudáveis (MATUS, 2005).

A obra de Matus (1989, 1993, 2005) representa uma contribuição notável para a teoria e prática do planejamento estratégico em contextos governamentais. Seus conceitos, matrizes e métodos oferecem uma abordagem robusta e integrada para o entendimento da complexidade do ambiente de instituições e organizações, proporcionando ferramentas analíticas valiosas, que buscam abordagens mais dinâmicas e eficazes no processo de planejamento em saúde.

A análise da proposta de Mário Testa (1992) evidencia que esse autor teve a intenção de construir uma reflexão sobre o planejamento apoiado nas relações de poder dos sujeitos nos diferentes momentos do diagnóstico situacional. Ao invés de propor um método de planejamento estrito, ele oferece o “pensamento estratégico” que visa à compreensão aprofundada dos problemas de saúde e dos processos de planejamento. A singularidade dessa abordagem é evidente, ao considerar os problemas de saúde como socialmente determinados.

Isso implica reconhecer que fatores sociais desempenham um papel fundamental na configuração dos desafios de saúde. Sua atenção aos atores sociais revela uma abordagem que vai além da superficialidade, buscando compreender os comportamentos que influenciam os resultados em saúde. Ao apresentar apenas alguns elementos para esse processo, Testa (1992) sugere que o planejamento em saúde não deve ser excessivamente prescritivo, mas, sim, adaptável e sensível ao contexto. Isso pode envolver uma abordagem mais flexível, que permite ajustes com base na evolução dinâmica dos problemas de saúde e na resposta às necessidades da comunidade.

Segundo Giovanella (1990), são três as principais contribuições teóricas de Mário Testa para o Planejamento Estratégico Situacional (PES): o diagnóstico situacional, o poder e o postulado de coerência. O “diagnóstico situacional” traz a reflexão teórica, partindo do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e não é possível o tratamento setorial isolado do seu contexto, assim como não é possível modificar o social apenas a partir de propostas setoriais. Em relação ao “poder”, propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, distinguindo-se o poder político dos poderes técnico e administrativo.

Desse modo, o poder administrativo é baseado no poder de administrar recursos; o poder técnico é baseado no conhecimento dos problemas, paradigmas e técnicas; e o poder político é equivalente ao poder de mobilizar grupos populacionais. Em relação ao “Postulado de Coerência”, consiste em um diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado projeto. Os elementos explicitados no diagrama são os propósitos de um Governo, os métodos utilizados para concretizá-los e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais.

Já para tratar da estrutura metodológica do Planejamento Estratégico Situacional (PES), Matus (1989) debruça-se numa estrutura teórica que visa fornecer uma abordagem dinâmica, composta por quatro momentos que se articulam: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo constitui a fase inicial do PES. Aqui, Matus (1989) propõe uma análise aprofundada da situação – análise da situação de saúde –, buscando compreender as complexas relações e interações que permeiam o ambiente. O segundo momento, o normativo, representa a transição da análise para a definição de normas e critérios para a ação. Com base na compreensão aprimorada da situação, Matus (1989) propõe que os atores envolvidos devem estabelecer normas que guiem o desenvolvimento de estratégias futuras. Esse momento demanda não apenas a definição de critérios éticos, mas

também a explicitação clara dos objetivos que orientarão as ações estratégicas. O terceiro momento, o estratégico, marca a fase em que as estratégias concretas começam a ser delineadas. Nesse momento, os atores, munidos da análise explicativa e das normas estabelecidas, buscam desenvolver abordagens estratégicas que respondam de maneira eficaz às características e dinâmicas identificadas anteriormente. O último momento, o tático-operacional, representa a tradução das estratégias definidas no momento estratégico em ações operacionais tangíveis. Este momento conecta diretamente o planejamento às operações práticas, garantindo uma abordagem contínua e adaptativa à medida que a situação evolui. Cada fase descrita, desde a análise explicativa até a implementação operacional, contribui para uma abordagem integrada, reconhecendo a natureza complexa e em constante mudança dos contextos nas organizações.

O enfoque estratégico de planejamento em saúde, conforme delineado, representa uma abordagem que se distancia da normatividade imposta por um “deve ser” sobre a realidade. Essa perspectiva sugere uma mudança de paradigma, o afastamento de abordagens prescritivas e normativas para a adoção de formulações que reconheçam a complexidade, as relações e a dinâmica inerentes ao campo da saúde.

Nesse contexto, o pensamento estratégico busca estabelecer processos de planejamento que não estão rigidamente vinculados a preconceitos normativos ou modelos pré-estabelecidos. Em vez disso, a ênfase recai sobre a criação de estratégias que proporcionem o máximo de liberdade de ação em cada fase do processo. Isso implica uma abordagem mais flexível e adaptável, capaz de responder dinamicamente às mudanças no ambiente de saúde e às necessidades emergentes.

Rivera e Artmann (2012), na intenção de desvendar as racionalidades inerentes às correntes de planejamento mais comumente utilizadas em saúde e suas implicações na prática, propõem uma reflexão sobre os fundamentos do Planejamento e Gestão em Saúde pela crítica à “teoria da ação racional” e pelas potencialidades da “teoria do agir comunicativo”, para apoiar o entendimento e o consenso nos processos políticos no âmbito da saúde. Embora reconheçam a necessidade de planejar em situações de conflito, defendem a necessidade de “[...] fortalecer a capacidade de escuta do outro, de interação e de negociação” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 15).

Ceccim e Merhy (2009) argumentam que, para além da “comunicação”, existe o desafio de triangular a perspectiva teórico-metodológica, a experiência técnico-institucional e a militância sociopolítica, pondo em xeque a questão de que o “agir comunicativo” representa uma alternativa ao “agir estratégico”.

Teixeira (2010), no segundo capítulo do seu livro, descreve as correntes de pensamento do planejamento em saúde no Brasil, reforçando a existência da experiência acumulada com base em desafios impostos pela prática. Vale salientar que, no Brasil, a discussão e construção de um referencial sobre o planejamento em saúde é contemporâneo ao processo de redemocratização do país e constituição do SUS, articulado com os debates sobre os modelos assistenciais (ABREU DE JESUS, 2012). Arelado a isso, com a evolução da implementação do SUS, foram estabelecidas novas perspectivas, tendências e desafios em relação ao planejamento, principalmente após a publicação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Desse modo, entendemos que a consolidação da cultura de planejamento é um enorme desafio, pois envolve tanto a postura individual e técnica quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (BRASIL, 2009).

Desse modo, há um debate sobre planejamento e gestão em saúde em que são identificadas quatro vertentes de planejamento desenvolvidas por instituições de pesquisa como a USP, ENSP, Unicamp e ISC-UFBA. As ações programáticas em saúde, vinculadas à produção do grupo de Medicina Preventiva da USP, propõem um modo de organizar o trabalho em saúde fundamentado no ideal de integração sanitária. Para tanto, inspira-se em tecnologias de base epidemiológica, dando ênfase à Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e à valorização da conceituação de necessidades de saúde.

Por sua vez, a construção do planejamento em saúde tem sido objeto de trabalho da ENSP, instituição da Fiocruz, com base na análise da obra de Matus à luz da Teoria de Ação Comunicativa de Habermas e, recentemente, tem se dedicado à construção da temática “Gestão estratégica”. O Laboratório de Análise e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP desenvolveu conceitos e métodos que, mais tarde, foram utilizados para construção do planejamento participativo. Elaborou ainda propostas para implementação no processo decisório em saúde: a análise e a cogestão de coletivos, guiada por Campos (2000), a micropolítica do trabalho em saúde, de Merhy (1997), e a tecnologia leve para o planejamento em saúde, de Cecílio (1997). O método da roda, ou da cogestão de coletivos, constitui um método de apoio à cogestão de processos complexos de produção, com o propósito de apoiar, simultaneamente, a elaboração e a implementação de projetos, a constituição de sujeitos e a construção de coletivos organizados, tendo, assim, funções política, pedagógica e terapêutica.

Por fim, a corrente de pensamento pautada na Vigilância à Saúde e com foco no planejamento estratégico situacional foi pensada e desenvolvida por professores e pesquisadores do ISC/UFBA, compreendendo-os como elementos importantes do processo de reorientação do modelo tecno-assistencial. A análise da pertinência da utilização do enfoque estratégico

situacional como eixo do processo de planejamento no SUS é descrita no fim do capítulo como eixo de reflexão da recriação permanente da metodologia de planejamento em saúde.

Analisando o “estado da arte” para além de composições e tendências, Abreu de Jesus (2012) propôs que os saberes e as práticas de planejamento contemplassem métodos, técnicas e instrumentos que permitissem o manejo das distintas dimensões do poder, fossem elas política, técnica ou administrativa, acrescidas da intersubjetiva ou relacional. Trata-se de quatro dimensões teórico-práticas, interdependentes e complementares, explicitadas na Figura 1. A dimensão *sociopolítica* permite aos sujeitos do planejamento a produção de conhecimentos acerca do contexto político no qual o planejamento está sendo realizado. A dimensão *técnico-sanitária* diz respeito ao processo de condução da reorganização das ações e dos serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços. A dimensão *gerencial* está fundamentada no poder administrativo, utilizando a lógica da programação/organização da prestação de serviços e os processos de trabalho nos diversos níveis do sistema. Por fim, a dimensão *intersubjetiva* reconhece o entrecruzamento dos poderes – político, técnico, administrativo e dos diagnósticos – administrativo, estratégico e ideológico, apropriando-se dos elementos necessários à mediação das relações inerentes aos processos de trabalho, numa perspectiva analítico-institucional.

Figura 1 – Mapa conceitual das dimensões teórico-metodológicas da análise do planejamento em saúde



Partindo desse pressuposto, este estudo sintetiza a base teórica escolhida por meio de mapas conceituais que têm como base a construção do Mapa Estratégico. Ele é considerado uma representação gráfica das estratégias utilizadas pela gestão para superar os desafios no alcance das suas metas planejadas. Seu objetivo é incorporar o planejamento como tecnologia de gestão (MAINARDES; FERREIRA; RAPOSO, 2011; SCARPATI *et al.*, 2020). Pelos mapas, tem-se a tradução da estratégia em objetivos, metas, medidas e iniciativas que proporcionam o alinhamento dos instrumentos de gestão à estratégia organizacional. Na visão de Petri *et al.* (2014, p. 70), a construção do mapa estratégico

[...] comunica a estratégia para todos da organização, alinhando os esforços e refinando as ações desenvolvidas. Além disso, por meio de mapas da estratégia, consegue-se gerir por dados e não por instinto, pois a ferramenta facilita a identificação e o monitoramento dos objetivos estratégicos e das ações que agregam ou não valor à missão corporativa.

Definida como uma representação gráfica que facilita a organização e a assimilação do conhecimento, os mapas conceituais (MC) indicam a relação entre conceito e palavras. A teoria que está por trás do mapeamento conceitual é a teoria cognitiva de aprendizagem (AUSUBEL, 2003; MOREIRA, 2010). A aprendizagem é dita significativa, quando uma nova informação (conceito, ideia, proposição) adquire significados para o aprendiz por meio de uma espécie de ancoragem em aspectos relevantes da sua estrutura cognitiva preexistente, isto é, em conceitos, ideias, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimentos (ou de significados) com determinado grau de clareza, estabilidade e diferenciação. De modo geral, mapas conceituais ou mapas de conceitos são diagramas que indicam relações entre conceitos ou entre palavras que usamos para representar conceitos (MOREIRA, 2010).

Estudo experimental não randomizado concluiu que a utilização do MC favorece o raciocínio clínico, estimula a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades mais complexas (URREJOLA CONTRERAS *et al.*, 2020). Já em um estudo randomizado, que avaliou comparativamente o uso dos mapas conceituais com as metodologias tradicionais de ensino, observou-se que o uso do MC demonstrou ser mais efetivo e consistente que o método tradicional e expositivo (AMANIYAN *et al.*, 2020).

Enfim, a dificuldade do planejamento no setor público expressa-se na publicação de decretos e notas técnicas, ao interagir com fatores dinâmicos e com atores sociais possuidores de diferentes graus de influência. A necessidade de reestruturação do processo de trabalho, caracterizada por inovações tecnológicas e demandas por novos perfis profissionais, com grande mudança nos requerimentos das competências, ocasionou a busca pelo planejamento e, conseqüentemente, pelo planejamento estratégico (SALVADOR, 2020).

3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA: ALIANDO CONHECIMENTOS, INQUIETAÇÕES E VIVÊNCIAS

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Esta pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade social que não pode ser quantificada e busca responder a questões do conjunto de fenômenos humanos, proporcionando adentrar o universo da subjetividade, de ações, interações, significações, valores e relações humanas, como orientam Minayo, Deslandes e Gomes (2011).

Quanto ao envolvimento como condutor da pesquisa, caracteriza a questão da “pesquisa em processo”. Segundo Gil (2009, p. 72), o estudo de caso “[...] é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado [...]”. Diante de uma investigação-intervenção que se apoia na perspectiva de “estudo de caso” com o sujeito implicado na pesquisa, todo sujeito que produz conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado (YIN, 2015).

Como campo de pesquisa, este estudo é desenvolvido no município de Mairi, Bahia, Brasil, durante os anos 2020-2021. O município possui 17.764 habitantes (MAIRI, 2021), dista da capital em 284 km, densidade demográfica 19,49 hab./km², tendo como Macrorregional de Saúde a Centro-Norte e a Regional de Saúde Jacobina.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: documentos produzidos no processo de planejamento durante os anos de 2017-2022. Os critérios de exclusão foram: documentos não apreciados pelo Conselho Municipal de Saúde, não ter relação com o objeto deste estudo.

A produção e coleta de dados consistiram na análise documental, com relação aos produtos do processo de formulação do planejamento (normativos e políticos) que registram as decisões adotadas, como é o caso das Leis, Portarias, Normas, Planos, Programas e Projetos, Manuais, Cartilhas, que se apresentam na “ação comunicativa” desencadeada no âmbito do processo do planejamento e se expressam, por vezes, nos documentos elaborados. Também foram analisados documentos institucionais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Mairi, compreendendo, principalmente, os instrumentos utilizados para comunicação formal entre gestores e profissionais de saúde para registro e anotação do planejamento e das ações, além de oficina de orientação para planejamento municipal descrita no APÊNDICE B.

A análise dos dados foi processada com base na comparação entre a análise documental e as dimensões teórico-metodológicas propostas por Abreu de Jesus (2012) – sociopolítica, técnico-sanitária, gerencial e intersubjetiva – traduzidas na matriz de análise do

Plano Municipal em Saúde de Mairi, através das dimensões do planejamento em saúde. Para isso, foram sistematizadas por dimensão, áreas de atuação, tema específico de cada área, pergunta principal e análise documental descritos no APÊNDICE C.

O primeiro momento foi à formação do colegiado gestor, com os coordenadores das redes de atenção à saúde e líderes gestores na Secretaria de Saúde. Em seguida, houve momentos de educação permanente, com oficinas de planejamento e reunião de grupos de gestores, por meio de encontros coletivos com unidades de saúde e escuta ampliada, utilizando o Plano como ferramenta de gestão.

Nas reuniões de alinhamento e monitoramento, foi utilizado o DGMP, através da Programação Anual de Saúde e do acompanhamento dos DOMI, que permitiram analisar os desafios e as potencialidades deste estudo. A análise desse plano contemplou a reinserção do Plano de Saúde no DGMP, por meio da análise, em 2020, das dimensões teórico-metodológicas propostas por Abreu de Jesus (2012), e a posterior construção do mapa conceitual como técnica de visualização e como um ato de tradução e comunicação. Este mapa consiste em uma representação gráfica do modo como o planejamento deve ser construído, possibilitando a condução do processo de monitoramento e a avaliação dos resultados da prática de planejamento em saúde (MEDINA *et al.*, 2014).

Os mapas conceituais foram expressos da seguinte maneira: conhecimento das responsabilidades da gestão, correlacionando o relatório de atividades com as quatro dimensões teórico-práticas – sociopolítica, técnico-sanitária, gerencial e intersubjetiva – por meio das áreas de atuação descritas na DOMI e após análise do Plano Municipal de Saúde de Mairi 2017-2021 (MAIRI, 2017), proposto pelo Manual do Gestor do SUS (CONASEMS, 2021). Para análise das responsabilidades, foram elaboradas perguntas questionadoras e procedida à análise documental do Plano Municipal de Saúde de Mairi 2022-2025 (MAIRI, 2021). Após essa análise, as dimensões presentes na rotina diária da gestão municipal foram correlacionados com diretrizes, objetivos e metas do referido PMS. Em cada uma dessas dimensões correlacionadas, sugerimos a divisão em áreas principais. Da mesma forma, as demais áreas comporão temas a partir de suas especificidades na construção do mapa e serão descritas nos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONCRETIZANDO O “FAZER” DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE COM BASE NA TEORIA APREENDIDA E NA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

Dada a relevância dos instrumentos de gestão no SUS, descrevemos a análise do Plano Municipal de Saúde de Mairi 2017-2021 (MAIRI, 2017), por meio do DGMP, considerando o período da pandemia da COVID-19 (2020-2021) e recorrendo às quatro dimensões propostas por Abreu de Jesus e Teixeira (2013b): sociopolítica, técnico-sanitária, gerencial e intersubjetiva.

Como vivência, descrevemos, em movimentos de apropriação, a correlação das dimensões teórico-metodológicas do planejamento em saúde propostas por Abreu de Jesus e Teixeira (2013a), com o DGMP, dando ênfase aos meios (MEHRY, 1995) e utilizando o Mapa Conceitual como técnica, em que participam sujeitos individuais e coletivos, com o objetivo de facilitar a descrição e o entendimento intersetorial de secretarias, dos poderes executivo, legislativo e judiciário, do colegiado gestor e demais setores competentes para a tomada de decisões. Dentre as vertentes analisadas, apresentamos as dimensões para fundamentar o caminhar do planejamento num momento em que existiam muitas dúvidas sobre como seguir na orientação e no apoio do trabalho em saúde.

Nesse processo, que envolveu o teorizar e o fazer, os principais desafios encontrados foram compreender como as equipes processavam o seu trabalho no cotidiano dos serviços, como o planejamento em saúde estava inserido e de que forma ocorriam a incorporação do monitoramento e a avaliação como cultura organizacional, além da análise das relações entre diferentes atores e partes interessadas envolvidos no processo de planejamento. As principais potencialidades foram: possibilidade de construção do planejamento em saúde pelo colegiado gestor; ampliação dos processos comunicativos, com a utilização da gestão do trabalho e a educação em saúde, ao refletir sobre o processo de trabalho; e a capacidade gerencial, por meio da cogestão e da micropolítica.

Como fonte de dados e pesquisas que contemplam o balanço do “estado da arte” na área de planejamento em saúde, é unânime a expressão da necessidade de pesquisas sobre

possíveis objetos, métodos e técnicas de planejamento que possam levar a decisões mais eficazes, equitativas e adaptativas, ratificando a necessidade de novas pesquisas de aprofundamento (LEVCOVITZ *et al.*, 2003; PAIM, 2006). Deste modo, as figuras 2 a 6, apresentadas na próxima seção, contemplam propostas construídas por meio de passos e com base em saberes e práticas locais de problematização cotidiana na gestão do sistema e dos serviços. Essas propostas ocorreram no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Mairi, no período de 2020-2021, para orientar o processamento das informações relativas às quatro dimensões analíticas do processo de planejamento em saúde: a dimensão sociopolítica (na cor roxa), a dimensão técnica-sanitária (na cor rosa), a dimensão gerencial (na cor azul) e a dimensão intersubjetiva (na cor laranja).

4.2 APROPRIAÇÃO DAS DIMENSÕES ANALÍTICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO COTIDIANO DE UM PLANEJAMENTO MUNICIPAL

4.2.1 Movimento 1: Apropriação da “dimensão sociopolítica”

A dimensão sociopolítica fundamenta-se na perspectiva da construção do poder político e do diagnóstico ideológico, em que sujeitos, atores políticos, podem mobilizar recursos de conhecimento, legitimação ou manutenção dos seus projetos políticos (ABREU DE JESUS; TEIXEIRA, 2013a). Nesse processo de construção, a apropriação dessa dimensão deveu-se à importância de correlacionar as necessidades de saúde apontadas no planejamento em saúde com o projeto político e ideológico onde irão ocorrer as intervenções. Em relação ao planejamento em saúde, o DGMP não cita e nem fomenta essa dimensão para construção do Plano Municipal de Saúde. Esses aspectos tornam a DGMP uma ferramenta burocrática, que visa atender apenas ao aspecto normativo, tendo como desafio a correção das lacunas metodológicas e de aplicação do planejamento em saúde.

Após a revisão da matriz de análise (APÊNDICE C), foi construído o mapa conceitual da dimensão sociopolítica do processo de planejamento, que está exposto na Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Mapa conceitual da dimensão sociopolítica do processo de planejamento em saúde do município de Mairi, Bahia – 2020-2021



Fonte: elaboração própria adaptado de Conasems (2021).

Assim, como proposto no mapa conceitual acima, a dimensão sociopolítica poderá ser dividida nas seguintes áreas de ação do gestor de Saúde na cor roxa: poder executivo, poder legislativo, secretários municipais de saúde da região e sociedade civil. Da mesma forma, cada área terá um tema específico: a relação com o *poder executivo* traz temas como plano de governo, governança da Secretaria Municipal de Saúde e o grupo político do prefeito e ainda a área que envolve os secretários municipais do município. Envolve temas como: ações intersetoriais e articulação para apoio mútuo. A área que envolve os *membros do legislativo* traz como temas o acompanhamento da gestão e a relação com a base do governo e a oposição. A área que envolve *Secretários da Saúde* da região envolve os consórcios, o planejamento integrado e as comissões intergestores. A área que envolve a *sociedade civil* está relacionada às deliberações do Conselho Municipal de Saúde e sindicatos de bairros e associações do território. O DGMP tem como desafio trazer esses elementos na sua composição, já que não possui citação nem instrução sobre essa temática.

A integração da dimensão sociopolítica no planejamento estratégico em saúde coletiva é crucial para a efetividade das intervenções. Isso requer uma abordagem sensível ao contexto, envolvendo diversos atores no processo de tomada de decisões. No cenário político, enfatizamos a necessidade de uma abordagem colaborativa entre o legislativo e sua relação com a base política e sua oposição, executivo e sociedade civil, além do envolvimento dos secretários de saúde da região, de consórcios e da comissão intergestores regionais. A capacidade de influenciar

políticas públicas, assegurar financiamento adequado e promover a participação ativa da comunidade são aspectos fundamentais para garantir a sustentabilidade e o sucesso das estratégias de saúde coletiva (CHAVES DOS SANTOS, 1999; CORTES, 2007; COSTA *et al.*, 2016).

No entanto, os desafios persistem, incluindo a instabilidade política, interesses conflitantes e a necessidade de equidade nas políticas de saúde. Estratégias eficazes devem transcender abordagens puramente biomédicas, incorporando uma compreensão profunda das dinâmicas sociais e políticas que moldam a saúde de uma população. A implementação bem-sucedida de estratégias de saúde pública requer uma abordagem adaptativa e colaborativa, reconhecendo a complexidade das influências sociopolíticas, visando melhorar a eficácia e a equidade das intervenções (FEDERICO, 2015).

4.2.2 Movimento 2: Apropriação da “dimensão técnico-sanitária”

A dimensão técnico-sanitária diz respeito aos processos de condução da reorganização das ações e dos serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços (ABREU DE JESUS; TEIXEIRA, 2023b). Da mesma forma, utilizando a matriz de análise (APÊNDICE C), propomos a esta dimensão, áreas temáticas (planejamento, redes de atenção à saúde e políticas de saúde), que se desdobram em temas como descrito na Figura 3 a seguir:

Figura 3 – Mapa conceitual da dimensão técnico-sanitária do processo de planejamento em saúde do município de Mairi, Bahia – 2020-2021



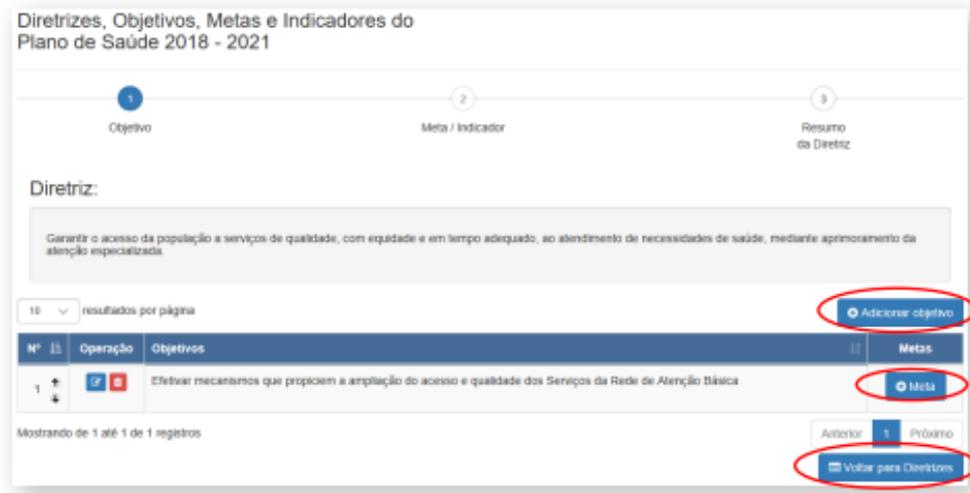
Fonte: elaboração própria adaptado de Conasems (2021).

Como descrito no mapa conceitual, compreendemos que a dimensão técnica-sanitária possui diversas áreas e temáticas. Uma delas é o planejamento, que traz o diagnóstico situacional, os DOMI e o monitoramento e avaliação. O diagnóstico situacional, definido como a análise abrangente do contexto de saúde de uma determinada população, emerge como um precursor crítico no processo de planejamento. O diagnóstico situacional desempenha um papel essencial na identificação precisa de problemas de saúde, na avaliação das necessidades da população-alvo e na determinação de prioridades de intervenção. Ele fornece uma base sólida de informações epidemiológicas, socioeconômicas e culturais, permitindo uma análise sobre a situação de saúde. Isso, por sua vez, facilita a formulação de estratégias adaptadas às características específicas de cada contexto. Esse entendimento aprofundado é crucial para a explicação situacional dos problemas de saúde, priorização de problemas e definição de objetivos viáveis.

Entendemos, portanto, que o planejamento em saúde é intrinsecamente dependente da definição clara de DOMI. Esses elementos formam a espinha dorsal das estratégias, orientando a tomada de decisões, a alocação de recursos e a avaliação do desempenho. A literatura revisada destaca que as diretrizes proporcionam uma base normativa, delineando princípios e valores que guiam o desenvolvimento das estratégias do planejamento. Os objetivos, por sua vez, representam as metas gerais que as estratégias visam alcançar. Eles fornecem uma visão clara do destino desejado e orientam a formulação de intervenções específicas. As metas, mais tangíveis e mensuráveis, desdobram-se dos objetivos, fornecendo alvos específicos para avaliação de desempenho. Os indicadores, nesse contexto, emergem como ferramentas cruciais para a avaliação e monitoramento contínuo do progresso em direção às metas estabelecidas. Eles oferecem uma base empírica para a tomada de decisões informadas, permitindo ajustes ágeis nas estratégias, à medida que os dados são analisados.

A sinergia entre os DOMI é, no nosso entendimento, fundamental para o sucesso do planejamento estratégico em saúde pública. As diretrizes fornecem a visão macro, os objetivos estabelecem o curso, as metas definem os marcos e os indicadores oferecem a bússola para a navegação precisa. A mensurabilidade dos objetivos e das metas é um aspecto crítico, proporcionando a base para uma avaliação objetiva do sucesso ou insucesso das estratégias adotadas. A escolha adequada de indicadores, considerando sua validade, confiabilidade e sensibilidade ao contexto, são essenciais para garantir que a avaliação do desempenho seja robusta e significativa. Esses aspectos estão descritos no DGMP, como demonstrado na Figura 4:

Figura 4 – Alimentação dos DOMI no DigiSUS



Fonte: Brasil (2021).

Na composição desse mapa conceitual, ao descrever as redes de atenção à saúde, buscamos o estudo de Eugênio Vilaça Mendes (2010) sobre esse tema, que assim compõe as áreas: população, estrutura operacional (atenção primária à saúde, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio e sistemas logísticos) e modelos de atenção (agudos e crônicos).

Segundo Mendes (2010), a estrutura operacional das redes de atenção à saúde constitui-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos “nós” das redes, e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.

As evidências sugerem que as redes de atenção à saúde desempenham um papel significativo no fortalecimento do planejamento estratégico em saúde coletiva. A integração entre diferentes níveis de atenção, profissionais de saúde, população e serviços é essencial para a gestão eficiente de recursos e a oferta de cuidados abrangentes. Além disso, as redes facilitam a comunicação e a troca de informações entre os diversos componentes do sistema de saúde, promovendo uma abordagem mais holística e centrada no paciente. A interconexão entre os elementos da rede de atenção à saúde oferece oportunidades para a criação de políticas de saúde mais alinhadas com as necessidades da população. A descentralização de decisões e a participação ativa das comunidades locais emergem como aspectos cruciais, permitindo uma adaptação mais eficaz às demandas específicas de cada contexto. Além disso,

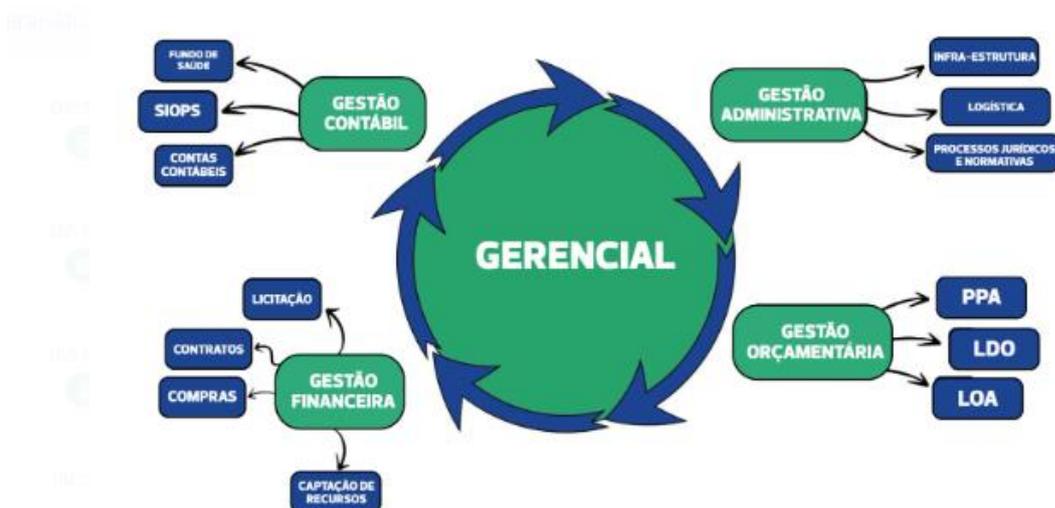
a flexibilidade inerente às redes de atenção à saúde torna-as resilientes a mudanças e capazes de adaptar-se a novos desafios de saúde pública.

Quanto às políticas de saúde municipais, estaduais e nacionais possuem diretrizes governamentais e legislação específica que moldam as prioridades e estratégias adotadas pelos órgãos responsáveis pela saúde coletiva. Além disso, políticas de saúde muitas vezes definem metas e objetivos específicos que orientam o desenvolvimento de estratégias. Esses objetivos podem abranger desde a redução de doenças específicas até a promoção de estilos de vida saudáveis, delineando o escopo e os focos do planejamento estratégico. A alocação de recursos é outra dimensão crítica influenciada pelas políticas de saúde. Decisões sobre financiamento, distribuição de pessoal e investimentos em infraestrutura são frequentemente guiadas pelas políticas governamentais, impactando diretamente a viabilidade e eficácia das estratégias de saúde coletiva. A clareza e consistência dessas políticas são essenciais para garantir a coerência e a eficácia das estratégias adotadas.

4.2.3 Movimento 3: Apropriação da “dimensão gerencial”

A dimensão gerencial pode ser utilizada na tomada de decisões e no momento da implementação de políticas. Nessa apropriação, são estabelecidas as prioridades por meio dos instrumentos de administração pública e suas correlações com o orçamento e a gestão financeira. O mapa conceitual dessa dimensão pode ser visualizado na Figura 5.

Figura 5 – Mapa conceitual da dimensão gerencial do processo de planejamento em saúde do município de Mairi, Bahia – 2020-2021



Fonte: elaboração própria, adaptado de Conasems (2021).

Como análise do PMS no DGMP, identificamos a descrição dessa inter-relação, ao condicionar cada ação proposta à subfunção e ao orçamento proposto no Plano Plurianual, trazendo um exercício do gestor de saúde. Como área gerencial, propomos algumas áreas desenvolvidas com base na proposta do Conasems (2021). Portanto, para o desenvolvimento dessa dimensão no DGMP, construímos a visualização em áreas (na cor verde escuro) e temas específicos (na cor azul): Gestão contábil (instrumentos de planejamento, Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), fundo, contas e emendas); Gestão Financeira (licitações, contratos, compras, contas financeiras e captação de recursos); Gestão Orçamentária (PPA, LDO, LOA); e Gestão Administrativa (infraestrutura, logística e processos jurídicos).

A gestão contábil na saúde refere-se à aplicação de práticas contábeis específicas no contexto do setor de saúde. Essa abordagem envolve registro, análise e controle financeiro de transações e recursos relacionados à prestação de serviços de saúde. A gestão contábil na saúde é, no nosso entendimento, essencial para garantir transparência, eficiência e adequada alocação de recursos financeiros, contribuindo, assim, para a sustentabilidade e eficácia de organizações e sistemas de saúde.

Alguns aspectos importantes da gestão contábil na saúde incluem: SIOPS, que serve como uma ferramenta essencial para a coleta, processamento e disseminação de informações financeiras relacionadas à saúde; e os fundos de saúde, atuando como um instrumento central na gestão financeira e desempenhando um papel crucial na captação e distribuição de recursos, além de proporcionar uma base financeira sólida para a implementação das estratégias de saúde. A gestão contábil de contas específicas facilita a rastreabilidade financeira e a avaliação do impacto de intervenções focalizadas, alinhando-se diretamente aos objetivos estratégicos. As emendas parlamentares, embora possuam um contexto político, são consideradas, na literatura, um componente relevante da gestão contábil na saúde pública. Essas emendas podem influenciar significativamente a distribuição de recursos, impactando as prioridades estratégicas por meio de aportes financeiros específicos.

A gestão administrativa na saúde abrange a organização, coordenação e supervisão de diversos elementos essenciais para o funcionamento eficiente dos serviços de saúde. Isso inclui a gestão da infraestrutura, aspectos jurídicos e logísticos. A gestão da infraestrutura envolve a manutenção de instalações físicas seguras, para a prestação de serviços, e atendem às normas regulatórias quanto à aquisição, manutenção e atualização de equipamentos médicos e tecnologias necessárias para o diagnóstico, tratamento e gestão de informações de pacientes. Em relação à gestão jurídica, assegura que todas as operações estejam em conformidade com as

leis e regulamentações locais, estaduais e nacionais relacionadas à saúde. A gestão logística está relacionada ao abastecimento e estoque, além do transporte e distribuição de materiais.

A gestão orçamentária eficaz é essencial para traduzir metas de saúde pública em ações tangíveis, garantindo a alocação adequada de recursos para iniciativas prioritárias. A literatura revisada indica que o PPA desempenha um papel fundamental, ao estabelecer as diretrizes de médio prazo para as políticas públicas, incluindo aquelas relacionadas à saúde. Já a LDO atua como um elo crítico entre o PPA e a LOA, fornecendo as diretrizes específicas para a elaboração do orçamento anual. A LDO orienta a alocação de recursos para os setores prioritários, refletindo as metas e os objetivos delineados no PPA. No contexto da saúde pública, isso significa que a LDO pode influenciar diretamente a disponibilidade de recursos para programas e projetos específicos. A LOA, por sua vez, representa a tradução financeira das metas e dos objetivos delineados tanto no PPA quanto na LDO. A alocação específica de recursos para a saúde, refletida na LOA, determina a viabilidade e a eficácia das estratégias de saúde pública implementadas no curto prazo.

A gestão financeira da saúde pública refere-se à administração eficaz e eficiente dos recursos financeiros destinados ao setor de saúde por parte das entidades governamentais responsáveis. Essa prática é fundamental para garantir que os recursos disponíveis sejam alocados de maneira transparente e de acordo com as prioridades estabelecidas nas políticas de saúde. Torna-se complexa, devido à natureza diversificada dos serviços de saúde, às constantes mudanças nas necessidades da população e às limitações orçamentárias. Para isso, requer colaboração entre gestores, profissionais de saúde, órgãos de controle, além da aplicação de boas práticas de governança e transparência. Destacamos, neste estudo, que as licitações, gestão de contratos, monitoramento de compras e o fomento da captação de recursos e controle de despesas são aspectos fundamentais para assegurar que os recursos financeiros sejam utilizados de forma transparente, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

Por existir um grande número de normativas e leis sobre o assunto, essa dimensão é a que mais possui orientação ao gestor e descrição nos instrumentos de planejamento.

4.2.4 Movimento 4: Apropriação da “dimensão intersubjetiva”

A última dimensão proposta, a intersubjetiva ou relacional, descreve as microrrelações para execução do planejamento. Segundo Azevedo (2010), as dificuldades de implementação de processos de mudança, envolvendo novas formas de organização do trabalho nas

organizações públicas de saúde, têm levado à procura de novas ferramentas, focando a relação entre subjetividade e gestão, os aspectos microssociais e o papel dos sujeitos. Esse tema, no campo da saúde coletiva, particularmente no âmbito do planejamento e da gestão, vem se expressando nos trabalhos de Cecílio (2010), Franco (2022), Merhy (1995), Onocko Campos (2000) entre outros, seja pelo reconhecimento da racionalidade político-estratégica para tratar dos processos de mudança nas organizações de saúde, seja da dimensão intersubjetiva do cuidado em saúde.

A reflexão sobre essas condições que permeiam a gestão e o fazer da saúde revela a necessidade de uma mudança de perspectiva: perceber o planejamento e a gestão em saúde como instâncias de processo maior de comunicação participativa, que preencha a “[...] função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social [...]” (HABERMAS, 1989, p. 41). Contar com instrumentos vigentes e condizentes com a realidade local e com a capacidade de gestão, inclusive orçamentária, é uma das condições primordiais para uma boa gestão num momento de instabilidade. Diante da exposição do planejamento e das vivências do ser gestor municipal em saúde, observa-se um distanciamento entre a academia e a prática de planejamento para uma Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere mais especificamente à nossa linha de investigação, temos procurado compreender a dimensão intersubjetiva, procurando uma aproximação com o planejamento em saúde, discutindo particularmente o papel do gestor nesse contexto e reforçando como aprendizado organizacional e institucional. A culminância desse processo foi o produto técnico desta dissertação: a produção de um artigo científico.

Para Franco (2022), nas discussões e oficinas de planejamento, a gestão estratégica da organização deve se dar por projetos. Sua condução, por coletivos de sujeitos, necessita do reconhecimento de que a vida produtiva organiza-se pelas relações ou, melhor dizendo, pelas conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e formam-se em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. O autor discute primeiramente que tipo de rede opera nos processos de trabalho. A segunda questão examinada é a micropolítica e o caráter rizomático. A terceira questão discutida diz respeito ao caráter autoanalítico e autogestionário.

Nas dinâmicas de planejamento, tal como na metodologia do DGMP, não se descrevem os aspectos relacionais. Portanto, propomos a dimensão intersubjetiva em quatro áreas (colegiado de gestão, gestão do trabalho, gestão da educação em saúde e comunicação em saúde) como proposto no mapa conceitual a seguir (Figura 6):

Figura 6 – Mapa conceitual da dimensão relacional e/ou intersubjetiva do processo de planejamento em saúde do município de Mairi, Bahia – 2020-2021



Fonte: elaboração própria

A análise das tendências citadas é essencial para nortear uma ação, no presente, das políticas de planejamento e desenvolvimento da saúde. A capacidade de resposta do Brasil aos desafios da saúde e do SUS demandam a reflexão e a construção de políticas que coloquem a economia a serviço da vida e sejam dotadas de capacidade para promover o desenvolvimento econômico e a saúde.

Segundo Furtado *et al.* (2018), o Planejamento em saúde, ao longo da história, teve que lidar com a necessidade de equacionar a relação meios e fins e ainda com a tensão advinda das mudanças de políticas de saúde vigentes no Brasil das últimas décadas. Foi caracterizado pela forma como enfrentaram-se os dilemas entre autonomia e controle, por um lado, e coletividade e subjetividade, por outro. Apesar da implementação de tecnologias em saúde e da busca da interoperabilidade pela estratégia saúde digital (ESD), o planejamento em saúde no Brasil apresenta uma tradição de utilização do planejamento normativo e/ou de viés hegemonicamente econômico, com significativa influência dos pensamentos de Mário Testa (1992) e Carlos Matus (1993) em torno do pensamento estratégico em saúde.

Mesmo que por diferentes caminhos, a análise do planejamento em saúde reforça a necessidade de uma perspectiva mais dialógica. Nesse debate, a posição de Onocko Campos (2000) também aponta para uma ponderação entre teoria e metodologia, quando propõe uma mediação entre a racionalidade crítica e a racionalidade instrumental.

Já Artman (1993) reforça que o planejamento da gestão busca articular conhecimento e ação. Nesse processo, a dimensão relacional encontra-se vinculada às escolhas e ações, sendo necessário pensar na gestão micro do cotidiano e no nível macro com a formulação de políticas, tendo o planejamento como um processo. Assim sendo, a construção de Mapas Conceituais exigiu a implantação de um processo permanente de monitoramento, assim como a necessidade de implicação dos atores nesse processo.

Esse aspecto dinamizador do planejamento na dimensão intersubjetiva ou relacional reforça o papel do trabalho com base no conceito que os trabalhadores têm tomado como central, de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Isto coloca-nos em contato com a ideia de que o planejamento deve ser mobilizador de vontades, com a participação maior de pessoas e interessados na mudança da situação, não se reduzindo a planos, projetos e programas (CECÍLIO, 1997; PAIM, 2012). Os processos desencadeados após a construção desse mapa constituíram aprendizado institucional com fomento na reestruturação do processo de trabalho e na reorganização da prestação de serviços à população. Além disso, essa dimensão foi escolhida para ser publicada em artigo científico submetido à Revista Interface (APÊNDICE A).

5 REFLEXÕES FINAIS

A jornada como gestora municipal de saúde na reformulação do Plano Municipal de Saúde de Mairi, num contexto de crise sanitária, despertou o entendimento da importância de metodologias, instrumentos e técnicas na aplicabilidade do planejamento no cotidiano da gestão em saúde. O envolvimento de diversos atores na construção e no monitoramento das pactuações e seu aspecto relacional transformou o modo de fazer e ressignificou a utilização do planejamento em saúde no cotidiano como gestora em saúde. Enxergar a utilização do planejamento estratégico situacional na prática e transversalizar às dimensões de análise do planejamento, teorizando e fazendo, lapidaram o caminhar e trouxeram luz ao aspecto relacional, que foram fundamentais ao longo dessa trajetória de trabalho. Nesse caminho, a formação do colegiado gestor, reuniões periódicas, monitoramento em períodos curtos, processos de governança e comunicação trouxeram vida às diretrizes propostas na formulação do plano.

Cabe destacar alguns aspectos importantes nesse processo: participação de várias partes interessadas, incluindo profissionais de saúde, gestores, usuários, familiares e representantes da comunidade; colaborações dos diferentes atores que trabalham em conjunto, contribuindo com suas perspectivas, experiências e conhecimentos para o processo de planejamento; tomada de decisões compartilhada, evitando uma abordagem de cima para baixo e garantindo que as decisões reflitam as necessidades e preocupações de todos os envolvidos; aprendizado contínuo, por meio da troca constante de informações e conhecimento entre as partes interessadas, contribuindo para um aprendizado e uma melhoria das estratégias ao longo do tempo. Esses aspectos permitiram a cogestão no planejamento em saúde, com aumento do comprometimento, da participação e da colaboração. Embora possa ser desafiadora, a abordagem pode levar a resultados mais significativos e duradouros, promovendo uma visão mais centrada nas pessoas. Esses momentos buscam compartilhar responsabilidades e conhecimento, visando maior participação e inclusão no planejamento e na gestão dos sistemas de saúde.

Como desafios, é importante ressaltar que, em grande parte dos processos administrativos de governo, existem espaços de disputa, resistência a mudanças, pouco envolvimento dos profissionais de saúde nos aspectos de gestão em saúde, além da dificuldade de comunicação entre os atores, ficando mais evidente num momento extremo, como o enfrentado no combate à COVID-19. Como potencialidades, as reuniões em períodos curtos e o constante processo de educação em saúde permitiu diálogos ao planejar.

Por fim, resta evidenciar, nesta análise, que todo planejamento enfrenta a resistência de outros atores que planejam e que se opõem aos objetivos, sendo necessário levar-se em consideração os outros. O plano não é uma peça racional e normativa e não depende exclusivamente do planejador, seja ele governante ou não, sendo necessário negociar ou construir as condições para que as relações conflituosas sejam resolvidas.

Esta dissertação é parte de um aprendizado e indagações vivenciadas tanto profissional quanto pessoalmente num período extremamente desafiador de crises políticas e institucionais. Conhecer as dimensões e aprofundar no planejamento estratégico situacional definitivamente mudaram o conceito de gestão em saúde e foi transformador. Apesar dos esforços empreendidos na construção desta Dissertação, ela traz, como um dos grandes desafios que precisam ser enfrentados, a realização de outros estudos, pesquisas, debates, construção de agendas e introdução de estratégias que contribuam com a produção acadêmico-científica sobre o uso e/ou influência das práticas e dos processos do planejamento em saúde, bem como a proposição de mecanismos e estratégias que deem sustentabilidade aos sistemas de monitoramento e avaliação efetivos e capazes de qualificar a tomada de decisão no âmbito da gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, Washington Luiz. **Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. 2012. 170 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública], Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6774/1/Tese%20.%20Washington%20Abreu%202012.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- ABREU DE JESUS, Washington Luiz; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Contribuições da saúde coletiva ao processo de planejamento no sistema único de saúde, Brasil (1990-2010)**. Trabalho apresentado ao 2o Congresso de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2013b. Disponível em: www.politicaemsaude2013.com.br. Acesso em: 27 jul. 2021.
- ABREU DE JESUS, Washington Luiz; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3839-3858, 2013a. DOI: 10.1590/1413-81232014199.11962013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VfNPNhcTThVhRPqgzJkcvS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2021.
- AMANIYAN, Sara *et al.* Comparison of the Conceptual Map and Traditional Lecture Methods on Students' Learning Based on the VARK Learning Style Model: A Randomized Controlled Trial. **SAGE Open Nursing**, [S.l.], v. 6, p. 1-9, 2020. DOI: 10.1177/2377960820940550. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Mean-and-Standard-Deviation-of-the-Pre-and-Postassessment-Scores-of-Learning-Styles_tbl2_342766626. Acesso em: 27 jul. 2021.
- ARTMANN, Elizabeth. **O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)**. 1993. 222 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública], Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.
- AUSUBEL, David P. **Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2003. Título original: The acquisition and retention of knowledge: a cognitive view.
- AZEVEDO, Creuza da Silva. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 977-986, 2010. Suplemento 1. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bCkggvt55hmv4kTrkVwNdKz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** seção 1, Brasília, DF, n. 11, p.1, 16 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do usuário:** módulo planejamento – DigiSUS Gestor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/manualdgmmp>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 5/2020.** Orientações para o registro no Plano de Saúde (PS) das ações decorrentes do enfrentamento à pandemia da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/nota-tecnica-no-52020-cgfipdgipsems>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 7/2020.** Sobre ajuste no Plano de Saúde (PS) ou na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento à pandemia da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/nota-tecnica-no-72020-cgfipdgipsems>. Acesso em 22 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnkcbpajpccpglefindmkaj/https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007.** Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de setembro de 2011.** Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20gerais%20para%20a,28%20de%20junho%20de%202011. Acesso em: 18 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolucao-cit-n-23.pdf/view>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2018/resolucao-n-37-de-22-de-marco-de-2018.pdf/view>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: <https://bit.ly/planejamentosus>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e Co-gestão de coletivos**. São Paulo, SP: HUCITEC, 2000.

CARVALHO, Andre Luis Bonifacio *et al.* **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS-SARGSUS na Paraíba (2013-2016)**: desafios e perspectivas para o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS. Trabalho apresentado ao 13o Congresso Internacional Rede Unida, Manaus, AM, 2018. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1503>. Acesso em: 15 maio 2021.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. *In*: MERHY, Emerson; ONOCKO CAMPOS, Rosana (org.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

CHAVES DOS SANTOS, Sandra Maria. **Políticas públicas e políticas sociais**: uma síntese das principais abordagens teóricas. Salvador: Escola de Nutrição da UFBA, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS**: Diálogos no cotidiano. 2. ed. dig. rev. ampl. Brasília, DF: Conasems, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

CORTES, Soraya Cargas. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 125-143.

COSTA, Ana Maria *et al.* Saúde no Poder Legislativo: objeto, investigação e tendências. *In*: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Observatório de análise política em saúde abordagens, objetos e investigações**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 113-158.

FEDERICO, Leonardo. **Análise política em saúde**: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EdUFBA, 2015.

FRANCO, Túlio Batista. **Experiências de trabalho e cuidado em saúde na pandemia de COVID-19**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* Planejamento e avaliação em saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00087917, 2018.

DOI: 10.1590/0102-311X00087917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BBqjwR8cvsrVKVNBy9BfKtp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul. 2021.

GADELHA, Carlos A. G. (coord.). **Saúde é desenvolvimento**: o complexo econômico-industrial da saúde como opção estratégica nacional. Ed. Dig. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEE, 2022. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEE%20Fiocruz%20%20Saude%20e%20desenvolvimento.pdf>. Acesso em: jan. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. Tradução Guido Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

INSTITUTO BUTANTAN. Portal do Butantan. **Qual a diferença entre SARS-CoV2 e Covid-10?** Prevalência e incidência são a mesma coisa? E mortalidade e letalidade? São Paulo: Instituto Butantan, 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade#:~:text=SARS%2DCoV%2D2%3A%20v%C3%ADrus,uma%20doen%C3%A7a%20chamada%20Covid%2D19>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS, 2003. (Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 2).

MACHADO, Cristiani Vieira *et al.* Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão na Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4681-4691, 2020. DOI: 10.1590/1413- 812320202512.18152020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RqVVFCDN7GHck3VBFwypVgF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 28 out. 2021.

MAINARDES, Emerson W.; FERREIRA, João; RAPOSO, Mário. Conceitos de estratégia e gestão estratégica: qual é o nível de conhecimento adquirido pelos estudantes de gestão? **Facef Pesquisa**, Franca, SP, v. 14, n. 3, p. 278-298, 2011. Disponível em: <https://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/view/296/284>. Acesso em: 15 out. 2021.

MAIRI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Mairi 2017-2021*. Mairi: Secretaria Municipal de Saúde 2017.

MAIRI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Mairi 2022-2025*. Mairi: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

MATUS, Carlos. Fundamentos da Planificação Situacional. Tradução Elizabeth Artmann. Venezuela: IVEPLAN, 1985. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe (org.). **Planejamento e Programação em Saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. 3. ed. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador. EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 41-63.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. *In*: MERHY, Emerson; ONOCKO CAMPOS, Rosana (org.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. p. 71-150.

MERHY, Emerson. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. *In*: GALLO, Edmundo (org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.117-148.

MERHY, Emerson. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOREIRA, Marco Antonio. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. São Paulo: Centauro Editora, 2010.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. A Covid-19, a atualidade da reforma sanitária e as possibilidades do SUS. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (org.). **Reflexões e futuro**. Brasília, DF: CONASS, 2021. (Coleção Covid-19).

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-782. (Saúde em debate, 170).

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 827-843.

PETRI, Sérgio Murilo *et al.* Gestão pública através de mapas estratégicos do Balanced Scorecard: um estudo de caso do Festival Floripa Teatro Isnard Azevedo. **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, Florianópolis, v. 13, n. 40, p. 67-79, 2014. Disponível em: <https://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/view/2097>. Acesso em: 24 fev. 2023.

PIOLA, Sérgio Francisco; FRANÇA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rYPRLDRgFYCRjd9B7bmTLRf/?format=html>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, Michael E. O que é estratégia. **Harvard Business Review**, [s.l.], v. 74, n. 6, p. 61-78, 1996.

RAMOS JÚNIOR, Adalton S. **Avaliação da maturidade da saúde digital no Brasil**: uma análise sob a ótica do Global Digital Health Index e do modelo de inovação Hélice Quíntupla. 2021. 120 f. Dissertação (Mestrado em Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. *In*: RIVERA, Francisco Javier Uribe (org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.13-55.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Guia de planejamento e gestão da SMS Salvador**. Salvador, BA: SMS, 2020. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/guia_planejamento_sms-formato_16x23cm-VERSAO-DIGITAL.pdf. Acesso em: 26 nov. 2021.

SCARPATI, Valesca *et al.* Mapa estratégico de gestão do plano de desenvolvimento institucional 2015-2019 da Universidade Federal do Espírito Santo: uma análise de cenário e metas. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. e8269109044, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9044>. Acesso em: 22 fev. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 945-957, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQQH8WkzCtYBqXsVcFs4dZc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SILVA, Renam Carlos Freitas da *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300331, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300331. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WmvD8YnbqkQ3VwchjxsNR6c/?lang=pt#>. Acesso em: 18 ago. 2022.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EdUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 3-12.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

URREJOLA CONTRERAS, Gabriela P. *et al.* The usage of conceptual maps in the subject Clinical Reasoning as a tool for improving academic performance. **Revista Cubana de Educación Médica**

Superior, [Havana], v. 34, n. 1, p. 1-16, e1942, 2020. Disponível em: [Congressointerno.fiocruz.br/sites/congressointerno.fiocruz.br/files/documentos/IX Congresso Interno Fiocruz - Relatório Final.pdf](https://congressointerno.fiocruz.br/sites/congressointerno.fiocruz.br/files/documentos/IX%20Congresso%20Interno%20Fiocruz%20-%20Relat%C3%B3rio%20Final.pdf). Acesso em: 19 ago. 2022.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe técnico**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/21-december2020-sars-cov2-variant-united-kingdom/en/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

APÊNDICE A – Artigo submetido²**A Dimensão Relacional do Planejamento Estratégico Municipal: um relato de experiência****RESUMO**

Pretende-se neste artigo descrever a dimensão relacional no processo de reconstrução do Plano Municipal de Saúde de Mairi, Bahia, Brasil, devido ao período pandêmico. O enfoque teórico utilizado para analisar fatores internos e externos no desenvolvimento de estratégias na gestão em saúde foi extraído de três correntes teórico-metodológicas e a Matriz FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças). Adotou-se o método qualitativo, tipo estudo de caso. Os resultados mostraram que, no Plano Municipal de Saúde, a Fortaleza residiu na formação do colegiado gestor; Oportunidades descreveu a gestão da educação em saúde; Fraquezas demonstrou a gestão do trabalho; Ameaças evidenciou a comunicação em saúde. Todas essas áreas de atuação foram consolidadas em um mapa conceitual na dimensão relacional descrita por temas. Concluiu-se que a dimensão relacional do Plano Municipal de Saúde de Mairi foi imprescindível para o alcance de resultados através do fomento do Colegiado gestor, Educação Permanente, Gestão do Trabalho e Comunicação em saúde.

Palavras-chave: Planejamento municipal em saúde; Planejamento estratégico em saúde; Gestão em saúde; Dimensão relacional.

² Este artigo foi submetido para publicação na Revista Interface.

The Relational Dimension of Municipal Strategic Planning: an experience report

ABSTRACT

This article aims to describe the relational dimension in the reconstruction process of the Municipal Health Plan of Mairi, Bahia, Brazil, due to the pandemic period. The theoretical approach used to analyze internal and external factors in the development of health management strategies was extracted from three theoretical-methodological currents and the SWOT Matrix (Strengths, Opportunities, Weaknesses and Threats). The qualitative method, case study type, was adopted. The results showed that, in the Municipal Health Plan, Fortaleza resided in the formation of the management collegiate; Opportunities described the management of health education; Weaknesses demonstrated work management; Threats highlighted health communication. All of these areas of activity were consolidated in a conceptual map in the relational dimension described by themes. It was concluded that the relational dimension of the Mairi Municipal Health Plan was essential for achieving results through the promotion of the Management Board, Permanent Education, Work Management and Health Communication.

Key words: Municipal health planning; Strategic health planning; Health management; Relational dimension.

La dimensión relacional de la planificación estratégica municipal: un relato de experiencia

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo describir la dimensión relacional en el proceso de reconstrucción del Plan Municipal de Salud de Mairi, Bahía, Brasil, debido al período pandémico. El enfoque teórico utilizado para analizar los factores internos y externos en el desarrollo de estrategias de gestión en salud se extrajo de tres corrientes teórico-metodológicas y de la Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). Se adoptó el método cualitativo, tipo estudio de caso. Los resultados mostraron que, en el Plan Municipal de Salud, Fortaleza residió en la formación de la gestión colegiada; las oportunidades describieron la gestión de la educación en salud; Debilidades demostradas en la gestión del trabajo; Las amenazas destacaron la comunicación sanitaria. Todas estas áreas de actividad se consolidaron en un mapa conceptual en la dimensión relacional descrita por temas. Se concluyó que la dimensión relacional del Plan Municipal de Salud de Mairi fue fundamental para el logro de resultados a través de la promoción de la Junta Directiva, la Educación Permanente, la Gestión del Trabajo y la Comunicación en Salud.

Palabras clave: Planificación municipal de salud; Planificación estratégica de la salud; Manejo de la salud; Dimensión relacional.

Introdução

As melhorias do sistema de saúde com vistas a promover o bem-estar da população requerem das esferas de gestão, fundamentalmente, um processo de planejamento consistente, tecnicamente fundamentado e que seja construído de modo estratégico, com tecnologias e métodos adequados ao contexto e às necessidades identificadas ^{1,2,3}. Esse processo, entretanto, é influenciado pelas relações que se estabelecem no ambiente social, particularmente na área de saúde, cujas interfaces extrapolam o setor, permeando aspectos da educação, assistência social, trabalho, renda, moradia, lazer, cultura, dentre outros ⁴.

Reconhecer essas interfaces significa compreender que a “determinação social da saúde” ⁵ é substrato para o trabalho do gestor da área de saúde, sendo um conceito importante para o desenvolvimento das ações de gestão em momentos de crise, tais como o período da Pandemia de COVID-19, que requereu dos gestores do sistema de saúde capacidade de reinventar o planejamento da saúde, ressignificando-o para dar conta desse contexto adverso e inédito.

Tendências do perfil epidemiológico e do sistema de saúde no Brasil após o período pandêmico apresentam uma piora da situação e a manutenção dessa evolução que dependerá da capacidade econômica e de proteção social sobre o setor saúde, bem como o desenvolvimento do SUS e seus princípios e diretrizes ⁶. A contextualização desse momento traz de volta a perspectiva do planejamento como função gestora que, para além de ser um requisito legal, é um mecanismo relevante para assegurar a direcionalidade do processo de organização da produção de ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas e necessidades dos territórios ^{7,8,9}.

Historicamente, o planejamento em saúde vem sendo construído a partir das contribuições do enfoque estratégico situacional, cujas principais referências são o “planejamento estratégico situacional” de Carlos Matus ¹⁰ e o “pensamento estratégico” de Mário Testa ¹¹.

Matus ^{10,12} tinha uma visão crítica do planejamento normativo, porque percebia esta forma de planejar admitia uma única imagem-objetivo e uma única trajetória. Para ele, o planejamento se refere à arte de “governar” em situações de poder compartilhado, sendo necessário estar atento ao jogo social e ao espaço de atuação dos diversos atores que definem uma organização ou agrupamento humano como uma personalidade, que de forma estável ou transitória e que têm a capacidade de acumular forças, desenvolver interesses e produzir fatos em determinadas situações.

As contribuições do pensamento estratégico de Mário Testa ¹¹ são: o diagnóstico situacional, o poder (administrativo, técnico e político) e o postulado de coerência (propósito, método e organização). Esses elementos, concebidos através de reflexões, quando aplicados

de maneira sinérgica, proporcionam uma base sólida para o desenvolvimento e execução de estratégias eficazes em contextos organizacionais diversos.

No decurso do processo de implantação do Sistema de Saúde brasileiro, o SUS, o enfoque estratégico situacional foi criticado, aprimorado e ressignificado por diversos autores que, ao longo dessas três décadas, produziram uma vasta literatura sobre o planejamento em saúde e suas possibilidades de aplicação no cotidiano do sistema e dos serviços de saúde. Neste sentido, podemos destacar as contribuições da Escola Nacional de Saúde Pública, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade de São Paulo, da Universidade Estadual de Campinas e de tantas outras instituições^{13,14,15,16}, cujos produtos subsidiaram a construção das dimensões do planejamento em saúde, propostas por Abreu-de-Jesus (2012)¹⁷.

A primeira dimensão trazida por este autor é a “sociopolítica”, que diz respeito ao conjunto de conceitos, métodos, técnicas e instrumentos que permitem aos sujeitos do planejamento a produção de conhecimentos acerca do “contexto político” no qual o planejamento está sendo realizado. A segunda dimensão denominada de “técnico-sanitária”, diz respeito ao processo de condução da reorganização das ações e dos serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado. A terceira dimensão, “gerencial”, trata do conjunto de métodos e técnicas que podem ser utilizados na tomada de decisões e no momento da implementação de políticas, bem como métodos de programação/organização da prestação de serviços e os processos de trabalho nos diversos níveis do sistema. Por fim, a quarta e última dimensão, “intersubjetiva ou relacional”, está ligada à construção de ferramentas necessárias ao manejo cotidiano das contingências decorrentes, principalmente, da relação entre os sujeitos das práticas entre si, com os seus objetos de trabalho e com a sociedade, mediados pelos diversos saberes e pelas tecnologias.¹⁷

Ainda sobre a dimensão intersubjetiva, é proposto que esta se consubstancia no entrecruzamento dos poderes – político, técnico e administrativo – e dos diagnósticos – administrativo, estratégico e ideológico. Numa perspectiva analítico-institucional, apropria-se dos elementos necessários à mediação das “relações intersubjetivas” inerentes aos processos de trabalho. Neste sentido, deve-se observar a importância de envolver estrategicamente todos os atores da gestão, motivando-os a participar de forma ativa, para que possam contribuir na identificação dos processos de trabalho; exibir as suas potencialidades e evidenciar as fragilidades que precisam ser eliminadas. Com isso, induz-se à prática de construção coletiva, que possibilita a mudança da disposição para fazer cumprir o planejado, trazendo o sentimento de pertencimento ao processo e o envolvimento da população.^{17,18}

A pandemia de COVID-19 produziu um contexto dinâmico e desafiador para a sociedade e, particularmente, para o setor da saúde pública mundial. No cenário brasileiro, foi desafiador aos gestores do sistema de saúde enfrentar adversidades desse momento crítico, considerando, inclusive, as dificuldades gerenciais produzidas pelo anacronismo da gestão federal neste momento. Neste momento, o planejamento emerge como ferramenta essencial para o resgate da direcionalidade do sistema e dos serviços de saúde, vislumbrando um redirecionamento de metas e o alcance de resultados não previstos nos planos de saúde

vigentes, assegura a à gestão o desenvolvimento de estratégias coletivas, construídas de modo ascendente e que reestruturaram, ainda que temporariamente, os modelos de gestão e de cuidado para dar conta das demandas produzidas no curso da crise sanitária. ^[19]

Em resposta ao movimento dos gestores do sistema, o Ministério da Saúde, formaliza a Nota Técnica nº 7/2020, na qual se realizou uma alteração no Módulo Planejamento (DGMP) - DigiSUS gestor, através do qual seriam a partir de então permitido ajustes no Plano de Saúde (PS) e na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas ou das ações decorrentes do enfrentamento da pandemia da COVID 19 com a devida aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde. ^[20]

A quebra do ciclo de quatro para dois anos expresso no Plano de Saúde (PS) exigiu que se pensasse metas e ações com base em uma nova exigência, em decorrência do surgimento de recentes recursos no período da pandemia da COVID-19 (2020-2021). Dada a relevância dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apoiados pelo sistema digital dos instrumentos de planejamento em saúde, o DGMP, instituído pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, remete a uma série de questionamentos de quem planeja e para quem planeja e possui, na estrutura do Plano de Saúde, as definições de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de ações. ^[21, 22]

Essas condições que permeiam a gestão e o fazer da saúde revelam a necessidade de uma mudança de perspectiva, para que se possa perceber o planejamento e a gestão em saúde como uma instância de processo maior de comunicação participativa, que preencha a “[...] função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social” ^[23].

É neste sentido que a dimensão intersubjetiva do planejamento em saúde ganha força no cotidiano da gestão, por desenvolver-se em torno do manejo das contingências decorrentes, principalmente, dos enfrentamentos dos sujeitos das práticas com os seus objetos de trabalho, mediados pelos saberes e pelas tecnologias disponíveis e que foram postas em xeque no momento da Pandemia de COVID-19.

A exigência de realização da reconstrução do Plano Municipal de Saúde (2017-2021) no ano de 2020, trouxe o processo de planejamento local como método/prática. Tendo em vista o que diz Paim ³, se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento do significado do seu trabalho. Assim, começaram a fazer sentido, mais do que nunca, focar suas interfaces e suas correlações com o planejamento em saúde e o foco na dimensão relacional ¹⁴.

Nesse debate, a posição de Onocko Campos ²⁴ também aponta para uma ponderação entre teoria e metodologia, quando propõe uma mediação entre a racionalidade crítica e a racionalidade instrumental. Já Artman ²⁵ reforça que o planejamento da gestão busca articular conhecimento e ação, vinculada às escolhas e ações, como o envolvimento de diversos atores, sendo necessário pensar na gestão micro do cotidiano e no nível macro com a formulação de políticas, tendo o planejamento em saúde como um processo.

Este artigo busca discorrer sobre a dimensão intersubjetiva do planejamento em saúde como subsídio para reorganizar as práticas de gestão e de cuidado no cenário da Pandemia de COVID-19, em um município de pequeno porte do interior do Nordeste brasileiro.

Percurso Metodológico

A abordagem deste estudo é realizada pelo método qualitativo, tipo estudo de caso, que possui caráter descritivo-exploratório, pois se preocupa em descrever e analisar a realidade para compreender o alcance da metodologia de planejamento empreendida. Segundo Gil ²⁶, o “[...] estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado” (p. 72).

As razões que levaram o pesquisador a eleger o tema de pesquisa estão diretamente relacionadas à definição de como ocorreram os processos de planejamento estratégico em saúde na dimensão relacional numa secretaria municipal de saúde. Desse modo, o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa foi à definição da dimensão relacional para o aprofundamento do conhecimento. A instituição escolhida foi a Secretaria Municipal de Saúde de Mairi, Bahia, Brasil. Os dados foram coletados no período de 2020-2021 nas Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde e nas oficinas de alinhamento para condução de ações durante a pandemia. Essas reuniões e oficinas aconteceram como resposta do município na implementação do Guia Orientador do Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e pelo Ministério da Saúde (MS), em 2020. Essa participação do município ressignificou a utilização de planejamento como prática de gestão.

Localizado no Piemonte da Chapada Diamantina, a classificação geográfica é de um município do tipo rural adjacente, com população abaixo de 20 mil habitantes, composta de unidades de saúde e equipes multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde, programas na atenção especializada, como o serviço de atenção domiciliar, centro de atenção psicossocial, policlínica municipal e um hospital com gestão dupla. Além disso, cabe acrescentar que o primeiro caso registrado da covid-19 no município citado, foi em maio de 2020. Até novembro de 2021, o município apresentou 15 óbitos, sendo a incidência 21,5 e a mortalidade 15,0, ambos por 100.000 habitantes, respectivamente. Nesse período, houve um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, o que levou a revisar os instrumentos de gestão em saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021, pactuado e publicado em 2018, já previa, entre suas diretrizes, o fomento de processos de planejamento, monitoramento e avaliação, para melhor apoiar o processo de efetivação de ações propostas, incluindo a definição de metas e indicadores de desempenho e a incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório. Para sua construção, foi elaborado um diagnóstico, com o objetivo de avaliar a situação dos processos de gestão em desenvolvimento na Secretaria

Municipal de Saúde, princípios, diretrizes, objetivos, metas e indicadores, atores e sua relação com as ações executadas.

Em um processo de alinhamento do conhecimento, de inquietações e vivências à apropriação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para a construção de uma matriz de análise correlacionada à dimensão relacional com o PMS, foram elencadas as seguintes perguntas: como foi realizado o dimensionamento da força de trabalho? Como têm funcionado as mesas de negociação com os profissionais de saúde? Como têm sido garantidos os direitos, deveres e benefícios aos profissionais de saúde? Como tem sido feita a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde? Quais ações são utilizadas para formação de pessoal? Que ações de fomento são utilizadas para educação popular? Quais estratégias de comunicação têm sido realizadas? O município possui reuniões para fomento e discussões coletivas? Após a definição das perguntas, teve início a análise documental com relação aos produtos do processo de formulação do planejamento (normativos e políticos) que registram as decisões adotadas, como é o caso das Leis, Portarias, Normas, Planos, Programas e Projetos, Manuais e Cartilhas, que se apresentam na “ação comunicativa” desencadeada no âmbito do processo do planejamento.

No que tange à dinâmica de formulação estratégica na reconstrução do PMS, foram realizadas sete reuniões com o Colegiado Gestor, para definir missão, visão, valores, diretrizes e temas estratégicos além das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, até a validação do Plano Municipal de Saúde, por meio de resoluções descritos nas ATAS e documentos publicados no DGMP.

Para a sistematização dos dados coletados nesse estudo foi utilizada a Matriz FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) sendo aprimorada adicionando níveis de análise do PMS que possuíam relação com a dimensão relacional. Os pontos fortes foram aspectos positivos em relação ao serviço oferecido; os pontos fracos foram aspectos negativos da organização em relação ao seu produto/serviço que podem ser controlados pela própria organização e relevantes para o planejamento estratégico; as oportunidades foram os aspectos mais positivos do serviço da organização em relação ao serviço prestado que não podem ser controlados pela própria organização e relevantes para o planejamento estratégico e em relação às ameaças foram os aspectos mais negativos dos serviços da organização em relação ao serviço que não podem ser controlados pela própria organização e relevantes para o planejamento estratégico.

Resultados e Discussão

O ambiente no qual se desenvolve a gestão de saúde, seja ela de natureza pública ou privada, tem se tornado cada vez mais dinâmico e desafiador devido às das características epidemiológicas da população, o desenvolvimento tecnológico e as alterações político-econômicas, impondo a necessidade de equacionar os meios e os fins com a tensão advinda das mudanças de políticas de saúde vigentes no Brasil nas últimas décadas ²⁸. Entre os

principais desafios desse setor estão os diversos atores e os ambientes internos e externos envolvidos nesse processo.

Para isso, o planejamento estratégico apresenta diversas ferramentas sejam elas para a análise de ambiente ou seja para envolvimento de atores. Por “ambiente externo” consideramos as influências geradas por atores que não fazem parte da organização, mas que podem interferir positiva ou negativamente para o alcance de seus objetivos e “ambiente interno” como aqueles que tornam a instituição mais forte ²⁹.

A Matriz FOFA (também conhecida como SWOT, do inglês *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) é uma ferramenta tradicionalmente empregada para o planejamento em saúde tradicionalmente utilizada para justapor as capacidades internas da empresa (pontos fortes e fracos) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças) ³⁰. Ela pode ser aprimorada adicionando níveis de análise, permitindo a avaliação de sua estrutura, desempenhos e/ou contextos, uma vez que distingue o que é próprio (Fortalezas e Fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser reconhecidas. O quadro 1 espelha a aplicação desses aspectos na análise do processo de construção do Plano Municipal de Saúde de Mairi, Bahia, Brasil.



Como fatores internos, o colegiado gestor é apontado no quadrante de fortaleza, e a gestão do trabalho, no quadrante das fraquezas. A fortaleza apontada neste estudo pelo colegiado gestor refere-se à natureza colaborativa e participativa desse processo em reuniões mensais para envolver os diversos atores na construção de consenso e planejamento de ações. A participação ativa do colegiado no processo de planejamento não apenas aumenta a aceitação das intervenções propostas, mas também promove a responsabilização mútua, fortalecendo a sustentabilidade em longo prazo das estratégias adotadas. Franco ³¹ afirma que

é comum observar-se, nas discussões e oficinas de planejamento, que a gestão estratégica da organização deve ocorrer por meio de projetos e sua condução deve ser realizada pelo “coletivo de gestores”. Cecílio ³², considera que a implantação de colegiados de gestão sejam espaços democráticos de práticas dialógicas e solidárias, possibilitando consensos em torno de um projeto e que também pode tornar-se um ambiente de imposição de projetos verticalizados com um caráter meramente instrumental.

O quadrante da fraqueza, a gestão do trabalho, é discutido considerando a legislação vigente, que determina caber ao SUS “[...] ordenar a formação de recursos humanos” ³³. Essa nomenclatura que, ao longo dos anos, expressou um amadurecimento teórico-conceitual, foi substituída por Gestão do Trabalho e Educação em Saúde ³⁴. Nessa perspectiva, a gestão do trabalho é considerada como fraqueza no Plano Municipal de Saúde de Mairi, por constituir um processo de grande complexidade que precisa ser redefinido, tendo em vista a reorientação da formação de pessoal em saúde e as mudanças na organização da produção dos serviços de saúde ⁶. Estas, cada vez mais, exigem a interface saúde e educação para fortalecer as inter-relações e, conseqüentemente, aprimorar o planejamento em saúde ³⁵. O município não tem um levantamento do dimensionamento da força de trabalho instituída, avaliação de desempenho formalizada, nem mesa de negociação constituída. Além disso, não possui, na sua estrutura, plano de cargos e salários.

Apesar do caráter constitucional das atribuições do SUS quanto à competência de ordenar recursos humanos por meio da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, não há um detalhamento acerca das ações, atribuições ou responsabilidades que integram ou compõem essas duas temáticas no Plano Municipal de Saúde de Mairi. Para tal, é indispensável o envolvimento das esferas de gestão, tanto no Ministério da Saúde quanto no Ministério da Educação, sobre as instituições formadoras, para promover, mediante estratégias político-pedagógicas e de integração ensino-serviço, mudanças nos processos de formação em saúde, visando à articulação entre formação, gestão, atenção à saúde e controle social, norteados pela humanização, integralidade trabalho em equipe e apropriação do SUS.

Como fatores externos no Plano Municipal de Saúde de Mairi estão a gestão da educação em saúde como uma oportunidade e a comunicação em saúde como uma ameaça. No quadrante de oportunidades, a temática Gestão da Educação em Saúde tornou-se destaque na análise, pela presença do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, pelas trocas e fomento da educação permanente, continuada e popular em saúde presentes no projeto político-pedagógico do programa. Na formação do residente, o planejamento estratégico tem fomento desde o primeiro ano da residência, o que trouxe diversas oportunidades para construção do planejamento em saúde e fortalecimento da dimensão relacional. Ribeiro ³⁶ também descreve essa relação no grupo de análise de recursos humanos, educação em serviço baseado em estratégias de educação permanente e de demandas: da unidade, da carteira de serviços e do programa de residência, educação continuada do preceptor por meio de cursos de preceptoria, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outras. Também a inclusão de educação permanente em equipes que tenham residentes e preceptores, com agenda protegida.

A promoção da educação continuada também é descrita no PMS como uma fortaleza por aumentar as habilidades interpessoais dos profissionais de saúde, facilitando a construção de relacionamentos sólidos e eficazes no ambiente de trabalho. Além disso, estratégias de planejamento que enfatizam a dimensão relacional podem criar um ambiente propício para a aprendizagem colaborativa e a inovação, por meio da educação permanente em saúde e do envolvimento de diversos atores na educação popular em saúde. Ao incorporar a educação popular em saúde no contexto do planejamento estratégico, cria-se uma sinergia que potencializa os resultados alcançados. O planejamento estratégico fornece a estrutura necessária para identificar metas e objetivos, alocar recursos de forma eficiente e mensurar o impacto das iniciativas de saúde. A inclusão da educação popular nesse processo estratégico garante que as estratégias sejam culturalmente sensíveis, acessíveis e adaptadas às necessidades específicas das comunidades-alvo³⁷. Santos ³⁸ reforça que, a integração ensino-serviço-comunidade mostrou-se um instrumento potencializador de formação para o SUS, ao contribuir na inserção dos diversos autores nas práticas em contato com a comunidade e na compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença. As estratégias e as abordagens apresentadas no estudo proporcionaram discernimento acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde, da organização da equipe de saúde da família e a importância do aporte teórico da Saúde Coletiva para construção de suas práticas.

No quadrante de ameaças, a comunicação em saúde é apontada como um processo que deve ser contínuo e dialógico. Entretanto, não consegue alcançar os profissionais envolvidos no planejamento, prejudicando os resultados das ações. Assim, é desejável que a relação entre as equipes seja alicerçada no diálogo ou conversação entre pessoas, para aprimorar a dimensão relacional por meio das interações com vistas às estratégias e ações que favoreçam mudanças nas práticas.

Essa ideia, portanto, dialoga com o enfoque habermasiano da ação comunicativa, na medida em que apresenta características que pressupõem a necessidade de condições deliberativas, estabelecendo fluxos comunicativos para a busca do entendimento, por meio do uso da linguagem, por meio do qual as interações sociais se dão ³⁹. Compreender as características e os elementos estruturais da comunicação interpessoal, da comunicação em equipe e da comunicação grupal e em massa permite planejar e executar um plano de comunicação efetivo, capaz de transpor os limites da técnica e chegar à profundidade da troca, do toque e do cuidado ⁴⁰.

Após aplicação da Matriz FOFA e identificação dos fatores internos e externos presentes no Plano Municipal de Saúde de Mairi, foi construído um Mapa Conceitual baseado em mapas estratégicos ⁴¹. Essa ferramenta viabilizou a proposta da classificação da dimensão intersubjetiva em quatro áreas de atuação – Gestão do Trabalho, Gestão da Educação em Saúde, Colegiado gestor e Comunicação em saúde –, com temas específicos a cada área de atuação como descritos na figura 1 que traz o desenho da dimensão relacional e/ou intersubjetiva do processo de planejamento em saúde do município de Mairi, Bahia, no período de 2020-2021.



Os processos visualizados na Matriz FOFA, que descreveram a busca do “fazer sentido”, consistiram em um grande aprendizado organizacional, já que a busca pela transmissão de informações entre os sujeitos e profissionais de saúde despertou o interesse pelas temáticas planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde como estratégias para o fortalecimento dos processos de mudança na gestão e na organização da prestação de ações e serviços.

A dimensão intersubjetiva no planejamento em saúde é estratégica, porque apresenta ausência de mecanismos de avaliação sistemática das relações interpessoais durante o processo de planejamento em saúde. Isso, entretanto, pode limitar a compreensão do impacto das relações nas estratégias adotadas, dificultar a identificação precoce de problemas nas relações, e levar a intervenções corretivas tardias. Por isso, foi observada a necessidade de se rever as ações de monitoramento do Plano Municipal de Saúde de Mairi em períodos mais curtos no exercício.

Comentários finais

Neste estudo, apresentou-se a busca por dar significado à jornada de trabalho, utilizando-se o planejamento estratégico em saúde e a descoberta do fazer sentido da dimensão relacional no caminhar, no qual acreditou-se na necessidade de focar nas atividades que promovem as inter-relações, verificando o grau de autonomia e as características de resiliência social, apreendendo o modo como a informação flui entre os profissionais de saúde. O sentido é encontrado a cada passo dado, ao teorizar e fazer, ao utilizar instrumentos, ferramentas e técnicas. A utilização da Matriz FOFA como ferramenta na análise documental do Plano Municipal de Saúde de Mairi foi item fundamental para a construção desse processo, que facilita seu entendimento e tem potencial de divulgação pelos multiplicadores e pelos colegiados gestores.

Nessa perspectiva, as análises dos ambientes externos e internos reforçaram a importância das relações no planejamento estratégico em saúde e demandaram da reflexão como fator que pode tanto facilitar quanto dificultar a formulação e implementação de estratégias de saúde eficazes. Do contrário, nunca serão efetivamente congregadas às práticas do cuidado em saúde ³². As novas formas de abordagem, contemplando a transformação dos espaços de trabalho por meio de novas tecnologias, da reorganização dos cenários de práticas municipais no âmbito do SUS e do envolvimento das equipes e dos trabalhadores como sujeitos transformadores. Essa mudança implica também o estímulo à produção de estudos e pesquisas sobre a problemática da gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito do SUS. Assim, acredita-se que a caracterização da dimensão intersubjetiva/relacional para o planejamento em saúde facilita notavelmente a compreensão dos processos de transmissão da informação entre seus membros.

Essa compreensão é de relevância crucial no planejamento, na execução, na avaliação e na eventual reformulação de ações de saúde em territórios. Para isso, é preciso que o campo acadêmico continue a dar subsídios teóricos e metodológicos que lhe permitam cumprir com os seus objetivos. Reforça-se que a abordagem teórica apresentada neste artigo pode levar a decisões mais eficazes, equitativas e adaptativas. Este estudo apresenta limitações intersubjetivas, ratificando a necessidade de novas pesquisas de aprofundamento.

Referências

- 1 Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p.117-48.
- 2 Teixeira, C.F (org.) Planejamento em saúde: conceitos, métodos, experiências. Salvador, EDUFBA, 2010, p. 17-32;
- 3 Paim JS. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 827-843.
- 4 BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>
5. Modelo das determinações sociais original: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
6. Almeida-Filho, N; Paim, J.S.; Vieira-Da-Silva, L.M. P. Saúde Coletiva - Futuros Possíveis. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 691-706.
7. Vilasbôas ALQ. Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 13 Fev 2023]; 24(6):1239-50. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1660>

8. Rocha AARM, Souza MKB. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: Souza MKB, organizador. Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes [internet]. Salvador: EDUFBA; 2018. P. 15-43. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220273>
9. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano. 2a ed. digital – rev. ampl [Internet]. Brasília, DF: CONASEMS, 2021 [citado 19 Jul 2022]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf
- 10 Matus C. Política, planejamento & governo. 3a ed. Brasília, DF: IPEA; 1993.
- 11 Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: ARTES Médicas; 1992.
- 12 Matus C. Teoria do Jogo Social. São Paulo: FUNDAP; 2005.
- 13 Teixeira, C.F; Santos, J.S; Rocha, M.N.D; Souza, M.K.B; Jesus, W.L.A. Produção científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Campo da Saúde Coletiva - Visão Panorâmica In: PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 599-614.
- 14 Merhy, Y, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso
- 15 Onocko Campos RT. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cad. Saúde Pública 2000b; 16:723 731
- 16 Rivera, F.J.U & Artmann, E, Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2012. p.21-70;
- 17 Abreu-de-Jesus, WL. Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. [Tese de Doutorado]. Instituto de Saúde Coletiva: Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6774/1/Tese%20.%20Washington%20Abreu%202012.pdf>
- 18 Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 19 Nov 2021]; 19(9):3839-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.11962013>
- 19 Lima, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 7, p. e00185220, 2020.

Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v36n7/1678-4464-csp-36-07-e00185220.pdf>

- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 7/2020. Sobre ajuste no Plano de Saúde (PS) ou na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento à pandemia da Covid-19 [Internet]. Brasília (DF); 2020. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/nota-tecnica-no-72020-cgfipdgipsems>. Acesso em 22 de março de 2021
- 21 Brasil.. Ministério da Saúde. Manual do usuário: módulo planejamento – DigiSUS Gestor. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_usuario_digisus_gestao.pdf. Acesso em: 30 ago. 2023
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 19 Dez 2022]. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf
- 23 Habermas, J. Consciência moral e agir comunicativo Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- 24 Santos, M. A; Landim, E. L. A. S.; DE FARIAS, T. S.. Planejamento em saúde no contexto da pandemia da covid-19, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. especial 2, p. 80-91, 2021. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3492/2831>
- 25 Onocko-Campos R. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. Cad Saúde Pública [Internet]. 2000 [citado 28 Jul 2021]; 16(4):1021-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020>
- 26 Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa) [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.
- 27 Gil, A.C. Estudo de caso. São Paulo: Atlas, 2009.
- 28 Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 2a ed. São Paulo: Makron Books; 1994.
- 29 Moysés Filho, Jamil. Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde. Editora FGV, 2015.
- 30 Porter ME. Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus; 1986.
- 31 Franco, T.B. Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19 / 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

- 32 Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.
- 33 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988 [citado 13 Fev 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- 34 Almeida, B.G.; Teixeira, C.F.; Alves, G.A.; Pinto, I.C. Da administração de recursos humanos à gestão do trabalho em saúde: pluralidade teórica e desenvolvimento institucional no SUS, In: ALMEIDA, B.C.; PINTO, I.C.M. (Orgs.) *Gestão do Trabalho no SUS Bahia: esquadrinhando caminhos e esperando a prática*. Belo Horizonte, Avohai, 2021, p. 19038
- 35 Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2 Jul 2021]; 34(7):e00087917. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>
- 36 Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Saude Publica*. 2023;57:65. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004822> .
- 37 da Silva Lima, E. V. A., Santos, T. D. O. C. G., de Andrade, A. G. S. S., do Carmo Glória, W. N., dos Santos, J. D. R., Ferreira, I. P., ... & Mendonça, X. M. F. D. (2022). Planejamento estratégico situacional como ferramenta de promoção em saúde na gestão: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(2), e5911225302-e5911225302. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25302/22307>
- 38 Santos CML, Ferreira SMSP, Almeida CS, Araújo IB, Marino AC, Menezes VM. Planejamento estratégico na promoção à saúde do idoso: uma experiência integradora academia-serviço-comunidade. *Rev Inter Educ Saúde*. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/Admin,+06_RIES+v3n1_2139.pdf
- 39 Habermas J. *Teoria do Agir Comunicativo. Racionalidade da ação e racionalização social*. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
- 40 Cardoso J, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 13 set 2022]; 23(6):1871-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>
- 41 Scarpati V, Braz ET, Santos DV, Tosta MCR. Mapa estratégico de gestão do plano de desenvolvimento institucional 2015-2019 da Universidade Federal do Espírito Santo: uma análise de cenário e metas. *Res Soc Develop* [Internet]. 2020 [citado 22 Fev 2023]; 9(10):e8269109044. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9044>
- APÊNDICE B – Oficina de orientação para planejamento municipal em saúde num contexto de emergências

1 - APRESENTAÇÃO

Este roteiro busca contribuir para análise do Plano Municipal de Saúde a partir do diagnóstico situacional

2 - OBJETIVO

Reanalisar o Plano Municipal de Saúde a partir de 2 momentos: Levantamento e diagnóstico situacional e construção de Matriz Operacional a ser desenvolvidas nas unidades de saúde municipal.

3 - MOMENTO EXPLICATIVO

3.1 – Realização de oficina com as seguintes questões norteadoras:

- 1 - O que é planejamento?
- 2 - Qual a importância do planejamento?
- 3 - Quais ferramentas utilizar para planejar?
- 4 - Quais tipos de planejamento?

Quem deve se envolver no processo de planejamento?

Como se desenvolve o processo de planejamento?

Quais os produtos do planejamento?

4 - FOMENTO DOS ATORES QUE PLANEJAM

4.1 - CLASSIFICAÇÃO DOS MOMENTOS DA PES:

MOMENTO EXPLICATIVO COM A DEFINIÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

MOMENTO NORMATIVO – CONSTRUÇÃO DA ÁRVORE DE PROBLEMAS PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

MOMENTO ESTRATÉGICO – DEFINIÇÃO DE UM MODELO LÓGICO

MOMENTO TÁTICO – OPERACIONAL – IMPLEMENTAÇÃO ATRAVÉS DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE (CONTINUADA, PERMANENTE E POPULAR).

APÊNDICE C – Matriz de análise do Plano Municipal em Saúde através das dimensões do planejamento em saúde

DIMENSÃO	ÁREAS DE AÇÃO	TEMA ESPECÍFICO	PERGUNTA PRINCIPAL	ANÁLISE DOCUMENTAL
SOCIOPOLÍTICA	PODER EXECUTIVO	GRUPO POLÍTICO	O grupo político do prefeito tem influência com o governo estadual e federal?	Diploma do prefeito x sigla partidária
		PLANO DE GOVERNO	O plano de governo tem alinhamento com o plano municipal de saúde?	Plano de Governo
		ARTICULAÇÃO ENTRE SECRETARIAS	Como tem se dado a articulação da Secretaria de Saúde com as demais Secretarias?	ATAS de CIR disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniao_cir_data&COD_IBGE=291750&REGIAO_DE_SAUDE=JACOBINA&COD_CIR=18&ANO_REUNIAO_CIR=2023
		GOVERNANÇA DA SMS	O secretário de saúde é gestor do Fundo Municipal de Saúde?	Decreto
	PODER LEGISLATIVO	A RELAÇÃO DA BASE COM A OPOSIÇÃO	O prefeito municipal tem maioria na câmara municipal?	ATAs da Câmara Municipal de Mairi
		FISCALIZAÇÃO DE AÇÕES	Existe gestor de contratos na lei municipal?	DECRETO DE NOMEAÇÃO DE GESTOR DE CONTRATO

	SOCIEDADE CIVIL	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Desenvolvimento de planejamento quadrimestral no Conselho Municipal de Saúde	DGMP disponível em: DigiSUS Gestor - Início (saude.gov.br)
		SINDICATOS E ASSOCIAÇÕES DE BAIRRO	A sociedade civil participa das reuniões do conselho de saúde?	ATAS de reuniões do Conselho Municipal de Saúde
	SECRETÁRIOS DE SAÚDE	COMISSÃO INTERGESTORES	Participação em no mínimo 9 reuniões em comissões Intergestoras.	ATAS de CIR disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniao_cir_data&COD_IBGE=291750&REGIAO_DE_SAUDE=JACOBINA&COD_CIR=18&ANO_REUNIAO_CIR=2023
		CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO	Participação do Consórcio Interfederativo em Saúde	Projeto de Lei na câmara municipal
TÉCNICO-SANITÁRIA	PLANEJAMENTO	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	Desenvolvimento de Diagnóstico Situacional	Inclusão do PMS no DGMP
		DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)	Inserção da DOMI no DigiSUS gestor-Módulo Planejamento	PMS finalizado no DGMP
		MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Como tem sido feito o monitoramento e avaliação do PMS?	Realização de Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão no DGMP através do BI: https://liasaude.com.br/paineldgmp/

	REDES DE ATENÇÃO	POPULAÇÃO	De que forma a população participou da construção do Plano Municipal em Saúde	Divulgação de Link para participação social disponível em:
		ESTRUTURA OPERACIONAL	A atenção primária à saúde tem sido o centro de comunicação entres as redes?	PMS 2017-2021
			Qual o papel da atenção secundária e terciária à saúde no plano municipal de saúde?	PMS 2017-2021
			Os sistemas de diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde estão articulados como sistemas de apoio?	PMS 2017-2021
			Que ações têm sido realizadas os sistemas de acesso regulado, o sistema de transporte, o prontuário clínico, o sistema de governança e o cartão de identificação de usuários?	PMS 2017-2021

		MODELOS DE ATENÇÃO	Como tem sido implementado o modelo de atenção às doenças agudas?	PMS 2017-2021
			Como tem sido implementado o modelo de atenção às doenças crônicas?	PMS 2017-2021
	POLÍTICAS DE SAÚDE	PROGRAMAS MUNICIPAIS	Como as políticas de saúde estão inseridas no Plano de Saúde?	PMS 2017 - 2021
		PROGRAMAS ESTADUAIS		
PROGRAMAS NACIONAIS				
GERENCIAL	GESTÃO CONTÁBIL	SIOPS	O secretário de Saúde é gestor do fundo municipal de saúde?	Decreto
		FUNDO DE SAÚDE		
		CONTAS CONTÁBEIS		
	GESTÃO ADMINISTRATIVA	INFRAESTRUTURA	Como tem sido feita a gestão administrativa da secretaria Municipal de Saúde?	Organograma da Secretaria de Saúde
		LOGÍSTICA		
		PROCESSOS JURÍDICOS E NORMATIVAS		
	GESTÃO ORÇAMENTÁRIA	PPA	A gestão orçamentária em saúde é realizada pela Secretaria Municipal em Saúde?	PPA LDO LOA
		LDO		
		LOA		
	GESTÃO FINANCEIRA	LICITAÇÃO	Existe gestor de contratos no organograma municipal?	Decreto
		CONTRATOS		
		COMPRAS		
GESTÃO FINANCEIRA				

		CAPTAÇÃO DE RECURSOS		
INTERSUBJETIVA	GESTÃO DO TRABALHO	DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO	Como tem sido feito o dimensionamento da força de trabalho?	Relatório do Diagnóstico situacional
		DESEMPENHO	Como tem sido feita a avaliação de desempenho?	
		ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	Como tem sido feita a garantia de direitos, deveres e benefícios aos profissionais de saúde?	Relatório do Diagnóstico situacional
		MESA DE NEGOCIAÇÃO	Como tem funcionado as mesas de negociação com os profissionais de saúde?	ATA de reunião entre classes
	GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO CONTINUADA	Quais ações são utilizadas para formação de pessoal?	RAG
		EDUCAÇÃO PERMANENTE	Quais ações têm sido realizadas?	RAG
		EDUCAÇÃO POPULAR	Que ações de fomento são utilizadas para educação popular?	RAG
	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE		Quais estratégias de comunicação têm sido realizadas?	Relatório do Diagnóstico situacional
	GESTÃO COLEGIADA	FORMAÇÃO DE COLEGIADO GESTOR	O município possui colegiado gestor?	ATAS de reunião do colegiado gestor

APÊNDICE D – Construção de conteúdo digital para educação em saúde com o tema interfaces do planejamento em saúde

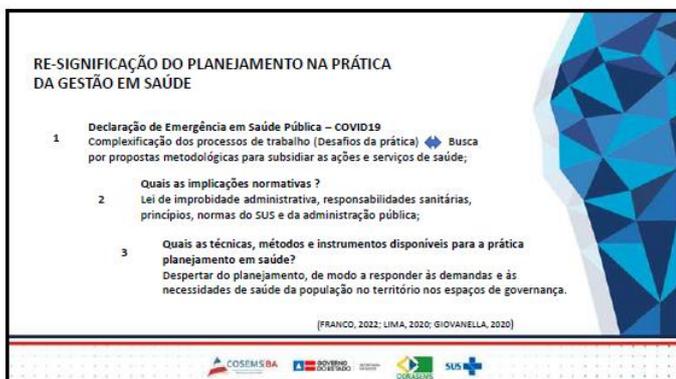
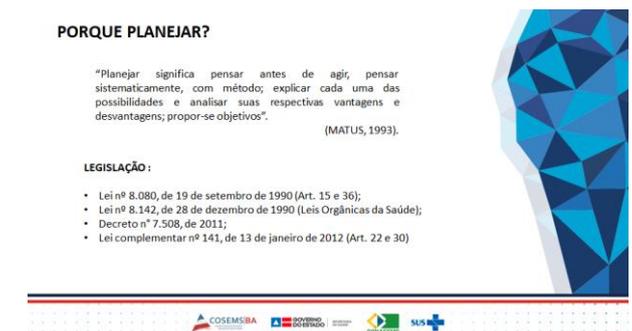
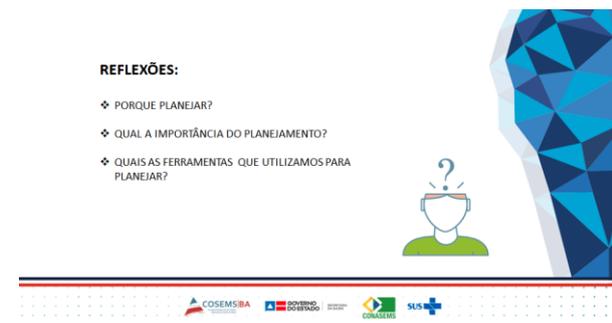
Título: Caracterização da apropriação teórico-metodológica do planejamento em saúde na reformulação do Plano Municipal de Saúde em Mairi (BA) num contexto de emergência.

A pesquisa em desenvolvimento tem como objetivo central a caracterização da apropriação teórico-metodológica do planejamento em saúde durante a reformulação do Plano de Saúde em um município de pequeno porte situado no estado da Bahia, especialmente em um contexto emergencial nos anos de 2020-2021. O contexto de um município de pequeno porte no estado da Bahia é fundamental para esta pesquisa, considerando que esses cenários frequentemente enfrentam desafios únicos em termos de recursos, infraestrutura e acesso a serviços de saúde. A situação de emergência amplifica esses desafios, exigindo uma resposta estratégica e adaptativa. Os resultados desta pesquisa fornecerão uma caracterização detalhada da análise e desenvolvimento do Plano de Saúde no município em questão. Espera-se através dos programas de rádio, blogs, podcasts e mídias sociais comunicar com os atores sociais envolvidos destacando os pontos fortes e desafios na aplicação das teorias e métodos, bem como sugerir possíveis ajustes para otimizar a eficácia do planejamento em situações emergenciais. Este produto de comunicação realizado em 2023, visa apresentar de forma sucinta e clara a construção desse momento trazendo reflexões e particularidades de um município de pequeno porte, destacando sua relevância, metodologia e potenciais contribuições para o avanço do conhecimento e práticas no campo do planejamento em saúde.

URL: <https://www.youtube.com/live/YHQjnUFTTk?si=LNjU6VQ2P5AgxD15>

APÊNDICE E – Apresentações realizadas em Congressos como palestrante

1. APRESENTAÇÃO NO 9º CONGRESSO DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA BAHIA (COSEMS BA), DEZEMBRO DE 2022.



PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO GUBERNAMENTAL NO SUS

- Princípio 1 - o planejamento deve ser realizado em nível estratégico e coletivo
- Princípio 2 - o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
- Princípio 3 - o planejamento deve respeitar a realidade das particularidades de gestão das unidades (organizações, regionais, locais e individuais)
- Princípio 4 - o planejamento deve estar articulado com o planejamento dos municípios, estados e do Brasil
- Princípio 5 - o planejamento deve ser acordado e integrado
- Princípio 6 - o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
- Princípio 7 - o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, 2016.

DIGISUS GESTOR MÓDULO PLANEJAMENTO - DGMP

Instituído pela portaria GM/MS nº750, de 29 de abril de 2019

Bem-vindo ao Módulo Planejamento Digisus Gestor

PLANEJAR Sistematiza informações do ciclo de elaboração do Plano de Saúde, de Programação Anual de Saúde e dos Relatórios de Gestão.	AVALIAR Auxilia os gestores, profissionais de saúde e o controle social nas análises de situação de saúde.	MONITORAR Acompanhamento de indicadores e metas relacionados ao planejamento em saúde.
--	--	--

PROPOSTA TEÓRICA- METODOLÓGICA

- DGMP X Dimensões de análise do planejamento em saúde

JESUS, TEIXEIRA; 2013

DIMENSÃO SÓCIO-POLÍTICA

Fundamenta-se na perspectiva da construção do poder político e do diagnóstico ideológico; Sujeitos, atores políticos, podem mobilizar recursos do conhecimento, legitimação ou manutenção dos seus projetos políticos.

Adeptado CONASEMS; 2021

DIMENSÃO TÉCNICO-SANITÁRIA

Diz respeito aos instrumentos, métodos e técnicas relativos ao processo de condução da reorganização das ações e serviços de saúde e à relação entre unidades de prestação de serviços.

Adeptado CONASEMS; 2021

DIMENSÃO GERENCIAL

Métodos e técnicas que podem ser utilizados na tomada de decisões e no momento da implementação de políticas;

Adeptado CONASEMS; 2021

2. APRESENTAÇÃO NO 9º CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, SETEMBRO DE 2023.



FAZER SENTIDO

Sílvia Alves Ferreira Carneiro
Secretária de Saúde de Mairi (BA), Diretora do COSEMSBA
Salvador (BA), 05 de setembro de 2023



O CAMINHAR DA GESTÃO E DO DESPERTAR DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

QUAL CAMINHO SEGUIR?

VIVÊNCIAS SUJEITOS PRÁTICAS HABILIDADES AMORES SONHOS EXPECTATIVAS

PORQUE PLANEJAR?

"Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos".
(Carlos Matus, 1989).



TEORIZAR E FAZER: A CONSTRUÇÃO DA TEMÁTICA NUM CONTEXTO DE CRISE



Fonte: Abrão de Jesus e Figueira (2022)



PLANEJAMENTO VIVO: ENTRE CONTOIS, VIVÊNCIAS E MAPAS




FAZER SENTIDO: A DIMENSÃO RELACIONAL NO PLANEJAMENTO MUNICIPAL NO SUS




QUADRO 1: ANÁLISE ATRAVÉS DA MATRIZ FOFA

FATORES INTERNOS		FATORES EXTERNOS	
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
Programação em saúde; Apoio de institucional;		Programa de Residência Multiprofissional; Capacitação de profissionais de saúde; Gestão da Educação em Saúde;	
FRAQUEZAS		AMEAÇAS	
Comunicação em saúde Gestão do Trabalho		Rotatividade de profissionais Contexto de mudanças nas políticas de saúde Despesas em saúde Envolvimento de múltiplos interessados	



QUADRO 2:

DIMENSÃO	ÁREAS DE AÇÃO	TEMA ESPECÍFICO	PERGUNTA PRINCIPAL
INTERSUBJETIVA	GESTÃO DO TRABALHO	DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO	Como tem sido feito o dimensionamento da força de trabalho?
		DESEMPENHO	Como tem sido feita a avaliação de desempenho?
		ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	Como tem sido feita a garantia de direitos, deveres e benefícios aos profissionais de saúde?
	GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	MEIA DE NEGOCIAÇÃO	Como tem funcionado as mesas de negociação com os profissionais de saúde?
		EDUCAÇÃO CONTINUADA	Quais ações são utilizadas para formação de pessoal?
		EDUCAÇÃO PERMANENTE	Quais ações têm sido realizadas?
		EDUCAÇÃO POPULAR	Que ações de fomento são utilizadas para educação popular?



REFLEXÕES FINAIS:

"Um caminho para o planejamento em saúde, no qual acreditamos na necessidade de focar nas atividades que garantem as inter-relações verificando o grau de autonomia e características de resiliência social, apreendendo o modo como a informação flui aos profissionais de saúde."

"Os processos desencadeados após esse "fazer sentido" consistiram em aprendizado organizacional, já que a busca pela transmissão de informações entre os sujeitos e profissionais de saúde despertou para a temática de planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde como estratégia para o fortalecimento dos processos de mudança na gestão e na organização da prestação de ações e serviços."